

Ruth Cecilie Kvame Økland

Digital innbyggerdialog i helse- og omsorgstjenesten

Masteroppgave i Helseinformatikk

Veileder: Pieter Jelle Toussaint

August 2021

Ruth Cecilie Kvame Økland

Digital innbyggerdialog i helse- og omsorgstjenesten

Masteroppgave i Helseinformatikk
Veileder: Pieter Jelle Toussaint
August 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Digital innbyggerdialog eller DigiHelse som det også kalles, skal styrke samarbeidet mellom tjenestemottakere, pårørende og de ansatte i pleie og omsorgstjenesten. Systemet skal gi en rekke gevinster blant annet bedre kvalitet på informasjonsutvekslingen, en styrket pasient- og pårørende rolle og besparelser i tidsbruk. For at gevinstene skal realiseres må innbyggerne ta tjenesten i bruk. En pilotstudie i fire distrikt i Oslo viste at bare 3,55% av tjenestemottakerne brukte tjenesten aktivt etter ett år.

Formål: Formålet med denne studien har vært å få innsikt i hvilke erfaringer tjenestemottakerne har med digital innbyggerdialog. Studiet har særlig belyst tjenestens nytte funksjon og i hvilken grad det oppleves som brukervennlig. Videre er det sett på hvordan en kan få flere til å ta tjenesten i bruk.

Metode: Studien er basert på en kvalitativ metode. Det er utført semistrukturerte dybdeintervjuer med 7 brukere av helse og omsorgstjenestene. Noen av disse er pasienter og er noen pårørende. Informantene kommer fra 4 ulike kommuner. Det er også gjennomført ett intervju med en seniorrådgiver i forbrukerrådet om befolkningens kjennskap til helseportalen helsenor.no.

Problemstilling: Studien stiller spørsmål til hvordan man kan lykkes med innføring av digital innbyggerdialog. Forsknings spørsmål som er sentrale i prosjektet er 1; «Hvordan opplever tjenestemottakere nytteverdi og brukervennlighet av tjenesten?» og 2; «Hva skal til for at innbyggerne tar tjenesten i bruk?»

Resultat: Studien viste at digital innbyggerdialog har mange egenskaper og funksjoner som oppleves som nyttig, men noen funksjoner svarer ikke til forventningene. Det kom inn flere innspill til hvordan tjenesten kunne videreutvikles for å gi økt opplevelse av nytte. Videre viste studien at løsningen er lett og lære for personer som er digitalt aktive. På noen områder er den mer effektiv i bruk enn andre. Det ble forslått enklere brukergrensesnitt som t.d en app for at det skulle være lettere for ikke-digitale å ta løsningen i bruk. For at flere skal ta tjenesten i bruk viste studien at informasjon, opplæring og brukerstøtte den første tiden er viktig. Studiet viste også at sikkerheten i løsningen kan være til hinder for at flere tar løsningen i bruk og det kom frem ønsker om en lettere innloggingsfunksjon. Digital innbyggerdialog vil ikke være ett tilbud som alle kan eller ønsker å benytte seg av, og det er fortsatt viktig å ha muligheter for å møte de individuelle behovene for kontakt.

Abstract

Background: The purpose of the digital citizen dialogue known as DigiHelse, is to improve the cooperation between patients, relatives, and employees in Community Healthcare services. Digital citizen dialogue provides better information exchange, time savings and strengthens the role of patients and their relatives. However, a pilot study of four districts in Oslo, revealed that after one year, only 3.55% of the participants actively used the service.

Purpose: The objective of this thesis is to gain insight into user experiences with digital citizen dialogue. With the emphasis on advantages and user-friendliness, this study furthermore examines how to invite people to use digital dialogue services.

Method: Based on a qualitative method, semi-structured in-depth interviews were conducted with 7 patients or relatives from 4 different municipalities. Additionally, a senior advisor from the Norwegian Consumer Council was interviewed about the public's knowledge of the health portal helsenorge.no.

Research question: The study addresses how to succeed with the introduction of digital citizen dialogue. This raises the questions 1; *"how do patients and relatives experience the usefulness and user-friendliness of the service?"* and 2; *"how to invite more people to use the service?"*.

Results: It was found that digital citizen dialogue has many features and functions that were perceived as useful. However, some functions did not meet expectations. Furthermore, it became clear that digital citizen dialogue was easy to learn for digitally active people, and it appeared more efficient in use for some areas than others. Several suggestions were made on how to develop a service with an increased experience of usefulness. To make it easier for non-digital users, there was proposed an app with a simpler user interface. To engage more people to use digital citizen dialogue, this study demonstrated that information, training, and support were important specially at start-up. It also became apparent that high security levels, prevented some people of using the service and therefore requested a simpler login method. According to this study, digital citizen dialogue will not be a service that everyone can or will use. It is therefore important to offer alternatives, that would accommodate individual needs for direct contact.

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på deltidsstudiet master i helseinformatikk ved NTNU. Jeg vil rette en stor takk professor Pieter Jelle Toussaint for god veiledning og verdifull hjelp i denne oppgaven. Ellers vil jeg takke Etne Kommune for at jeg har fått mulighet til å ta dette studiet. Takk til alle informanter som har stilt velvillig opp i løpet av perioden. Familien min må også få en stor takk, dere har holdt ut og vært tålmodige og støttende. Mest av alt vil jeg rette en stor takk til «the girls», studievennene gjennom alle årene. Motivasjonen og støtten fra dere har vært avgjørende for at dette har vært mulig. Gleder meg til å feire når alle har fått levert inn. Det har vært ett spennende og lærerikt studie. Særlig det siste året har vært krevende med utbrudd av pandemi og helt annet fokus enn masteroppgaven. Jeg er stolt over likevel å ha gjennomført dette prosjektet.

Innhold

Figurer	IX
1. Innledning	1
1.1. Aktualisering	1
1.2. Utviklingen av digital innbyggerdialog og piloteringen	2
1.3. Erfaringer og utvikling i bruk av digitale innbyggertjenester.....	3
1.4. Problemstilling	3
1.5. Personlig motivasjon.....	4
1.6. Oppgavens struktur	5
2. Teori.....	6
2.1. Theory of reasoned action (TRA) og Theory of planned behavior (TPB).....	6
2.2. Technology Acceptance Model (TAM)	7
2.3. The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)	9
2.3.1. Forventet Ytelse/ oppfattet nytte.....	10
2.3.2. Forventet Innsats/ oppfattet brukervennlighet	10
2.3.3. Sosial innflytelse	11
2.3.4. Tilretteleggende forhold	11
2.3.5. Hedonistisk motivasjon	11
2.3.6. Pris.....	11
2.3.7. Vane.....	11
2.4. Teknologi aksept hos voksne eldre	12
2.5. Konklusjon	13
3. Metode.....	14
3.1. Valg av design og metode	14
3.2. Rekruttering og utvalg	14
3.3. Datainnsamling og behandling av data.....	15
3.3.1. Forberedelse og utførelse av intervju	15
3.3.2. Transkripsjon.....	16
3.3.3. Analyse.....	16
3.4. Metodiske vurderinger	17
3.4.1. Etske hensyn	17
3.4.2. Studiens pålitelighet	18
3.4.3. Studiens gyldighet.....	18
3.4.4. Studiens generaliserbarhet.....	19
4. Beskrivelse av systemet.....	20

4.1.	Kommunikasjon mellom kommunen og innbyggere	20
4.2.	Opprette bruker på Helsenorge.no	21
4.3.	Slik skriver man meldinger til de kommunale helse- og omsorgstjenestene	22
4.4.	Slik ser og avbestiller en avtaler på Helsenorge.no	23
4.5.	Slik representerer en andre på Helsenorge.no	24
4.6.	Hvilken støtte gir digital innbyggerdialog til helsepersonell og pasienter?.....	25
4.7.	Hvem er brukergruppene og hvordan brukes det?	26
5.	Resultat	28
5.1.	Hvor godt kjenner innbyggerne til tjenestene på Helsenorge.no?.....	28
5.2.	Opplevelse av nytteverdi	31
5.2.1.	Kontroll på egen helseinformasjon.....	31
5.2.2.	Kommunikasjon med helse- og omsorgstjenesten	32
5.2.3.	Kontroll på når og hvem som kommer	33
5.2.4.	Å vite at andre kan få kontroll.....	34
5.2.5.	Tjenesten må være nyttig for at flere skal ta tjenesten i bruk	35
5.3.	Opplevelse av brukervennlighet	35
5.3.1.	Pålogging og bruk	35
5.3.2.	Å få fullmakt.....	36
5.3.3.	Bruk for helsepersonell:	37
5.3.4.	Tjenesten må være brukervennlig for at flere skal ta tjenesten i bruk	37
5.4.	Hva skal til for at flere tar løsningen i bruk?.....	38
5.4.1.	Opplæring og informasjon	39
5.4.2.	Andre faktorer	40
5.4.3.	Alternativer til digital kontakt:	41
6.	Diskusjon	45
6.1.	Opplevelse av nytteverdi	45
6.2.	Opplevelse av brukervennlighet	47
6.3.	Hva skal til for at flere skal ta tjenesten i bruk	49
7.	Konklusjon	53
	Referanser.....	55
	Vedlegg.....	58

Figurer

Figur 2.1 Theory of reasoned behaviour (TRA)	6
Figur 2.2 Theory of planned behaviour	7
Figur 2.3 Technology Acceptance model (TAM)(M.-L. Chen, Lu, Chen, & Liu, 2011)	7
Figur 2.4 Tam 2 (Venkatash & Davis, 2000).....	8
Figur 2.5 UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012).....	9
Figur 2.6 Senior Technology Acceptance Model (K. Chen & Chan, 2014)	12
Figur 4.1 Digitalinnbyggerdialog støtter samhandling mellom ulike aktører (KS, 2020) ..	20
Figur 4.2 Brukergrensesnitt som viser hvordan innbyggere og kommune kan kommunisere via helsenorge.no og kommunens journalsystem(KS, 2020)	20
Figur 4.3 og Figur 4.4 Viser hvordan første sida på helsenorge.no ser ut og hvordan man samtykker til bruksvilkåra på Helsenorge.no (KS, 2020).....	21
Figur 4.5 Viser hvordan man velger varslingsinformasjon og hvilke varsler som skal være aktive.	21
Figur 4.6 Viser den personlige startsidene på helsenorge.no	22
Figur 4.7 Viser hvordan man starter å skrive en melding (KS, 2020).....	22
Figur 4.8 Viser timeavtalene, man kan velge liste eller kalender	23
Figur 4.9 Viser hvordan man velger riktig avtale og avbestiller	23
Figur 4.10 Her vises hvordan man gir fullmakt til at andre på helsenorge.no(KS, 2020) ..	24
Figur 4.11 Viser hvilke gevinster digital innbyggerdialog kan gi ansatte, innbyggere og samfunnet(KS, 2020).....	25
Figur 5.1 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Har du besøkt nettstedet helsenorge.no de siste 12 månedene?»	28
Figur 5.2 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Hvilke av disse tjenestene på helsenorge.no kjenner du til?»	29
Figur 5.3 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Hvor enig eller uenig er du i påstanden: Jeg er bekymret for at viktige helseopplysninger om meg ikke vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon?».....	30
Figur 5.4 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Har du sjekket om opplysningene om deg i disse tjenestene er korrekte?»	30

Digital innbyggerdialog i helse- og omsorgstjenestene

1. Innledning

1.1. Aktualisering

«Leve hele livet» -reformen er et bidrag for å gi økt trygghet, forutsigbarhet og et tjenestetilbud som er mer sammenhengende for eldre og deres pårørende. Tjenestene oppleves i dag oppstykket og det mangler helhet og kontinuitet. En følge av dette er utrygghet og bekymringer. Tjenestemottakerne opplever at det er for mange ansatte å forholde seg til og det er usikkerhet når hjelpen kommer (St.meld. nr15 (2017-2018), 2018). Pasientens frihet til aktiviteter utenfor hjemmet begrenses og behovet for dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling er avgjørende for å sikre gode pasientforløp (Gjevjon, 2015).

Hjemmetjenesten kan være utfordrende å organisere. Mange jobber deltid, oppdrag krever ulike typer kompetanse, det kan være store avstander og det er døgnkontinuerlig drift. Oppdragene blir fordelt på arbeidslister og ansatte har ansvar for hver sin liste. Helsepersonell i hjemmetjenesten er utsatt for tidspress, hvilken kompetanse som kreves til ulike oppgaver er mer styrende enn kontinuitet og det er lite rom for å utføre andre tiltak enn det som allerede er på oppdragslistene (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014). Dersom en bruker eller dens pårørende har behov for å prate, kan dette derfor være utfordrende å få tid til på en allerede presset liste. Utveksling av informasjon, erfaring og kunnskap mellom partene skaper grunnlag for felles forståelse og gode tjenester. (St.meld. nr15 (2017-2018), 2018)

Digitale innbyggertjenester for kommunenes helse- og omsorgstjenester sin målsetting er å styrke samarbeidet mellom tjenestemottakere, pårørende og de ansatte. Løsningen går ut på at innbyggerne skal logge seg inn på Helsenorge.no. Her skal de kunne skrive og motta meldinger fra helse og omsorgstjenestene, se når de får besøk og selv kunne avlyse besøk fra tjenesten. Pårørende kan ved samtykke fra pasienten få fullmakt til å bruke løsningen. Innbyggerdialogen skal være en sikker kanal for informasjonsutveksling og meldingen går direkte inn i kommunens journalsystem. Systemet skal blant annet gi bedre kvalitet på informasjonsutvekslingen der dialogen blir lagret og journalført, det skal styrke pasient og pårørende rollen og gi besparelser i tidsbruk. (KS, 2018)

Covid 19 pandemien og medfølgende tiltak for å verne de i risikogruppene har ført til ett enda større behov for samhandling og kommunikasjon på nye måter. Eldre er i risikogruppen og skal vernes mot smitte. Dette har ført til reduksjon i besøk, aktiviteter, arrangement og liten fysisk kontakt med andre mennesker. Digitale løsninger for kommunikasjon og kontakt er kanskje blitt viktigere enn noen gang. (referanse)

For at digitale innbyggertjenester skal styrke samhandlingen med tjenesten, avhenger det av at tjenestemottakere og pårørende tar det i bruk. Tjenestemottakere i helse og

omsorgstjenestene er i hovedsak eldre, også mange av de pårørende er eldre ektefeller eller eldre sønner/døtre. En undersøkelse fra kompetanse Norge viser at 17 % av de over 70 år eller eldre opplever at de ikke deltar i informasjonssamfunnet i det hele tatt mens 36 % opplever at de bare deltar i begrenset grad. Det er også de over 70 år som bruker lengre tid enn andre på å ta i bruk nye digitale verktøy og tjenester. (Kompetanse Norge, 2018) Dette er i utvikling. Rapporten fra SIFO som viser blant annet at 9 av 10 eldre i alderen 61- 100 år har tilgang til internett mot 8 av 10 i 2014. (Slette-meås, Meinsah, & Berg, 2019)

1.2. Utviklingen av digital innbyggerdialog og piloteringen

Det ble utført en studie i Oslo i 2017 for å vurdere hvordan en digital kommunikasjonsplattform best skulle utformes og utvikles, for å sikre økt kvalitet og gevinster både for tjenestemottakere, hjemmetjenesten og for samfunnet. Det ble brukt tidlig Health Technology Assessment (eHTA)¹ med innsiktsarbeid fra ulike interessenter sammen med beskrivelser av ulike scenarier. Deltakerne i studien representerte ulike interessenter som: ledere i hjemmetjenesten, systemutviklere, helse økonomer, representanter fra e-helsedirektoratet og prosjektleder. Data ble innhentet gjennom fire workshops. Interessentene kom frem til flere fordeler med en digital kommunikasjonsplattform i forhold til dagens organisering av tjenestene. Fordelene var:

1. Økt forutsigbarhet for tjenestemottakere
2. Økt involvering av pårørende og frivillige
3. Økt forutsigbarhet for hjemmetjenesten
4. Mer effektiv dialog med innbyggerne
5. Bedre tidsplanlegging, redusert antall telefoner
6. At dette var ett bidrag til utviklingen av digitale tjenester.

Det ble gjennomført en risikovurdering av disse effektene der de alle, så nær som en fikk medium score. Det ble utført beregninger for å kalkulere økonomiske innsparinger for fire av seks effekter. Estimater som ble kalkulert var en innsparing på 25.8 millioner euro i året. Til slutt ble det kalkulert at en gradvis innføring over 10 år ville gi økonomiske fordeler på 172.6 millioner euro (Støme, Norrud, Fjordholm, & Kvaerner, 2020).

Ved pilotering av digital innbyggerdialog eller DigiHelse som det også blir kalt, ble det utført en pilotstudie i fire distrikt i Oslo i 2018. Målet med studien var å teste brukervennlighet og samfunnsøkonomiske fordeler. Studien ble gjennomført som en kvantitativ studie. For å måle samfunnsøkonomiske fordeler ble det gjort kvantitative målinger i helseforbruk ved oppstart, etter 15 uker og etter 52 uker. Variablene som ble målt var antall besøk i hjemmetjenesten, antall bomturer og antall telefonsamtaler. Det ble samlet inn data fra fire intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe. Studien viste heller en økning enn en besparelse både når det gjaldt antall besøk, bomturer og telefonsamtaler. Dermed ble det avdekket et stort gap mellom det som ble estimert av verdi i konseptfasen og utfallet av pilot studien. For å måle brukervennlighet ble det tatt ut beskrivende atferds data fra den digitale plattformen. Dataene viste at bare 3,55% av tjenestemottakerne brukte digital innbyggerdialog aktivt etter at det var blitt pilotert i ett år. Forskerne presiserer i konklusjonen at neste skritt bør være å skaffe seg innsikt i

¹ Health technology Assessment er en systematisk evaluering av egenskaper og effekter av helseteknologi. https://en.wikipedia.org/wiki/Health_technology_assessment

hvorfor tjenestemottakerne i Oslo ikke tok den digitale plattformen i bruk. (Støme, Moger, Kidholm, & Kværner, 2020).

1.3. Erfaringer og utvikling i bruk av digitale innbyggertjenester

Det er omtrent 50 andre kommuner som har tatt løsningen i bruk. Blant annet var det ett felles innføringsløp i tidligere Hordaland fylke. Bergen kommune piloterte løsningen i Åsane bydel. Piloteringen førte til en del korreksjoner når det gjaldt funksjonalitet. De erfarte at det var en stor kommunikasjonsjobb og at det tok tid før meldingene kom inn. Suksessen avhenger av å få innbyggerne til å logge seg på Helsenorge.no, registrere seg og samtykke til kommunikasjon eller at de logger seg på og gir pårørende fullmakt. Bergen erfarer at dette er noe alle bør gjøre mens de er friske, slik at dette er på plass den dagen en blir syk. I piloten var 14 prosent av brukerne digitalt aktive og hadde registrert seg på Helsenorge.no. Ved utrulling i hele Bergen var 28 prosent digitalt aktive. I piloten var størstedelen av brukerne eldre, mens ved utrulling ble også andre tjenester inkludert som tjenester til utviklingshemmede, hjelpemiddelhuset og deler av psykiatri tjenesten. Erfaringene er at det er lettere for tjenestemottakere å få kontakt, de kan sende meldinger når de vil og hvor de oppholder seg og tjenesten kan lese dem når de har tid. Tjenestemottakerne synes det er fint å skrive henvendelser i ro og mak. (Lerpold, 2018)

I en studie av leger (Fagerlund et al., 2019) som har tatt i bruk ulike digitale fastlegetjenester ble 9 fastleger intervjuet. Legene meldte seg frivillig og var blant de første til å ta i bruk tjenestene på Helsenorge.no og var dermed trolig over snittet interessert. Studien viste at personalet brukte mindre tid på administrative oppgaver, det ble kortere telefonkø og dokumentasjon av kommunikasjonen med pasienten ble automatisert. Legene pekte på fordelene med tilgjengeligheten for pasienten og opplevde redusert pågang på telefon og venterom. De uttrykte at det menneskelige møtet alltid vil være viktig. Noen savner en lege/helsesekretær å snakke med. Tjenesten ikke vil være like egnet for personer med lav digital kompetanse. Det var behov for mer og tydelig informasjon om alle de digitale tjenestene både til leger og til innbyggere. Digitale innbyggertjenester er ett gode også for de som ikke er digitale:

«Når innbyggere liker og tar i bruk de nye elektroniske tjenestene, blir det kortere ventetid på telefon eller venterom nettopp for den eldre mannen som ikke ønsker eller klarer å ta i bruk den nye teknologien» (Fagerlund et al., 2019)

1.4. Problemstilling

Det er en omfattende digitalisering i samfunnet i dag. For å møte fremtidens behov for helse og omsorgstjenester må vi tenke nytt, bruke ressurser på nye måter og bruke andre ressurser enn vi gjør i dag. Utviklingen av digital innbyggerdialog er ett resultat av dette. Det er stipulert en betydelig innsparing og andre kvalitative gevinster av å ta denne tjenesten i bruk. Piloteringen av løsningen i Oslo viste at bare 3,55 % fortsatt brukte løsningen etter et år. For å kunne ta i bruk digital innbyggerdialog må en kunne logge seg inn på Helsenorge.no og en må ha bank ID for sikker pålogging. Pårørende må ha fullmakt for å kunne bruke løsningen. Tjenestemottakere i hjemmetjenesten og mange av deres pårørende er i hovedsak eldre.

At så få innbyggere brukte tjenesten etter ett år i pilot viser at innføring av nye tjenester er krevende. Det satses likevel på denne tjenesten og innføringen er ett nasjonalt prosjekt. Dette betyr på at en har tro på løsningen og at den er kommet for å bli, noe som reiser en rekke relevante spørsmål: Hva er behovet for en slik løsning? Hvordan er samhandlingen i dag? Hvordan er de digitale ferdighetene til tjenestemottakerne? Er tjenesten brukervennlig nok? og hvordan få de til å ta tjenesten i bruk? Jeg velger å spisse oppgaven til denne hovedproblemstillingen:

Hovedproblemstilling: Hvordan lykkes med innføring av digital innbyggerdialog?

Forskningsspørsmål som er sentrale i prosjektet er:

1. Hvordan opplever tjenestemottakere nytteverdi og brukervennlighet av tjenesten?
2. Hva skal til for at innbyggerne tar tjenesten i bruk?

For å svare på problemstillingen ønsker jeg å gjøre kvalitative intervjuer med 4-8 tjenestemottakere, både pasienter og pårørende. Jeg ønsker også å intervju forbrukerrådet etter en undersøkelse de har hatt om innbyggernes kjennskap til Helsenorge.no, da dette er noe som kan påvirke hvor godt kjent tjenesten er.

1.5. Personlig motivasjon

Jeg har jobbet som fag- og systemansvarlig sykepleier i kommunen og har hatt ansvar for innføring av velferdsteknologi og andre digitale løsninger i pleie og omsorg. Å ta i bruk teknologi og digitale løsninger slik at det blir en integrert del av arbeidshverdagen er noe jeg har særlig interesse for. Da vi flyttet inn i nytt og høyteknologisk omsorgssenter med ett moderne sykesignalanlegg, digitalt tilsyn og andre hjelpemidler var jeg frikjøpt for å arbeide med akkurat dette. Resultatet av god planlegging og ett bra innføringsløp viser at både pasienter og helsepersonell opplever gevinst av teknologien.

Jeg har også vært med på å innføre løsninger der vi har gått for fort frem og for lite arbeid er lagt ned i prosjektfasen. Digital vaktbok er ett eksempel på dette. Løsningen ble presentert på ett personalmøte. Etter møtet ble nettbrett plassert ut på vaktrommene med en bruksanvisning. Det var opp til avdelingene selv å ta verktøyet i bruk. Selv om systemet er enkelt i bruk og intuitivt, ble ikke nettbrettene tatt i bruk. Til slutt måtte vi starte nytt prosjekt med ett godt planlagt innføringsløp. Dette gav resultater og digital vaktbok ble tatt i bruk aktivt i alle avdelinger i pleie og omsorg.

I januar 2020 startet vi prosjektet med innføringen av digital innbyggerdialog i kommunen. Dette passet bra med at masteroppgaven min skulle skrives i perioden og at jeg på denne måten kunne opparbeide kompetanse og kunnskap som tjenestene kunne dra nytte av i innføringen og den videre bruken av digital innbyggerdialog. Dette er en ny og spennende vinkling i forhold til mitt tidligere arbeid. Jeg har først og fremst jobbet mot ansatte i tjenesten, nå handler det først og fremst om tjenestemottakeren. På grunn av covid-19 ble prosjektet ble satt på vent, og for å kunne fullføre masteroppgaven måtte jeg finne informanter fra andre kommuner.

1.6. Oppgavens struktur

For å svare på problemstillingen blir først det teoretiske rammeverket for oppgaven presentert. Videre gjør jeg rede for hvordan studien er gjennomført og de metodiske valgene jeg har tatt i for å besvare problemstillingen. Så følger ett kapittel der jeg beskriver hvordan digital innbyggerdialog fungerer. Deretter blir resultatene fra intervjuene presentert. Disse blir drøftet opp mot det teoretiske rammeverket i diskusjonskapitlet og oppsummeres i konklusjonen.

2. Teori

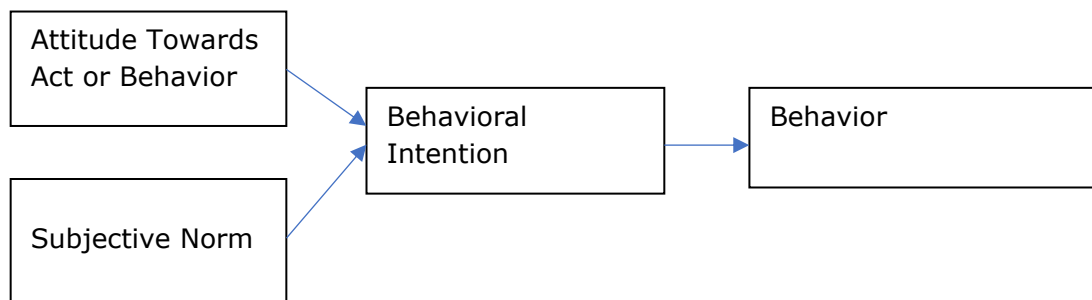
I denne delen vil jeg presentere teori som jeg mener er relevant for å analysere resultatene fra intervjuene og for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

Det er gjort mange studier og blitt utviklet mange modeller for å belyse adopsjon av teknologi. I en systematisk studie av intensjonen om å bruke e-helse hos eldre innbyggere, var det bare få som hadde brukt et teoretisk rammeverk for å forklare teknologiadopsjon. Dette gjorde det vanskelig å tolke og sammenligne funn mellom studier (Peek et al., 2014)

Jeg ønsket å ta utgangspunkt i ett teoretisk rammeverk for å gjøre det lettere å drøfte, systematisere og forklare mine funn. Jeg vil starte med presentere noen av modellene og gjøre en vurdering i hvilken modell som egner seg best for min studie.

2.1. Theory of reasoned action (TRA) og Theory of planned behavior (TPB)

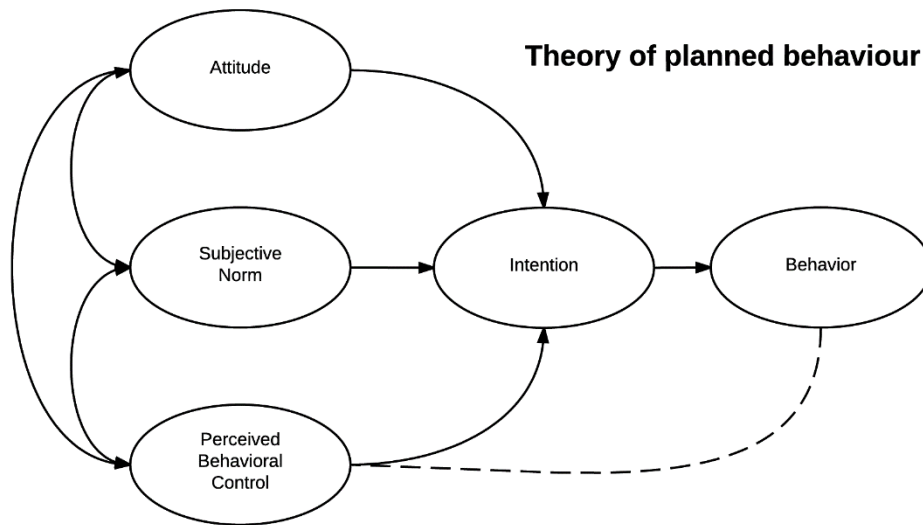
Teorien om overveid handling (TRA) er en helseatferds modell som ble utviklet av Ajzen og Fishbein i 1975. Modellen prøver å forklare hvordan holdning og subjektive normer virker inn på en persons intensjon til handling. Subjektiv norm handler om hva en person tror at andre viktige personer forventer av han når det gjelder å ta i bruk eller ikke ta i bruk en teknologi. (Venkatash & Davis, 2000) En persons intensjon om å utføre en bestemt handling er den viktigste indikatoren på om individet vil utføre denne handlingen eller ikke.



Figur 2.1 Theory of reasoned behaviour (TRA)

Teorien om overveid handling (TRA) tok ikke hensyn til at personer kan ha, eller føler at de har liten makt over sin oppførsel og holdninger (Marangunić & Granić, 2015). For å håndtere dette reviderte og utvidet Ajzen modellen til Theory of planned behavior (TPB). Mens TRA ble utviklet med tanke på at atferd er frivillige handlinger, tok TPB i betraktning at en atferd ikke fullstendig er under frivillig kontroll. I tillegg til holdning og subjektiv norm er faktoren oppfattet atferdskontroll noe som påvirker intensjonen til handling. Oppfattet atferdskontroll handler om i hvor stor grad individet selv tror at de kan utføre en atferd på en bestemt måte for å oppnå et mål. (Ajzen, 1991)

Begrensninger av TPB er blant annet at ubevisste motiver, personlighet og demografiske variabler ikke tas hensyn til, samt at oppfattet atferdskontroll ikke alltid er faktisk atferdskontroll (Marangunić & Granić, 2015).

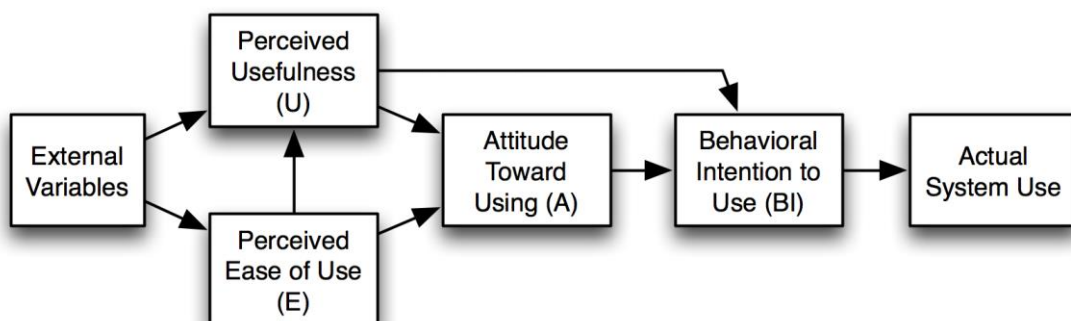


Figur 2.2 Theory of planned behaviour

2.2. Technology Acceptance Model (TAM)

Den mest kjente modellen som er utviklet for å få en forståelse av hva som bidrar til at en teknologi blir tatt i bruk er Technology Acceptance Model, forkortet TAM (Coiera, 2015). TAM ble utviklet av Fred Davies i 1985 er en videreutvikling av Theory of reasoned action (TRA) og Theory of Planned Behavior (TPB). Den brukes til å forstå hvordan en person aksepterer og bruker ny teknologi (K. Chen & Lou, 2020).

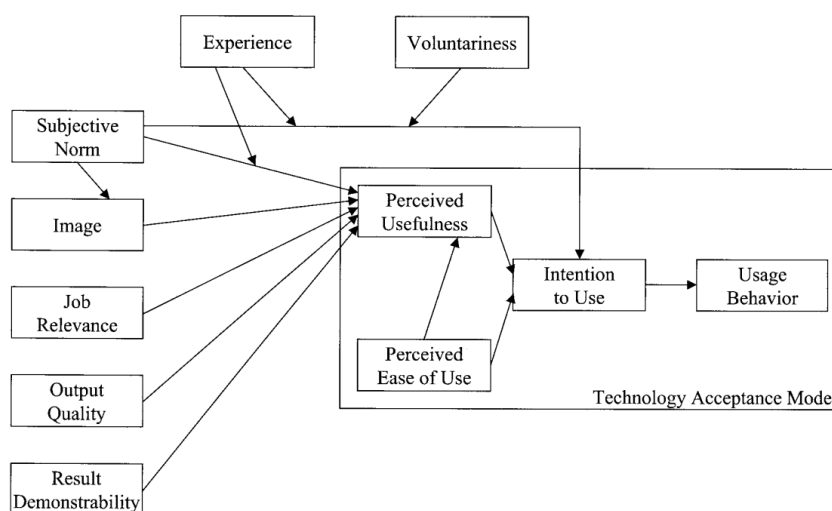
TAM ble utviklet for å være ett måleredskap som kunne forklare hvorfor noen produkter ble tatt i bruk mens andre ble forkastet. Opplevd nytte og opplevd brukervennlighet er to sentrale faktorer som Davies pekte på i sin modell (Davis, 1989).



Figur 2.3 Technology Acceptance model (TAM)(M.-L. Chen, Lu, Chen, & Liu, 2011)

Opplevd nytte kan forklares med at dersom ett digitalt verktøy oppleves som nyttig i hverdagen, er det større sannsynlighet for at personen vil ta verktøyet i bruk. Opplevd brukervennlighet menes at dersom verktøyet oppleves som lett å bruke eller lære seg er det større sannsynlighet for personen tar verktøyet i bruk. Dersom nytten oppleves stor, trenger ikke brukervennligheten være så viktig. Eksterne variabler som systemegenskaper, brukeropplæring, brukerdeltakende design og implementeringsprosess, påvirker opplevd brukervennlighet og opplevd nytte.

I 2000 presenterte Davies og Venkatesh en ny versjon av modellen, TAM2. Modellen tar særlig sikte på å øke forståelsen av faktorer som påvirker graden av opplevd nytte. Modellen viser også at disse faktorene endres etter hvert som en får erfaring med bruk av teknologien. (Venkatash & Davis, 2000)



Figur 2.4 Tam 2 (Venkatash & Davis, 2000)

TAM 2 modellen viser hvordan tre sosiale krefter påvirker en persons valg i å ta i bruk eller avise ny teknologi. Disse tre kreftene er subjektiv norm, frivillighet og eget selvbilde. Med frivillighet menes i hvilken grad en person oppfatter bruken av teknologien som obligatorisk eller frivillig. Dersom bruk av teknologien vil styrke ens selvbilde, vil dette påvirke en persons opplevelse av nytte. Eksterne kognitive og sosiale variabler kan altså påvirke opplevd nytte. Opplevelsene av nytte og brukervennlighet påvirker igjen holdning til, intensjon om bruk og om systemet faktisk blir tatt i bruk. Etter hvert som en person får erfaring med en teknologi vil den sosiale påvirkningen (subjektiv norm), eget selvbilde og frivillighet ha mindre påvirkning på opplevd nytte. Eksterne faktorer som også påvirker opplevd nytte er relevans i jobb, om teknologien utfører oppgavene tilstrekkelig og hvilke resultater den kan vise til (Venkatash & Davis, 2000).

TAM og TAM 2 har blitt brukt i mange studier og det er tilført nye faktorer for å tilpasse og forsøke å forstå faktorer som påvirker teknologiadopsjon (Marangunić & Granić, 2015).

I sin litteraturgjennomgang av TAM frå 1986 til 2013 viser Marangunić and Granić (2015) til viktige punkter for fremtidig TAM forskning:

1. Kognitive evner har stor innflytelse på alders relatert ytelse, oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet. Emosjonelle faktorer som data angst, redsel for å gjøre noe galt, følelse av liten kompetanse bør også vurderes i adopsjons forskning.

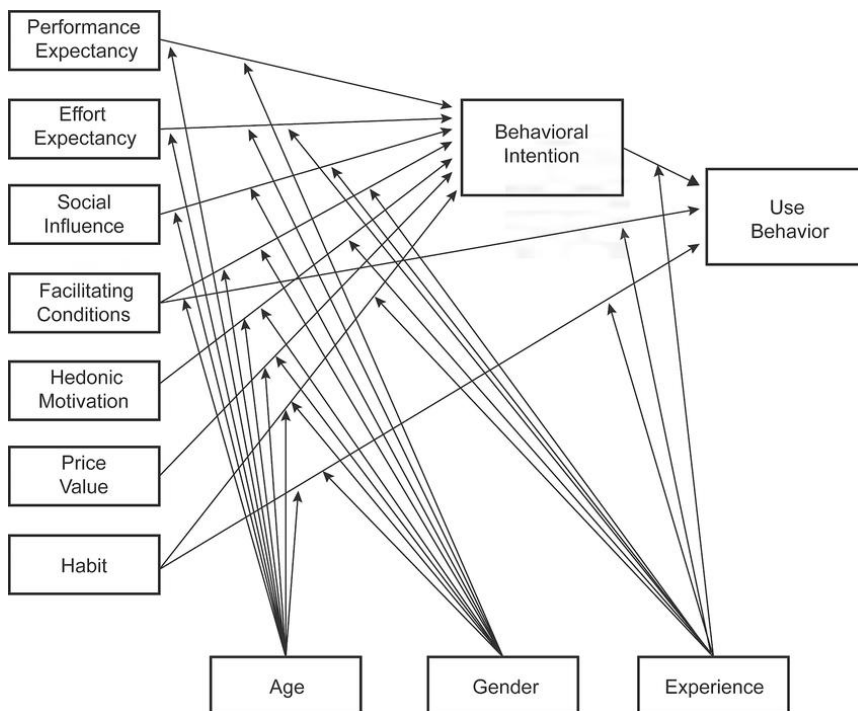
2. Kulturelle forskjeller og kjønn og andre bredere miljøfaktorer som følelser, vane, personlighet og teknologiendring.
3. Fremtidige studier av eldre mennesker bør være mer representativt. Deltakere i tidligere studier har vært ressurssterke deltakere med høyt utdanningsnivå og som kan sammenlignes unge mennesker.

2.3. The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)

I 2003 utviklet Venkatesh et al. The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Den var i utgangspunktet utviklet for teknologi aksept i organisasjoner. Målet var å lage en enhetlig modell. De kombinerte elementer fra 8 ulike akseptanse teorier: TRA, TAM, the motivational model, TPB, a model combining TAM and the TPB, the model of PC utilization, the innovation diffusion theory, and the social cognitive theory. Ifølge Venkatesh, Morris, Davis, and Davis (2003) forklarer UTUAT ca 70 % varians i intensjon om bruk og ca 50 % av varians i bruk av teknologi.

UTAUT hevder at forventet ytelse, forventet innsats, sosial innflytelse og tilretteleggende forhold er avgjørende indikatorer for om en teknolog blir tatt i bruk. Kjønn, alder, erfaring og frivillighet påvirker disse indikatorene (Venkatesh et al., 2003).

I 2012 ble UTAUT videreutviklet til UTAUT 2. Den nye modellen var rettet mot forbrukerne Den inkluderte 3 nye indikatorer: hedonistisk motivasjon, pris og vane. Disse 3 indikatorene påvirker intensjon om bruk. Indikatoren vane påvirker både intensjon om bruk og faktisk bruk. Faktorene kjønn, alder og erfaring påvirker alle 3 indikatorene. (Venkatesh, Thong, & Xu, 2012).



Figur 2.5 UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012)

2.3.1. Forventet Ytelse/ oppfattet nytte

Med forventet ytelse defineres som den grad en person tror at systemet vil oppnå fordeler i jobbutførelsen. Dette er den sterkeste intensjonsfaktoren. Forventning og intensjon vil bli moderert av kjønn og alder. I både UTAUT og TAM er forventet ytelse og nytte en viktig faktor i teknologiadopsjon. Dette er derfor en viktig indikator for om digital innbygger dialog blir adoptert. Vurderer innbyggerne at den er kan være nyttig i hverdagen og at den gjør det lettere å samhandle med hjemmetjenesten vil sjansen for at de tar verktøyet i bruk øke.

2.3.2. Forventet Innsats/ oppfattet brukervennlighet

Forventet innsats er i den grad man tror at en teknologi vil være enkel og uanstrengt. Forventet innsats blir påvirket av alder, kjønn og erfaring.

Brukervennlighet eller brukskvalitet heter på engelsk usability blir definert som:

«Extend to which a product can be used by specified users to achieve specified goals with effectiveness, efficiency and satisfaction in a specified context of use».

ISO 9241-11

Hoved elementene i denne definisjonen er effectiveness, effieience og satisfacion.

Effectiveness handler om at innbyggerne er i stand til å bruke digitalinnbyggerdialog uten å gjøre for mange feil.

Effieience handler om hvor lang tid og hvor mye ressurser en innbygger bruker på å utføre det de skal i den digitale innbyggerdialogen.

Satisfacion handler om hvor fornøyd innbyggeren er med bruken av digital innbyggerdialog. Altså innbyggerens subjektive vurdering.

Ifølge Jacob Nielsens kvalitetskomponenter er brukergrensesnittet brukervennlig dersom det er:

1. Lett å lære: hvor lett er det for tjenestemottakerne å bruke digital innbyggerdialog første gang?
2. Effektivt: Når tjenestemottakerne har lært det, hvor raskt kan de utføre oppgaven?
3. Lett å huske: Hvor lett er å gjenopprette ferdighetene etter en periode uten bruk?
4. Relativt feilfritt: Hvor mange feil gjør tjenestemottakerne, hvor alvorlige er feilene og hvor lett kan de komme seg etter feila?
5. Behagelig å bruke: Hvor tilfredsstillende er det å bruke digital innbyggerdialog? (Nielsen, 1994)

Ett av de mest brukte verktøyene for å måle opplevd brukervennlighet er spørreskjemaet The System Usability Scale (SUS). Spørreskjemaet blir brukt til å måle brukervennligheten på nettsider, programvare, mobile enheter og andre teknologi applikasjoner. SUS ble utviklet av John Brook i 1984 men ble først publisert i 1996 (Lewis, 2018).

Spørreskjemaet består av ti påstander som skal besvares med grad av enighet. Det går fra svært uenig til svært enig:

1. Jeg tror at jeg vil bruke dette systemet ofte
2. Jeg synes systemet var unødvendig komplekst

3. Jeg synes systemet var enkelt å bruke
4. Jeg tror at jeg trenger støtte fra en teknisk person for å kunne bruke dette systemet
5. Jeg synes de ulike funksjonene i dette systemet var godt integrert
6. Jeg synes det var for mye inkonsistens i dette systemet
7. Jeg kan tenke meg at de fleste ville lære å bruke dette systemet veldig raskt
8. Jeg synes systemet var veldig tungvint å bruke
9. Jeg følte meg veldig selvsikker ved å bruke systemet
10. Jeg trengte å lære en masse ting før jeg kunne komme i gang med dette systemet

Scoren i SUS ligger mellom 0-100. Denne regnes ut etter en gitt prosedyre. Blir score over 68 er systemet over gjennomsnitt (U.S Dept. of Health and Human Services, 2006)

2.3.3. Sosial innflytelse

Sosial innflytelse er definert som graden en person opplever at viktige andre tror at han eller hun skal bruke det nye systemet. I tillegg til alder, kjønn og erfaring er også frivillighet noe som påvirker faktoren sosial innflytelse.

2.3.4. Tilretteleggende forhold

Tilretteleggende forhold viser til en persons oppfattelse av at det finnes brukerstøtte eller teknologiske ressurser. Dette kan innbefatte om personen selv har nødvendig teknisk innsikt og ressurser for å bruke systemet- og i tillegg har hjelp fra andre. Alder og erfaring kan påvirke faktoren. Tilretteleggende forhold har ifølge UTAUT2 en direkte påvirkning på faktisk bruk.

2.3.5. Hedonistisk motivasjon

Med hedonistisk motivasjon menes gleden som oppstår ved bruk av teknologi. Dersom bruk av teknologi gir glede eller er morsomt er det større sjanse for at personen tar teknologien i bruk (Venkatesh et al., 2012). Dette var en av faktorene som ble lagt til i UTAUT 2. Dersom det er en god opplevelse og moro å bruke er det en ifølge UTAUT 2 en viktig indikator på om en digital innbyggerdialog blir tatt i bruk.

2.3.6. Pris

Pris er en faktor som ifølge UTAUT påvirker intensjonen til bruk. I sammenheng med adopsjon av digital innbyggerdialog tror jeg at denne faktoren har liten betydning. Dialogen foregår via en webside og den er gratis å bruke. Skulle pris ha en betydning måtte det være for å investere i en PC, Mobil eller Nettbrett.

2.3.7. Vane

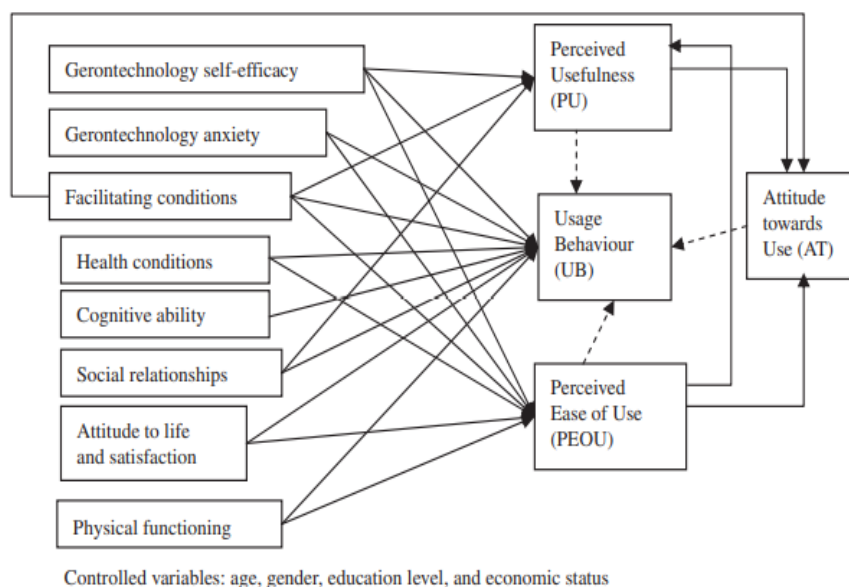
Vane har å gjøre med i hvilken grad bruken av teknologien blir automatisert etter opplæring. En vane kan forstås på to forskjellige måter. Den kan forstås om tidligere atferd og som ett individs tro på at atferden er blitt automatisert. Vane påvirkes av alder, kjønn og erfaring. (Venkatesh et al., 2012)

2.4. Teknologi aksept hos voksne eldre

Da denne oppgaven omhandler brukere og pårørende av hjemmetjenestene og mange er eldre voksne er det viktig å belyse teori som også omhandler denne brukergruppen. Studier viser at mange av teknologiaksept modellene er begrenset når det gjelder å måle aksept hos eldre voksne. De tar ikke hensyn at eldre kan ha begrensninger i erfaring med teknologi og evner, eller helsemessige utfordringer (Mitzner et al., 2018). Det er viktig å ikke tenke på eldre voksne som en homogen gruppe. De er mangfoldige med unike erfaringen og oppfatninger av IKT bruk (Francis, Ball, Kadylak, & Cotten, 2019). Mange er svært digitalt aktive og bruker både sosiale medier og nettbank, mens andre ikke forholder seg til teknologi i det hele tatt.

Det har den senere tiden gjort flere forsøk på å forklare IKT adopsjon blant eldre voksne. Disse modellene kalles Senior Teknologi Adopsjonsmodeller, STAM. Forskjellen fra andre teknologi aksept modeller er at STAM tar med seg aldersrelaterte faktorer som helse, kognitive evner og daglige aktiviteter (Francis et al., 2019). Noen funn i STAM forskningen viser til at sosiale kognitive variabler som data angst og selveffektivitet er bedre indikator for adopsjon enn holdningsvariabler som brukervennlighet og nytte (K. Chen & Chan, 2014).

Francis et al. (2019) hevder at det er viktig at fysiske og kognitive begrensninger blir tatt med i fremtidig forskning da dette kan fungere som barrierer for IKT adopsjon. Også sosiale og holdnings faktorer som kan påvirke det digitale skillet og digitale ulikheter må vurderes.



Figur 2.6 Senior Technology Acceptance Model (K. Chen & Chan, 2014)

Eldre voksne med ulike fysiske og kognitive utfordringer kan trenge tilpasset treningsprogram og hjelpemidler for opplæring og videre bruk av IKT (Francis et al., 2019). Dette bekreftes av Mitzner et al. (2018) som viser at et design som er tilpasset de eldre lettere blir adoptert og at det å tilby tilgang til brukerstøtte den første tiden etter innføring/utplassering kan være et viktig tiltak for at teknologi blir tatt i bruk blant eldre. Ektefelle, barn og barnebarn være til hjelp når eldre skal ta i bruk ny teknologi. I følge

(Luijckx, Peek, & Wouters, 2015) ikke nok å tro at støtte er tilgjengelig, eldre voksne må også være villige til å be om støtte fra pårørende.

Cimperman, Brenčič, and Trkman (2016) Brukte en utvidet modell av UTAUT i sin studie om aksept av telehelse tjenester. 400 voksne over 50 år deltok. Studien bekreftet seks indikatorer som påvirket aksepten. Det var forventet innsats, tilretteleggingsbetingelser, opplevd sikkerhet, data angst og doktorens mening. Sosial innflytelse var en irrelevant indikator, forskerne forklarte dette med at eldre mennesker ikke var så mottakelige for sosial påvirkning. viktigste indikatoren var at systemet var enkelt i bruk. Det er viktig at det blir framstilt som sikkert å bruke. Studiet konkluderte også med at markedsføringstiltak bør sette søkelys på å fremme telehelse for helsepersonell og få de til å fronte tjenesten som nyttig og fordelaktig. Det bør tilbys ulike typer teknisk utstyr som kan bidra til å lette data angst, eksempelvis er nettbrett lettere å betjene enn en PC.

2.5. Konklusjon

Det er mange modeller for teknologi adopsjon. De som er beskrevet i teorikapitlet er alle anerkjente modeller som er mye brukt i studier innen teknologi adopsjon. De har utviklet seg og bygget videre på hverandre og danner en historisk linje fra TRA i 1975 via TAM i 1989 til den siste modellen av UTAUT2 i 2012. Den har implementert mange av faktorene fra tidligere modeller og er en av de nyeste modellene for å forstå teknologiaksept på individnivå. Jeg ønsker derfor å bruke UTAUT 2 til som utgangspunkt for å få kunnskap om hva som påvirker om en person tar i bruk digital innbyggerdialog eller ikke. I planlegging av intervjuguiden var det lett å implementere faktorer fra UTAUT, den er konkret og rammeverket gjør det lettere å kategorisere, systematisere og analysere data fra intervjuene. En svakhet er at den ikke tar hensyn til aldersrelaterte eller helserelaterte faktorer. De fleste i målgruppen min er eldre og har helseutfordringer. Derfor vil jeg inkludere faktorer fra STAM og annen forskning på eldre og bruk av teknologi. En annen svakhet i forhold til mitt prosjekt er at STAM ikke tar hensyn til faktoren for personvern og sikkerhet. Digital innbyggerdialog innebærer kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter. Det deles blant annet taushetsbelagt og sensitiv informasjon. Det er derfor viktig at dette blir tatt med som en egen faktor.

For å måle brukervennlighet kunne jeg brukt t.d. ett SUS skjema. Da resultatene av en SUS kan måles i tall blir denne måten å måle brukervennlighet på en kvantitativ undersøkelse. Det bør være en viss mengde og ulike brukergrupper for å få resultater som gir ett godt bilde av brukervennligheten av digital innbyggerdialog. Dette kunne vært en interessant oppgave i seg selv. Jeg har valgt å bruke kvalitative intervjuer i denne masteroppgaven, dette er fordi jeg er interessert i informantenes subjektive opplevelse av brukervennligheten og av andre adopsjonsfaktorer. Men jeg vil bruke elementer fra SUS og fra kvalitetskomponentene når jeg skal drøfte resultater opp mot teori.

3. Metode

I dette kapitlet gjør jeg rede for hvordan studien er gjennomført og de metodiske valgene jeg har tatt i for å besvare problemstillingen. De første kapitlene omhandler valg av design og metode samt hvordan jeg har rekruttert informanter til studiet. Videre forklares arbeidet med datainnsamling og hvordan data er behandlet. Til slutt blir de metodiske vurderingen presentert.

Som forberedelse til masteroppgaven hadde vi faget «oppgavemetode i helseinformatikk MDV6120». Dette faget skulle brukes til innledning og utvikling av et masterprosjekt ("Oppgavemetode i helseinformatikk," 2021). Jeg har derfor brukt denne eksamen i oppgaven. Litteratur er søkt opp i databaser som Google Scholar og Pubmed, søkeord har vært *technology acceptance*, *technology acceptance models*, *usability*, *senior*, *elderly*

3.1. Valg av design og metode

Kvalitativ og kvantitativ metode er de vanligste fremgangs måtene når en skal innhente data i ett forskningsprosjekt. Hvilken metode som velges avhenger av hva problemstillingen er og hva som er best egnet til å belyse spørsmålene. Valget mitt i denne studien har falt på en kvalitativ metode. Med kvalitativ metode er målet å få kunnskap om meningsinnholdet i et sosialt fenomen (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). En går dypere inn i en mindre og smalere del av forsknings materialet. På denne måten kommer en nær intervjupersonene og forskningsfeltet, noe som gjør at en ser fenomenet mer innenfra (Dalland, 2018). Studien min har som mål å få innsikt i innbyggernes opplevelse av nytte og brukervennlighet i digital innbyggerdialog og hva som skal til for at flere tar dette verktøyet i bruk. Med en slik problemstilling forsøker jeg å få innsikt i personers mening og opplevelse. Da vil kvalitativ metode være godt egnet. (Dalland, 2018). En annen begrunnelse for valg av metode er at kvalitativ metode egner seg godt i studier der det er lite forskning fra før (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Digital innbyggerdialog er en forholdsvis ny tjeneste og det er lite forskning på feltet fra før. Forskning fra piloteringen av digital innbyggerdialog viste også til behov for kvalitativ forskning for å skaffe seg innsikt i hvorfor tjenestemottakerne i Oslo ikke tok den digitale plattformen i bruk (Støme, Moger, et al., 2020).

3.2. Rekruttering og utvalg

For å få kunnskap om innbyggernes tanker og erfaringer om digital innbyggerdialog har jeg gjennomført semistrukturerte dybde intervjuer med 7 pårørende eller brukere av kommunale helse og omsorgstjenester. Jeg har også intervjuet seniorrådgiver Aysa Hussain om befolkningens kjennskap til Helsenor.no.

I kvalitative studier baserer man seg ofte på ett strategisk utvalg. Dette betyr at de ikke er plukket ut tilfeldig, men man velger informanter som har egenskaper som gjør at de kan uttale seg om ett visst tema (Tjora, 2017, p. 130). Hvordan man rekrutterer informanter og hvilket utvalg man baserer datainnsamlingen på får konsekvenser for resultatene i ett forskningsprosjekt(Tjora, 2017, p. 130).Det er derfor viktig å ha ett bevisst forhold til dette.

Å rekruttere informanter viste seg å være en større utfordring enn antatt. Målet mitt var å få 2-3 pårørende og 2-3 brukere av tjenesten. Prosjektet med innføring av digital innbyggerdialog i egen kommune stoppet opp grunnet covid 19. Det var derfor bare noen få test personer som hadde prøvd digital innbyggerdialog når datainnsamlingen skulle foregå. Jeg var forberedt på at det kunne være vanskelig å få informanter som hadde brukt digital innbygger dialog over tid og i intervjuguiden hadde jeg derfor lagt til rette for at personer som ikke hadde brukt tjenesten kunne delta. Planen var å demonstrere løsningen og vise noen videosnutter for å gi dem en forståelse for løsningen.

I egen kommune var det av ulike grunner få aktuelle kandidater. Jeg prøvde derfor å rekruttere frivillige kandidater i en senior gruppe på Facebook, her fikk jeg ingen respons. Tre ledere i andre kommuner tok kontakt og hadde aktuelle kandidater. På denne måten fikk jeg fire informanter som alle hadde brukt digitalinnbyggerdialog en stund. Jeg fikk også tips om aktuelle kandidater via venner og bekjente som jeg tok direkte kontakt med. En informant hadde akkurat fått logget seg inn og hadde prøvd litt. To av informantene hadde ikke prøvd digital innbyggerdialog. Den ene av disse var ikke digital aktiv. Den andre kjente godt til tjenestene på Helsenorge.no og hadde mye erfaring rundt dette med eldre og digitalisering. Fem av informantene var selv brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester og to var pårørende. Til sammen fikk jeg ett utvalg der aldersgruppene: 20-,30-, 50-, 60-, 70- og 90 åra var representert. Det var to menn og fem kvinner som deltok i intervjuene. Jeg ønsket også å få belyst hvor godt helseportalen Helsenorge.no var kjent. Det er på denne nettsiden en får tilgang til digital innbyggerdialog. Jeg intervjuet derfor Aysha Hussain, senior rådgiver i Forbrukerrådet. Hun presenterte en undersøkelse om kjennskapen til Helsenorge.no på E-hin 2020.

3.3. Datainnsamling og behandling av data

I dette kapitlet beskriver jeg hvordan jeg har gjennomført intervjuene og hvordan arbeidet med transkripsjon og analyse har foregått. På denne måten kan leserne av studien skal få innblikk i hvordan prosessen har vært.

3.3.1. Forberedelse og utførelse av intervju

Informantene fikk informasjon om prosjektet mitt og fikk utdelt samtykkeskjema på forhånd. Da alle informanter hadde takket ja til å delta i intervju fikk jeg kontaktinformasjon og tok selv kontakt med dem for å avtale tid og sted for intervjuet. Ifølge (Tjora, 2017, p. 169) blir dybdeintervjuer betraktet som intervjuer som skjer ansikt til ansikt. Videre sier han at telefonintervjuer bare skal brukes der det av praktiske eller økonomiske muligheter er nødvendig. På grunn av pandemien ble de aller fleste intervjuer planlagt gjennomført på telefon. To av deltakerne ønsket likevel personlig intervju og planen var at jeg skulle bruke munnbind, god håndhygiene og holde god avstand. Da dagen for disse intervjuene kom ble det innført enda strengere restriksjoner lokalt og vi ble enig om å ta det via telefon. En av informantene var innlagt på sykehus, men ønsket likevel å utføre intervjuet. Alle intervjuene ble utført på dagtid etter informantenes ønske. Ved intervju start informerte jeg igjen om prosjektet og muligheten for å trekke samtykke tilbake. Seniorrådgiveren i forbrukerrådet, Aysha Hussain samtykket til at jeg kunne referere til henne i oppgaven.

Den ene informanten som ikke hadde prøvd digital innbyggerdialog fikk en epost med lenke til diverse filmer som viser hvordan løsningen virker i praksis. Den andre som var ikke-digital fikk ikke demonstrert løsningen da dette ikke var mulig å få til via telefon. Han fikk heller ingen spørsmål om selve tjenesten digital innbyggerdialog. Informanten representerer likevel mange av tjenestemottakerne i helse- og omsorgstjenesten som er ikke-digitale og kom med sine erfaringer om digitalisering og samhandling med helse- og omsorgstjenestene.

Intervjuene ble utført i perioden 15.mars til 19. mars og intervjuet med forbrukerrådet forgikk 12.april. De varte fra 30 – 50 minutter og det ble tatt lydopptak. Noen dager hadde jeg 2 intervjuer på samme dag. Med telefon intervju erfarte jeg det som Tjora beskriver at en mister mulighet for å nikke når deltakerne er på rett spor (Tjora, 2017, p. 169). Dette ble tydelig for meg når jeg jobbet med transkriberingen i ettertid. Jeg svarte mye "JA" for å bekrefte at jeg lyttet og forstod. På lydopptaket registrert jeg at dette av og til førte til at informanten stoppet litt opp. Jeg registrerte også at jeg kunne gitt mer rom for pauser for å få informanten til å fortelle litt mer. Ved å transkribere forløpende kunne slike erfaringer gitt lærdom til senere intervjuer. Jeg har lært at det er nyttig å sette av en lengre tidsperiode til intervjuer. En annen erfaring er at alle så nær som en hadde god lyd, men ett par av informantene var litt vanskelig å forstå over telefon. Det var derfor viktig å spørre om igjen, og oppsummere for å få bekreftet min oppfatning.

3.3.2. Transkripsjon

Som nevnt tidligere tok jeg lydopptak under intervjuene. Jeg informerte informantene om dette både i samtykke skjemaet før intervjuet startet. Alle samtykket til lydopptak. Jeg transkribert intervjuene ordrett, men gjorde det om til skriftspråk. På denne måten kunne jeg sitere informantene direkte for å få budskapet deres tydelig frem. Jeg har selv utført alle intervjuene og det var relativt få intervjuer. Ifølge Tjora (2017, p. 175) vil jeg derfor huske tilbake til situasjonen og hva som ble formidlet. Transkriberingen var tidkrevende, men jeg erfarte at det var en god måte å gjenoppleve og intervjuene på. Det var en god prosess før selve analysearbeidet

3.3.3. Analyse

Planen var å utføre datainnsamling og intervju tidlig i prosessen med masteroppgaven. Jeg skulle bruke SDI, stegvis, deduktiv, induktiv metode. Dette er en metode der en bruker egen empiri til å lage empirinære koder, gruppere kodene, utvikle konsepter for så å danne utgangspunkt for teori (Tjora, 2017, p. 18). Da pandemien kom og prosjektet stoppet opp ble det en endring i fremgangsmåte. Jeg kunne ikke sitte og vente til prosjektet startet opp igjen, men måtte bruke tiden på å finne relevant teori. Jeg var derfor spent på om jeg fortsatt kunne bruke SDI metoden. Jeg hadde allerede funnet mye teori som var relatert til problemstillinga og intervjuguiden var revidert noe etter hvert som jeg fikk en høyere kompetanse på området. Jeg opplevde derfor at det var nyttig å ha en del kompetanse på tema før intervjuene startet. I etterkant har det vist seg at mye av teorien fortsatt var aktuell og at noe teori måtte utdypes.

Da intervjuene var transkribert lastet jeg de inn i Nvivo 12, som er ett dataprogram som blir nyttet til å sette kvalitative data i system. Jeg brukte SDI metoden til å kode de transkriberte intervjuene med empirinære koder. Til sammen ble det 198 ulike koder. Jeg brukte informantens ord til å beskrive kodene. Det ble derfor naturlig å lage ulike koder

selv om innholdet var det sammenfallende. Disse kodene ble utgangspunkt for neste steg i SDI som er kategorisering eller kodegruppering.

Til sammen delte jeg kodene først inn i 6 ulike kodegrupper: bakgrunnsinformasjon, databruk, digitalisering i samfunnet, erfaringer med Helsenorge.no, erfaringer med helse og omsorgstjenesten og hva skal til for at flere tar tjenesten i bruk. Der kodegruppe 1 bakgrunnsinformasjon er en samling av koder for å få en forståelse av informantenes erfaring og bakgrunn og ikke tenkt som en gruppe som skal analyseres videre.

Tjora (2017, p. 210) presenterer at som en tommelfingerregel er 3 – 5 kodegrupper passende for en masteroppgave. Noen av kodegruppene delte jeg igjen inn i flere undergrupper for å få mer struktur over empirien.

Etter hvert som jeg leste gjennom kodene og informantenes utsagn prøvde jeg å finne ut hva de egentlig handlet om. Jeg kom dermed over i konseptutvikling (Tjora, 2017, p. 211). Var det andre begreper for kodegruppene. Jeg valgte å lage en struktur der problemstillingen ble sentral. og konseptene ble derfor opplevelse av nytteverdi, opplevelse av brukervennlighet og hva skal til for at flere skal ta tjenesten i bruk. På denne måten ble det lettere å avgjøre hvilke av kodene som var relevante for det videre arbeidet. Konseptene ble igjen delt opp i flere underkategorier.

3.4. Metodiske vurderinger

Første del av dette kapitlet omhandler etiske hensyn i studiet. Videre blir en refleksjon om studiets pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet presentert.

3.4.1. Etiske hensyn

Hensyn til deltakerne og deres integritet er ett avgjørende element i forskningsetikk. Det skal foreligge frivillig informert samtykke, det må være liten eller ingen risiko for aktørene og det kreves at forskningen gir kunnskap som enkeltpersoner eller grupper har nytte av (Jerpseth & Halvorsen, 2019).

Forskninga min har betydning for grupper og enkeltpersoner ved at det gir kunnskap om erfaring innbyggere har til tjenesten digital innbyggerdialog. Dette kan brukes til videre utvikling av tjenesten og si noe om hvordan en kan få flere innbyggere til å ta tjenesten i bruk.

Selve tema i oppgaven er ikke spesielt sensitivt, men informantene er brukere av helse og omsorgstjenestene. De fleste fortalte åpent om sine erfaringer med tjenesten og flere sa: "jeg er ikke redd for å si min mening og står for det jeg sier".

Prosjekter som involverer sårbare grupper, skal godkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Da mine informanter er brukere av helse- og omsorgstjenester sendte jeg inn en fremleggingsvurdering til REK. Tilbakemeldingen fra REK var at mitt prosjekt ikke var omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde og kunne gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK.

REK mente derimot at det var nødvendig å søke dispensasjon fra taushetsplikten for å identifisere deltakere til studien. Veilederen min søkte på bakgrunn av dette om fritak fra taushetsplikt. Søknaden ble avvist da det ble vurdert at det ikke var nødvendig med dispensasjon fra taushetsplikten. Jeg kunne dermed gjennomføre og publisere prosjektet uten godkjenning fra REK. Da jeg skulle brukes lydopptak var det også viktig å søke

Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vurderingen fra NSD var at prosjektet samsvarte med personvernlovgivningen og kunne gjennomføres når søknad fra REK var godkjent.

Noen informanter fortalte at de kunne bli slitne og kanskje måtte ta pauser undervegs. Jeg var derfor påpasselig med å spørre disse hvordan det gikk, og tilby pauser undervegs. Ingen av informantene takket ja til pauser, og det virket som de syntes det var kjekt å delta. Informanten som var på sykehus, sa når det kom sykehuspersonell: "jeg vil heller prate med deg enn å ta blodprøve". En sa til slutt: «Men, nå er jeg sliten, nå skal jeg hvile meg».

3.4.2. Studiens pålitelighet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet. Når det gjelder pålitelighet er det viktig å reflektere over egen rolle og hvordan denne kan påvirke resultatet i forskningen. Faktorer som blant annet erfaring, kjønn, alder, utdanning, yrke, personlighet, ferdigheter og ståsted på ulike felt, kan påvirke både tilgang til feltet, hvilken informasjon man får, og det kan også påvirke funn og konklusjon i forskningen (Berger, 2015). Det er viktig for påliteligheten at leserne får kjennskap til forskerens forforståelse og rolle (Tjora, 2017, p. 238). Jeg jobber i kommunehelsetjenesten og har jobbet både som sykepleier, avdelingsleder og nå som fagleder for tjenestekontoret. Ellers har jeg vært prosjektleder for innføring av velferdsteknologi og er systemansvarlig for kommunens pasientjournal system. I arbeidet med innføringen av digital innbyggerdialog i kommunen ble jeg godt kjent med denne tjenesten. Min tidligere erfaring og arbeid med innføringen kan prege forskningsarbeidet. En styrke kan være at jeg har kompetanse til å stille de rette spørsmålene. At jeg er sykepleier gjør at jeg har erfaring med å prate med pasienter og pårørende, noe som kan bidra til at jeg har en forståelse for pasienten og dens møte med hjemmetjenesten. På en annen side kan det være med å påvirke hvordan jeg oppfatter svarene.

Å ta lydopptak av intervjuene gjorde det mulig å transkribere intervjuene ordrett og jeg har valgt å legge med mange direkte sitater. Dette kan bidra til økt pålitelighet ved at stemmen til informanten kommer frem til leseren (Tjora, 2017, p. 167). En annen faktor som er viktig å ta med i vurderingen av påliteligheten, er at alle intervjuer ble gjennomført over telefon. Det kan være at svarene ville blitt annerledes om det hadde vært ansikt til ansikt. På grunn av pandemien var dette den beste måten å få utført intervjuene på.

3.4.3. Studiens gyldighet

Med studiens gyldighet menes om resultatene mine gir gode og relevante svar på det jeg forsøker å finne frem til (Tjora, 2017, p. 232). Jeg har i oppgaven forsøkt å holde meg til aktuelle teorier, perspektiver og tidligere forskning. Ved å bruke gevinster som er presentert av KS på digital innbyggerdialog, tidligere forskning på teknologiaksept, en anerkjent teknologiaksept modell og metode for å måle brukervennlighet har jeg forsøkt å forankre oppgaven min i ett sterkt teoretisk landskap. På den måten har jeg forsøkt å bruke det som blir kalt kommunikativ gyldighet, som er den viktigste kilde til høy gyldighet (Tjora, 2017, p. 234). På den annen side er dette ett forholdsvis stort forskningsområde. Det finnes mange ulike teknologiaksept modeller, metoder for å måle brukervennlighet og teoretiske perspektiver som omhandler spredning av teknologi. Det

kan diskuteres om de valg jeg har gjort er de beste, og derfor har det vært viktig å begrunne mine valg og metoder.

3.4.4. Studiens generaliserbarhet

Med studiens generalisering, menes om mine data kan si noe generelt utover gruppa som er studert (Tjora, 2017, p. 231). Dette vil si om mine funn kan si noe generelt om innbyggernes opplevelse av nytte og brukervennlighet og hva som skal til for at flere tar tjenesten i bruk.

Mine informanter representerer mange ulike aldersgrupper og begge kjønn. Alle så nær som en var digitalt aktiv og bruker av Helsenorge.no. Det er mange av brukerne av helse- og omsorgstjenestene som ikke er digitale. Det kan derfor stilles spørsmål til om faktorene som går på opplevd brukervennlighet og opplevd nytte, kan generaliseres til ikke digitale brukere. På den andre siden hadde alle erfaring med ikke-digitale relasjoner, og kunne relatere sine erfaringer til dem.

Den eldste av informanten på 90 år representerer nok mange av de ikke-digitale. At bare en informant er ikke-digital, gir svakt grunnlag for generalisering. Dette samsvarer med det Marangunić and Granić (2015) presiserte i sin studie, at fremtidige studier av eldre mennesker bør være mer representativt. Deltakere i tidligere studier har vært ressurssterke deltakere med høyt utdanningsnivå og som kan sammenlignes unge mennesker. Min erfaring er at det er vanskelig å finne informanter som er villige til å stille til denne type intervjuer. Særlig når det gjelder brukere av kommunale tjenester, som ofte er sårbare grupper.

Flere av de som ble intervjuet hadde tatt i bruk digital innbyggerdialog tidlig, og de er kanskje mer interessert i å ta i bruk digitale hjelpemidler enn andre. Sett i lys av dette, er det grunn til å anta at et annet utvalg ville gitt et annet resultat. Samtidig har brukere med mye erfaring med digitale hjelpemidler, bedre kompetanse til å uttale seg, og kan derfor reflektere på ett mer generelt grunnlag. Det kan være grunn til å tro at flere enn før vil ha samme oppfatning i dag, da den generelle digitale kompetansen i befolkningen har økt under pandemien.

4. Beskrivelse av systemet

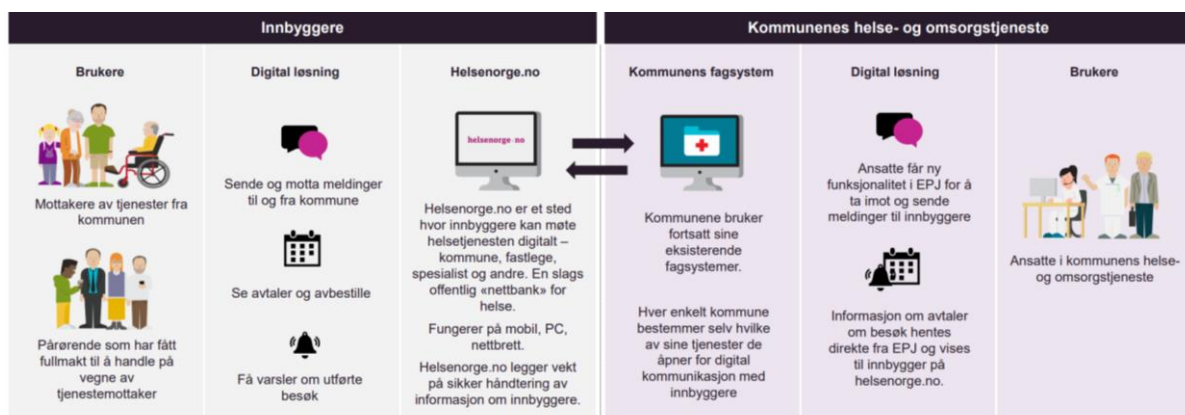
I dette kapitlet introduserer jeg forskningskonseptet der jeg beskriver systemet, hvilken støtte det gir helsepersonell og pasienter og en beskrivelse av brukergruppene. Det første kapitlet beskriver løsningen som helhet, de neste kapitlene beskriver hvordan innbyggerne bruker tjenesten. Jeg har ikke beskrevet hvordan tilsette i helse- og omsorgstjenestene bruker løsningen i denne oppgaven. Bildene er hentet fra presentasjon av løsningen på som ligger på KS.no og fra helsenorge.no



Figur 4.1 Digitalinnbyggerdialog støtter samhandling mellom ulike aktører (KS, 2020)

4.1. Kommunikasjon mellom kommunen og innbyggere

Tjenestemottakere eller pårørende med fullmakt, logger seg inn på helseportalen Helsenorge.no. Her kan de sende og motta meldinger, se på eller avbestille avtaler med helse- og omsorgstjenesten og få varsler om utførte besøk. På Helsenorge.no kan de også kommunisere med andre deler av helsetjenesten og følge med på egen helseinformasjon. Kommunens helse- og omsorgstjeneste bruker sitt eget journalsystem når de skal kommunisere digitalt med tjenestemottakerne. Meldingene kan journalføres og avtaler blir opprettet automatisk når kommunehelsetjenesten jobber med oppdrag og arbeidslister.



Figur 4.2 Brukergrensesnitt som viser hvordan innbyggere og kommune kan kommunisere via helsenorge.no og kommunens journalsystem(KS, 2020)

4.2. Opprette bruker på Helsenorge.no

Første gang man går inn på Helsenorge.no må det opprettes bruker, samtykke til bruk, legge inn kontaktinformasjon og velge varselinstillinger. Man må ha Bank ID eller tilsvarende legitimering. Under blir det vist hvordan dette gjøres på Helsenorge.no:

Gå inn på Helsenorge.no og velg logg inn ved hjelp av bank ID. Første gang man logger på må det samtykkes til bruksvilkår. Ved å samtykke til dialogtjeneste og personlig helsearkiv får en tilgang til tjenestene i digital innbyggerdialog:



Figur 4.3 og Figur 4.4 Viser hvordan første sida på helsenorge.no ser ut og hvordan man samtykker til bruksvilkåra på Helsenorge.no (KS, 2020)

Videre legges kontaktinformasjonen inn slik at man kan få varsling på SMS eller e-post når kommunen sender melding. Med normal varsling får man beskjed når kommunen sender en melding. Valget alle varslar gir beskjed når hjemmebesøket er utført.

Hvilke typer varslar vil du ha?

Obligatoriske varslar

Her varslar vi om informasjon knyttet til behandling og oppfølging av din helse, blant annet informasjon om timer og dialog med helsepersonell. I tillegg blir du varslet om vedtak og informasjon det er viktig at du følger opp.

Viktige varslar

Her vil du i tillegg få varslar om informasjon du selv har bedt om, for eksempel innsyn i helseregistre og fornyelse av resept.

Alle varslar

Her vil du i tillegg bli varslet om bekreftelser og kvitteringer du mottar. Du blir også varslet om utførte hjemmebesøk fra Helse- og omsorgstjenesten.

Hvordan vil du varsles?

På SMS: 90059085

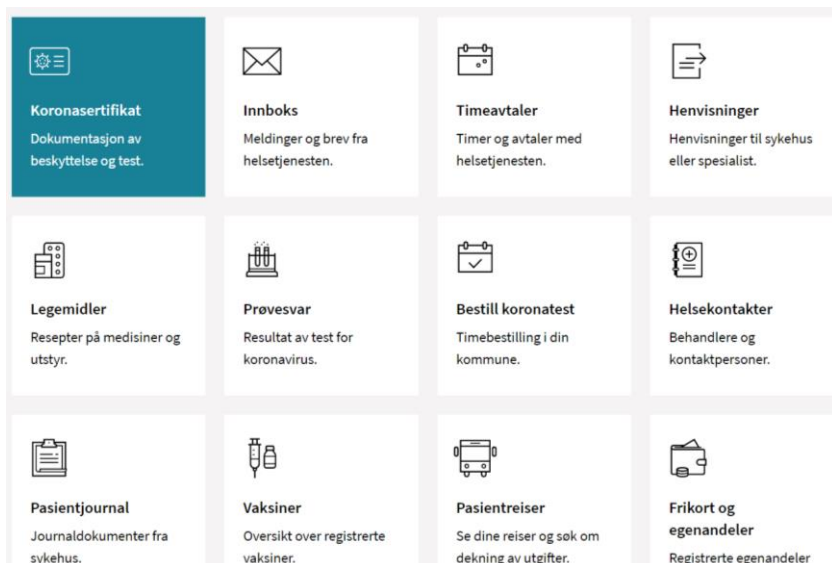
På epost: ruth.okland@gmail.com

Både på SMS og e-post

Varsel sendes alltid til e-post/mobilnummer registrert i [Kontakt- og reservasjonsregisteret \(ID-porten\)](#)

Figur 4.5 Viser hvordan man velger varslingsinformasjon og hvilke varslar som skal være aktive.

Tjenestene som finnes i digital innbyggerdialog er meldinger, avtaler og helsekontakter. På samme side finnes også andre tjenester som resepter og kjernejournal. Alle har en personlig startside den vises i figuren under:

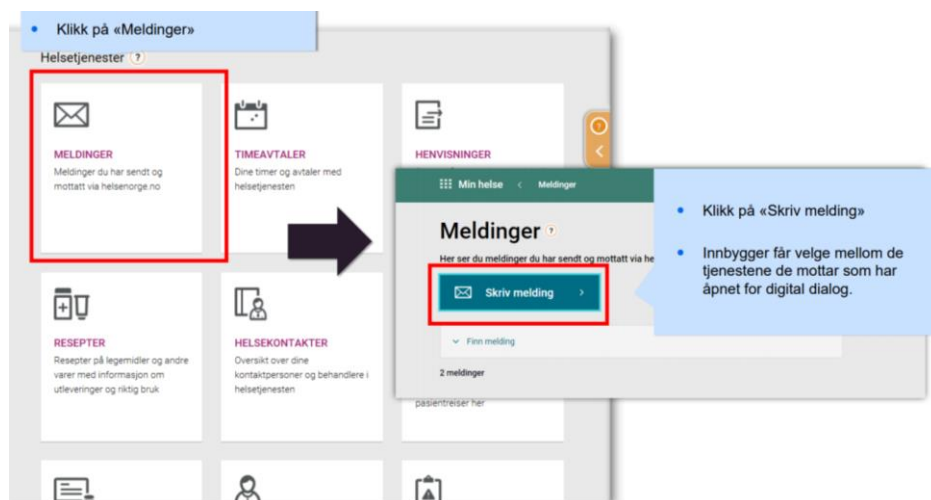


Figur 4.6 Viser den personlige startsidene på helsenorge.no

4.3. Slik skriver man meldinger til de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Man må ha en tjeneste fra kommunen som har tatt i bruk digital innbyggerdialog for å skrive og motta meldinger via Helsenorge.no. Meldingene som blir journalført og vises i historikken.

For å skrive en melding velges "meldinger" fra den personlige siden som vist tidligere og velg «skriv melding»:



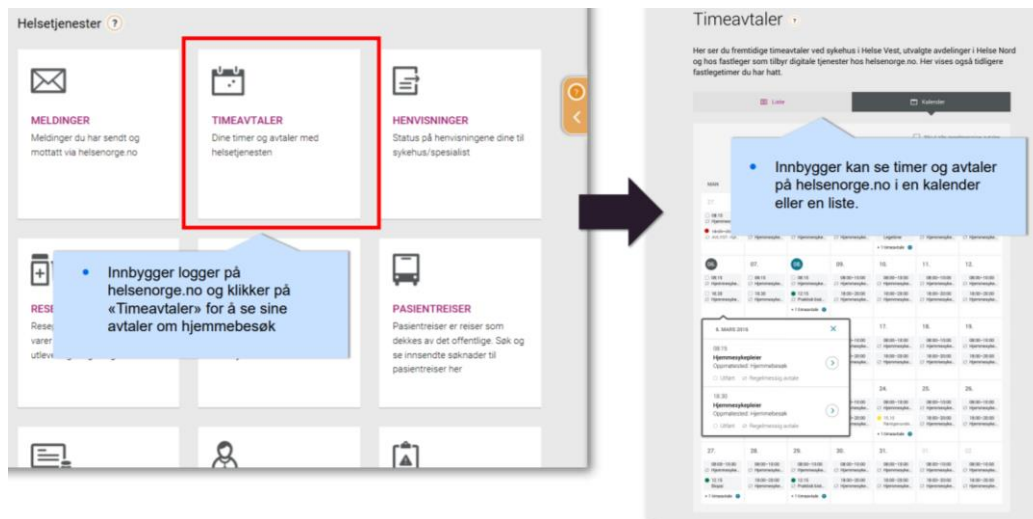
Figur 4.7 Viser hvordan man starter å skrive en melding (KS, 2020)

Alle helsekontaktene som er tilgjengelig for kommunikasjon vil komme opp, og man må velge den rette.

4.4. Slik ser og avbestiller en avtaler på Helsenorge.no

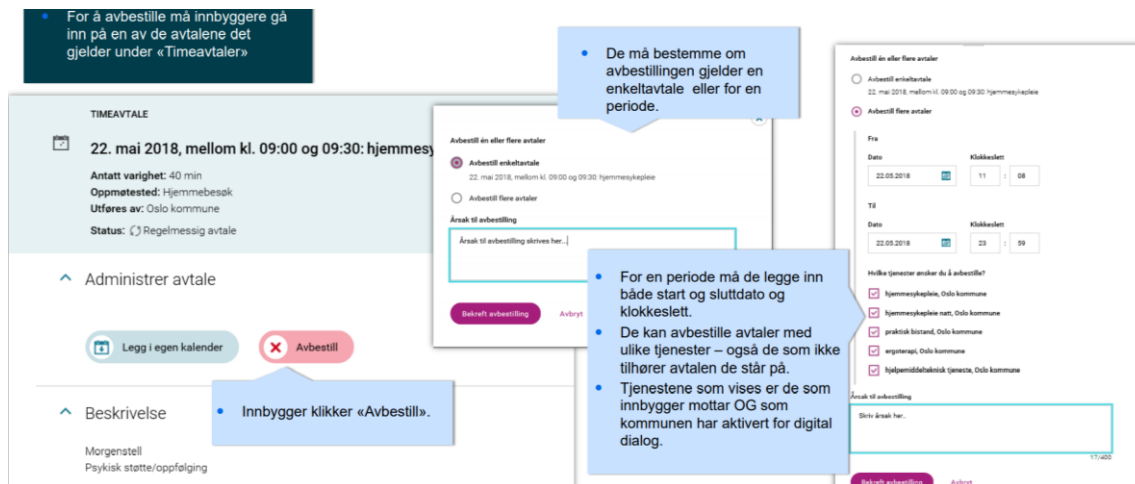
Det er mulig å se fremtidige avtaler fra kommunen og avbestille avtaler via Helsenorge.no. Det kan for eksempel være at man skal reise vekk og ikke trenger besøk fra hjemmetjenesten, eller det kan være at pårørende kommer på besøk og tar rengjøringen selv. Under blir det vist hvordan dette kan gjøres på Helsenorge.no.

Timeavtaler velges fra den personlig siden som vist tidligere og man haker av for å vise avtale i liste eller i kalender:



Figur 4.8 Viser timeavtalene, man kan velge liste eller kalender

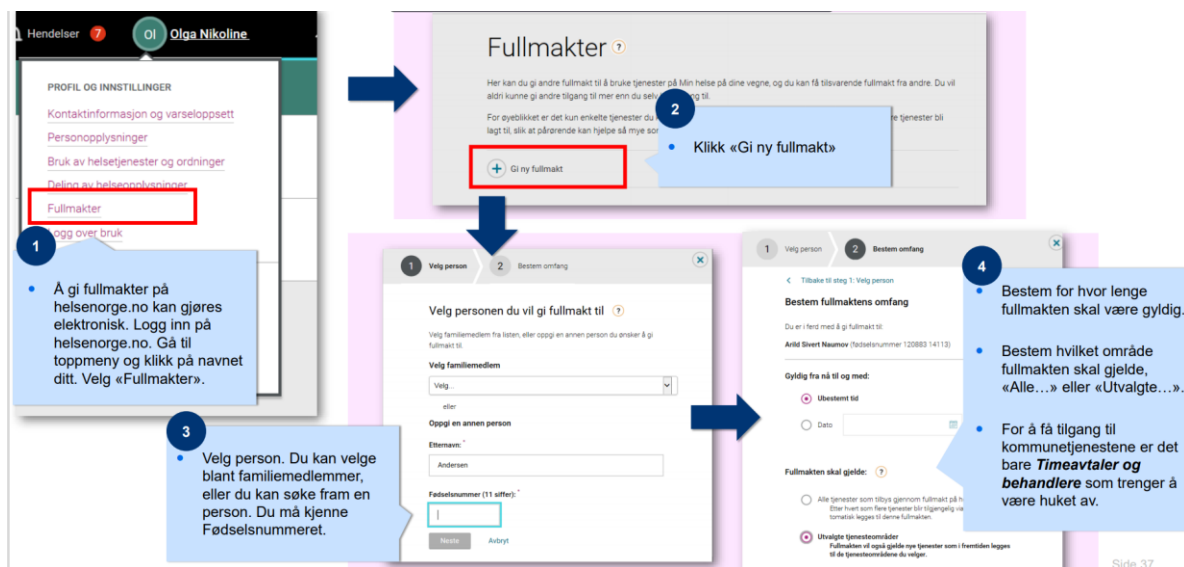
For å avbestille må en markere riktig dato og velge hvilken avtale en ønsker å avbestille. Man kan velge å avbestille bare en avtale eller avtaler for en periode.



Figur 4.9 Viser hvordan man velger riktig avtale og avbestiller

4.5. Slik representerer en andre på Helsenorge.no.

Alle kan selv gå inn og gi fullmakt til andre. Dette gjøres når en er innlogget på Helsenorge.no. Man klikker på navnet sitt øverst og går inn på «Profil og innstillinger», velger «Fullmakter» og deretter «Gi ny fullmakt». Deretter må en velge hvilken person som skal ha fullmakten og omfanget av fullmakten. Det er tre ulike valg og en må velge minst digitale helsetjenester for å få tilgang til digital innbyggerdialog.



Figur 4.10 Her vises hvordan man gir fullmakt til at andre på helsenorge.no(KS, 2020)

Man kan gi eller trekke tilbake fullmakt til å benytte Helsenorge-tjenestene uten å logge inn på helsenorge.no. Da må man bruke følgende skjema: [Skjema for fullmakt til helsenorge.no](#).

For å trekke tilbake fullmakt: [Skjema for å trekke tilbake fullmakt til helsenorge.no](#).

Etter at skjema er sendt inn, vil man motta et brev med en kode. Når brevet er mottatt ringer man veiledningstelefonen på helsenorge.no og oppgir koden sammen med ett saksnummer. Det må være personen som skal gi fullmakt som ringer inn.

Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, kan nærmeste pårørende få fullmakt ved å fylle ut følgende skjema:

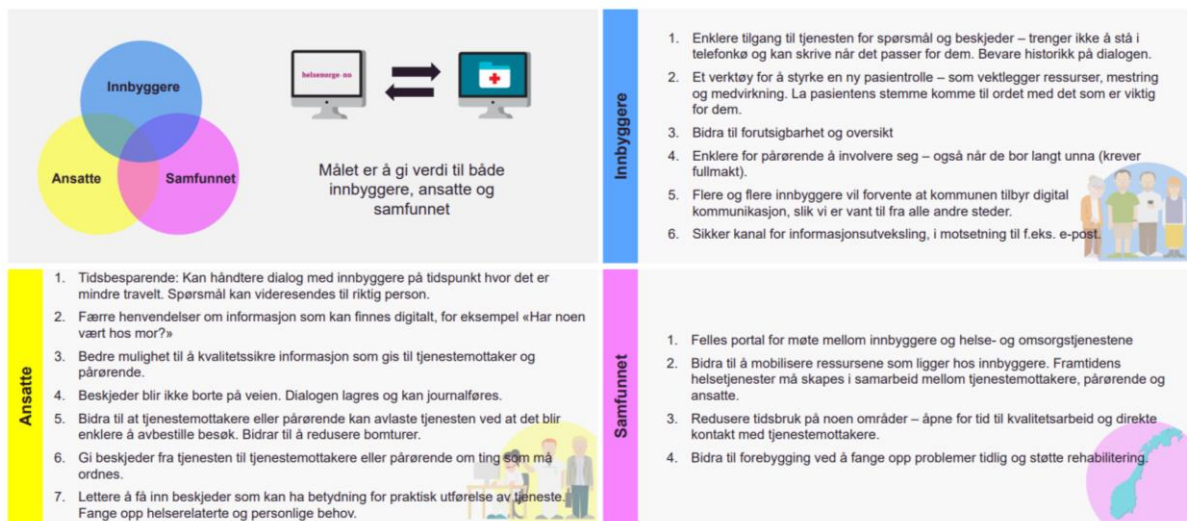
[skjema for fullmakt til helsenorge.no på vegne av personer med manglende samtykkekompetanse \(PDF\)](#).

Man må også sende inn følgende legeerklæring:

[skjema for legeerklæring om manglende samtykkekompetanse \(PDF\)](#)

4.6. Hvilken støtte gir digital innbyggerdialog til helsepersonell og pasienter?

Innføring av digital innbyggerdialog er noe som endrer måten helsepersonell kommuniserer med pasientene på. Betydningen dette har for relasjonen mellom pasient – helsepersonell sier noe om fordeler eller barriere for å ta dette i bruk og er derfor nyttig å ta med seg for å svare på problemstillingen. Figuren under, som er hentet fra KS.no, viser gevinster som tjenesten kan gi til både innbyggere, ansatte og samfunnet. Gevinstene som går på innbyggere, er svært sentrale når jeg diskuterer funn opp mot opplevd nytte.



Figur 4.11 Viser hvilke gevinster digital innbyggerdialog kan gi ansatte, innbyggere og samfunnet(KS, 2020)

I en tid der det blir mer digitalisert kontakt, kan det bli vanskelig å få et helhetsbilde av pasienten. Det kan skape distanse, og en får ikke lenger den personlige kontakten (Nagel & Penner, 2016). Digital kommunikasjon endrer relasjonen og måten sykepleie utføres på (Lie, 2019). Forskning beskriver at det kreves nye evner hos helsepersonell, for å både bli kjent og for å få et helhetlig bilde av pasienten (Nagel & Penner, 2016). Lie (2019) beskriver at digital kommunikasjon er endimensjonal og at det ikke er mulig å bruke sanser som lukt, hørsel, følelser og synsinntrykk i møte med pasientens behov. En må reflektere over hva som ligger bak den skriftlige kommunikasjonen og fange opp budskapet på riktig måte. Det muliggjør nye måter å utføre helsehjelp og støtte pasient – helsepersonell relasjonen på, men det er en forutsetning med grundig opplæring (Lie, 2019).

Å kommunisere skriftlig har mange positive effekter. En kan skrive når det passer og en kan bruke tid på å formulere budskapet sitt (Lie, 2019):

«Positive aspekter ved skriftlig kommunikasjon, for eksempel via sikre meldinger, er at både pasienter og sykepleiere kan reflektere over og bruke mer tid på å tydeliggjøre sine budskap i kommunikasjonen. Å kommunisere skriftlig skaper tid og rom til å formulere tydelige og gjennomtenkte meldinger på en måte som verbal kommunikasjon ikke muliggjør på samme måte.»(Lie, 2019).

Studier fra innføring av digitale legetjenester viser at de fleste uttrykker seg tydelig i digital kommunikasjon. Det åpner opp for at pasienter kan våge å ta opp temaer de ellers ikke ville gjort. Men i noen situasjoner er det menneskelige møte bedre (Fagerlund, Holm, & Zanaboni, 2019).

“De fleste pasientene uttrykte seg tydelig i e-helse konsultasjoner, men i noen situasjoner kunne ansikt til ansikt vært bedre. Noen leger sa at pasienten var mer åpne og tok opp ting de ellers ikke ville gjort t.d. psykisk helse eller skambelagt tema”(Fagerlund et al., 2019)

4.7. Hvem er brukergruppene og hvordan brukes det?

Brukergruppene er alle som mottar helse- og omsorgstjenester i en kommune og som har åpnet opp for denne måten å kommunisere på. Det kan derfor være innbyggere i alle aldersgrupper. Mange pasienter og deres pårørende er eldre. Eldre har ikke det samme naturlige forholdet til digitale verktøy som yngre innbyggere. Det er derfor interessant å få kunnskap om hvordan denne gruppen innbyggere ser behov, nytte og hvordan de bruker disse tjenestene.

I studien «having to learn this so late in our life” utforsket Nymberg et al. (2019) eldre pasienters tro, holdning, erfaringer og forventninger til e-helsetjenester. Totalt 18 pasienter i alderen 65-80 år deltok i fokusgruppe intervjuer. Pasientene hadde minst en kronisk sykdom.

Særlig ett stort tema dukket opp i studien. «De eldres ambivalens mot e-helse: motvillig nysgjerrighet, et ønske om å bli med og behov for informasjon og læringsstøtte». Noen av pasientene var tilfreds med hvordan helsetjenesten fungerer i dag med oppmøte og mottak av vanlige brev. Nymberg et al. (2019) kategoriserte dette som «e-helse, en løsning for et ikke eksisterende problem». Andre igjen såg behovet for tilgjengelighet utenom kontortid. Men det ble understreket at det var viktig at lege var tilgjengelig uavhengig av kontaktmåte. Altså er det fortsatt behov for å kunne ta kontakt via telefon eller oppmøte.

Når det gjaldt eldres erfaring med e-helse utrykte de fleste mangel på erfaring og kunnskap. Noen hadde positive erfaringer og kunnskap om digitale verktøy som ikke var relatert til helse, som t.d nettbank. De få som hadde noe erfaring, viste til uoppfylte forventninger om e-helse med mangel på funksjoner og vanskelig å få tilgang til viktig informasjon.

En annen kategori var mangel på vilje, ferdigheter, selvtillit eller mistillit til den nye teknologien. Noen opplevde for høye kunnskapskrav, frykt for ikke å få tilgang til helsetjenester i akutte situasjoner og stress for ikke å holde tritt. Aldersrelaterte fysiske utfordringer som skjelvende hender, nedsatt syn og dårlig hørsel var barrierer.

Organisatoriske barrierer ble uttrykt av nesten alle med dårlige IT systemer og mangel på it kompetanse i helseorganisasjoner. Nymberg et al viser også til andre studier som viser at for å lykkes med digitale e-helseløsninger, må de skreddersys ulike behov hos pasientene og ha ulike markesføringsstrategier. For å bli akseptert av eldre innbyggere, er det viktig at helseinformasjonen er sikker, lett tilgjengelig og enkel å forstå. Nymberg et al sine funn viste at pasienter som hadde liten eller ingen erfaring med digitale verktøy, var de som hadde aversjon mot teknologi og var overbevist om at vanlig oppfølging med brev og besøk på legekantor var tryggest. Pasientene som hadde litt

erfaring med digitale verktøy var på den andre siden mer positive og nysgjerrige til de digitale tjenestene. (Nymberg et al., 2019)

Kristin Ruud, generalsekretær for Seniornett Norge sier i en artikkel i Vi.no, at en del eldre føler seg verdiløse og synes det er flaut når de ikke får det til. Det handler ofte om selvtillit og at det er viktig med økt kompetanse for å bli trygg. Hun beskriver oppdateringer som den vanligste utfordringen (Madshus, 2019). Forskning viser at det største hinderet for å ta i bruk teknologi hos eldre ikke er teknologikompetanse (Arthanat, 2019). Barrierene går mer på holdninger, redsel for å gjøre feil, lav selvtillit, brukervennlighet og andre psykososiale faktorer (Arthanat, 2019; Holm & Fagerlund, 2019). For å kunne ta i bruk IKT av eldre voksne, er det viktig å kartlegge teknologiadopsjon og trening for å fremme egenmestring. (Arthanat, 2019)

Arthanat (2019) utførte en toårig randomisert kontrollstudie på eldre voksne. Målet med studien, var å få kunnskap om langvarig effekt på ett individuelt IKT treningsprogram. Studien var rettet mot personer over 65 år som hadde minst en av disse kriteriene: over 75 år, bor alene, liten utdanning, fysisk funksjonshemming, omsorgsperson for kronisk syk eller minoritetsbakgrunn. Resultatet av studien viste, at de eldre i treningsgruppen i vesentlig større grad tok del i og engasjerte seg i fritid, egen helse og digitale aktiviteter i dagliglivet enn kontrollgruppen (Arthanat, 2019).

Nasjonalt senter for e-helseforskning har forsket på prosjektet "Sosial, digital kontakt for å mobilisere mot ensomhet blant eldre". Prosjektet har gitt frivillige organisasjoner tilskudd for å gi opplæringstilbud til eldre. Erfaringer etter ett år i forhold til bruk av teknologi er at eldre som deltar på kurs eller får opplæring, øker sin kunnskap om bruk av digitale verktøy. Trening i bruk av teknologi, gjør at eldre bruker teknologien oftere, og de øker sine ferdigheter ved å oppsøke informasjon på internett. Suksesskriterier for vellykket opplæring er at kursene er standardiserte og godt planlagt. Tilbudet bør være en til en opplæring med tålmodige kursholdere og med pedagogisk kompetanse og med mulighet for repetisjon, oppfølging og brukerstøtte. (Holm & Fagerlund, 2019)

5. Resultat

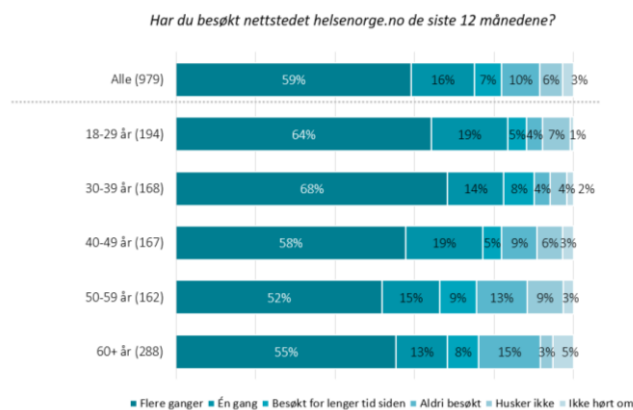
I dette kapitlet vil funn fra intervjuene introduseres. Utsagn fra intervjuene er analysert og jeg har delt de opp i kategorier etter SDI metoden. Det første kapitlet handler om hvor godt innbyggerne kjenner til nettstedet Helsenorge.no, videre vil informantenes opplevelse av nytteverdi og brukervennlighet bli presentert. Det siste kapitlet omhandler hva som skal til for at flere tar tjenesten i bruk.

5.1. Hvor godt kjenner innbyggerne til tjenestene på Helsenorge.no?

Digital innbyggerdialog er en tjeneste som tilbys gjennom helseplattformen Helsenorge.no. Formålet med plattformen er å gi den enkelte pasient eller pårørende et bedre og enklere møte med helsetjenesten. Den skal hjelpe til med å gi økt mestring, styrket pasientrolle og få en bedre helse. Man må logge seg inn på Helsenorge.no for å ta i bruk Digital innbyggerdialog. Det er derfor interessant å vite noe om hvor godt innbyggerne kjenner til portalen og tjenestene som tilbys. Høsten 2020 utførte forbrukerrådet en undersøkelse om befolkningens kjennskap til Helsenorge.no. Den ble presentert av seniorrådgiver i forbrukerrådet Ajsha Hussain, på e-hin konferansen 2020. Jeg tok derfor kontakt med Hussain, som takket ja til å delta i et intervju. I dette kapitlet vil derfor denne undersøkelsen bli presentert sammen med kommentarer fra Forbrukerrådet.

Hussain forklarte at denne undersøkelsen var en beskrivelse av tilstanden her og nå, uten at de gikk særlig i dybden på årsak og sammenheng. Det var Norstat som gjennomførte undersøkelsen i forkant av e-hin 2020. Det ble sendt ut spørsmål til 1000 respondenter fordelt på kjønn, alder og geografi. Undersøkelsen ble gjort mellom 7.oktober og 3. november 2020. De fikk svar fra 979 deltakere. Hussain presiserte flere ganger at dette ikke var en stor undersøkelse, og at det var beskrivende data uten årsak og sammenheng.

Helsenorge.no er hyppig besøkt, men blant de eldste er det en del som aldri har besøkt nettstedet.



Figur 5.1 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Har du besøkt nettstedet helsenorge.no de siste 12 månedene?»

Undersøkelsen viste at nesten 60% av respondentene hadde besøkt Helsenorge.no de siste 12 månedene. Hussain forklarte dette om undersøkelsen: «Så er det jo litt vanskelig når man stiller sånne spørsmål fordi bare ordet Helsenorge, da nettsiden heter «Helsenorge.no», gjør at man ofte veldig sånn automatisk tenker at: «ja, men det vet jeg vel ...» Så sånn forskningsmessig gir den ett innblikk i akkurat det vi har spurt om men man kan diskutere disse tallene ganske sånn frem og tilbake.. dette er typisk innen forbruksforskning at man ser at folk svarer: «ja, men det kjenner jeg til ...», så hvis man hadde stilt oppfølgingsspørsmål så kommer det frem at de ikke kjenner til det likevel»

I undersøkelsen gikk de inn på hver og en av tjenestene som ligger på Helsenorge.no. Det som er mest kjent, er bytte av fastlege. Hussain forklarte at Helsenorge.no er det eneste stedet man får gjøre dette. 54 % og 48 % kjente til tjenestene meldinger og avtaler. Dette er de tjenestene som ligger til innbyggerdialog med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

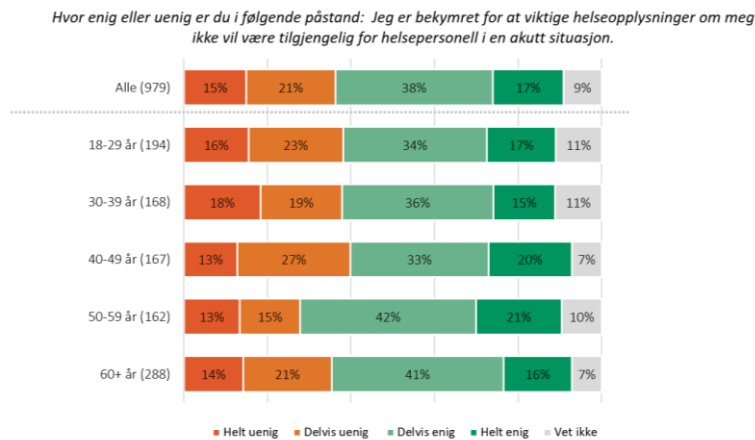
9 av 10 kjenner til minst én tjeneste på Helsenorge.no.
Meldinger, fastlegebytte og resepter er mest kjent.



Figur 5.2 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Hvilke av disse tjenestene på helsenorge.no kjenner du til?»

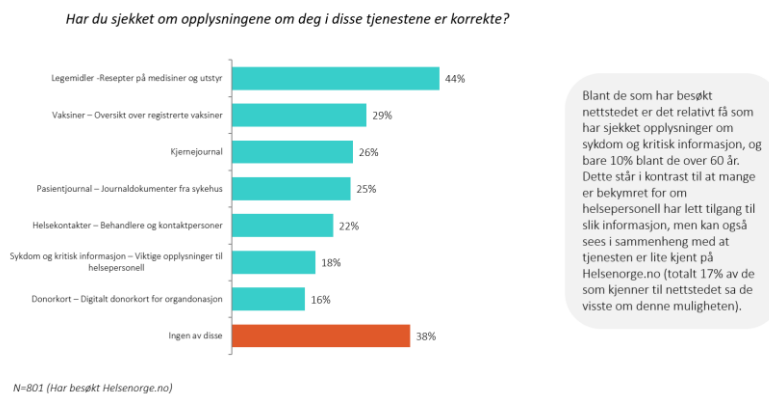
Ett av spørsmålene som ble stilt, var om forbrukerne var redd for at helsevesenet ikke hadde nødvendig informasjon om dem hvis noe skulle skje, hvor enig eller uenig er de var i følgende påstand: "jeg er bekymret for at viktige helseopplysninger om meg ikke vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon" Det var en 5-delning på svar mulighet: jeg er helt uenig, delvis uenig, delvis enig, helt enig og vet ikke.

Et flertall bekymrer seg for at viktige helseopplysninger om dem selv ikke er tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon.



Figur 5.3 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Hvor enig eller uenig er du i påstanden: Jeg er bekymret for at viktige helseopplysninger om meg ikke vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon?»

Nesten to av tre besøkende har også sjekket opplysninger om seg selv, men relativt få har sjekket kritisk informasjon til helsepersonell.



Figur 5.4 Viser svaret på spørsmålet til forbrukerrådet «Har du sjekket om opplysningene om deg i disse tjenestene er korrekte?»

Figuren over viste resultatet av spørsmålet: Har du sjekket om opplysningene om deg i disse tjenestene er korrekte. Konklusjonen som Norstat gav forbrukerrådet var at det er personer i de høyeste aldersgruppene som er mest bekymret og at dette står i kontrast til at mange er bekymret for om helsepersonell har lett tilgang til kritisk informasjon. De stilte da spørsmål til om det er fordi tjenesten på Helsenorge.no er lite kjent? Hussain forklarte dette slik: «Og da er jeg inne på det at vi har veldig beskrivende data, uten at vi har årsak og sammenheng. Det er jo veldig logisk å tenke at det er de eldre som ofte har en sykdomstilstand. Da vet man mer om sin egen helsesituasjon og en vil oftere komme opp i en slik situasjon, at en vil at andre skal vite hva man har. Så det kan være så enkle forklaringer som det».

Videre fortalte Hussain at forbrukerrådet oppfattet at Helsenorge.no fikk en veldig boost på grunn av koronapandemien, fordi en finner covid-19 testresultatene på Helsenorge.no.

5.2. Opplevelse av nytteverdi

Kategorien opplevelse av nytteverdi er viktig for å få svar på forskningsspørsmålet: Hvordan opplever tjenestemottakere nytteverdi og brukervennlighet av tjenesten? Kategorien handler om det deltakerne opplevde som nyttig eller de savnet med tjenesten. Jeg har delt kapitlet inn i flere underkapitler: kontroll på egen helseinformasjon, kommunikasjon med helse- og omsorgstjenesten, kontroll på når og hvem som kommer, å vite at andre kan få kontroll og at tjenesten må være nyttig for at flere skal ta tjenesten i bruk.

5.2.1. Kontroll på egen helseinformasjon

Her beskrives mulighetene og svakhetene informantene opplevde i forhold til dette med kontroll på informasjonen om seg selv.

Noe som gikk igjen blant informantene var at de savnet mulighet for å lese det som ble journalført om dem, slik man kan på sykehus. Dette ble opplevd urettferdig og det ble stilt spørsmål ved hvorfor dette var ulikt i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En av informantenes sa det slik:

“Når jeg ligger på sykehuset så kan jeg inn å lese hva de skriver om meg, det kan jeg ikke i kommunen. De kan skrive hva de vil om meg. Og så må jeg be om å få lov til å lese det, hva om de nekter meg? kanskje de ikke viser meg alt? Hvorfor skal sykehuset kunne oppgi det? Mens når du kommer i kommunen så får du ikke det. Jeg mener at skal en ha det så skal en ha det på alle plan i samfunnet!”

Det ble også gitt uttrykk for at dette burde være mulig i den digitale verden vi er i nå:

“De har fått så mye annet på data hvorfor kan de ikke få det inn. Her legger en livet i hendene deres og da er det jo greit å vite hva de skriver om deg»

Man kan få innsyn i journaler i kommunehelsetjenesten, men en må be om innsyn. Det ble gitt uttrykk for ett ønske om å kunne gjøre dette selv uten å måtte be om det:

“Jeg savner at en kan se hva som blir skrevet om meg. Slik en kan når en ligger på sykehus. En kan jo få innsyn, men da må en snakke med kommunen om å få utskrift. Det hadde vært kjekkere å kunne se hva de skrev.»

I utsagnet kommer dette med å ha kontroll på at det ikke oppstår misforståelser frem, at det som blir journalført, er riktig.

“Hvis jeg føler at jeg blir misforstått av en ansatt som kommer, så er det greit å lese hva de skriver om deg. Hvis det blir en konflikt i etterkant. For å se om de har virkelig misforstått deg og jeg føler jo at de misforstår rett som der, for de hører ikke etter. Nei....det er ikke enkelt dette her, jeg synes det er mange ganger veldig uverdige! og jeg sitter og gråter når de går ...»

Flere brukte også Helsenorge.no for å få en viss kontroll og oversikt over egne helseopplysninger. En forteller at vedkommende har brukt det ved flytting og skifte av lege: «For å ta, hva kan jeg si ... kontrollen på den informasjonen som dreier seg om meg”

En annen forteller at det er bra å ha kontrollen på medisiner via Helsenorge.no for å holde oversikt og sier at: «det er viktig for meg å ha kontroll, det er livet mitt dette handler om»

5.2.2. Kommunikasjon med helse- og omsorgstjenesten

Dette kapitlet handler om hvilke muligheter tjenesten gir informantene til å kommunisere med helse- og omsorgstjenesten og hva de ser på som svakheter med tjenesten.

I digital innbyggerdialog kan man sende meldinger til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Meldingene kan journalføres slik at alle tjenesteutøvere kan lese viktig informasjon. Historikken blir liggende tilgjengelig, og en kan gå tilbake for å lese hva som ble skrevet. En av informantene beskrev et litt vanskelig møte med tjenesten. Vedkommende erfarte at det var nyttig å kunne sende meldinger skriftlig for å få gi uttrykk for egne tanker og opplevelser og at dette blir journalført. Dette har ført til en bedre relasjon til hjemmetjenesten:

“Så relasjonen til hjemmesykepleien den er god i dag og har vært det veldig lenge. Derfor ser jeg nytten av å ha det som skjer journalført. Da er det det digitale som gjelder og at jeg har den kompetansen og kan gi uttrykk for skriftlig de tankene jeg gjør meg. Men siden den gangen har det vært viktig å dokumentere prosessene som jeg nå har hatt med hjemmesykepleien eller kommunale tjenester. Det oppstod noen misforståelser i starten. Så jeg bestemte meg tidlig for å bruke denne meldingstjenesten på min helse. Det hadde noe med at jeg ønsket og få journalført mine meldinger, ønsket å få bekreftet avtaler og så videre”

Flere av informantene skrev meldinger til tjenesten for at informasjonen skulle være skriftlig og dokumentert og for at de selv kunne gå tilbake og sjekke hva de hadde skrevet. En sa: “Jeg sender det ofte der for da vet jeg at de har det skriftlig, men jeg gir også muntlig beskjed om at i morgen må dere komme slik og slik ...” en annen sa: “Jeg synes det er greit å ha kontroll og da kan jeg gå tilbake og sjekke hva jeg skrev. Jeg har de fleste helseopplysninger i permer og liker å ha kontroll.” En tredje sa: “Jeg tror jo at viktig informasjon, viktig informasjon for meg, den er viktig for meg å ha skriftlig.”

En av kommunene hadde innført telefontid mellom 11 og 17. Digital innbyggerdialog er ikke ment til å gi hastige beskjeder og kommunen skal svare i løpet av en dag. En av informantene forteller at dette har resultert i avlysning dagen før for sikkerhetsskyld:

«Det har noen ganger gjort slik for meg at jeg har valgt å ringe dagen før de skal komme for å si at jeg ikke er i form. Istedenfor å ha den muligheten til å kunne ringe akkurat i vaktskiftet på morgenen. Å gi samme beskjed»

En annen føler seg tvunget til å bruke trygghetsalarm for å få kontakt på kveldstid:

«Å stenge telefonen og alt slik at en ikke får tak i de på kveldstid og tvinger deg til å bruke en trygghetsalarm som ikke er ment til det bruket, det liker jeg ikke» videre sa informanten: «Jeg vil ha det slik jeg hadde det før at jeg kunne sende en SMS om ting som skjedde underveis og jeg kunne ringe om jeg trengte å snakke med de»

Noen av informantene sa at det var bra at en kunne kommunisere med flere tjenester på samme stedet. Det var lett å vite hvilke kanaler en skulle bruke og en slapp å forholde seg til flere program for å kommunisere med de ulike tjenestene:

«Når jeg stiller spørsmål til han så svarer jo han meg der også. Jeg kan sende melding til fastlegen, til kontoret og jeg kan sjekke medisinene mine der. Jeg synes det er veldig greit at fastlegen min er på samme plassen. Da slipper jeg å logge meg på 100 typer program for å få frem en ting»

«Det funker helt utmerket for meg og etter hvert som jeg har hatt behov for kommunale tjenester, hjemmetjenester, ergoterapeut osv., så vet jeg hvilke kanaler jeg kan ta i bruk»

5.2.3. Kontroll på når og hvem som kommer

Funksjonen avtaler på Helsenorge.no gir innbyggere mulighet til å gå inn og se når de skal få besøk av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De kan også se hvem som er tildelt oppdraget og kommer på besøk. I dette kapitlet jeg beskrive informantenes opplevelse av denne tjenesten.

Mange av informantene var ofte innom på denne tjenesten, men det er ikke alltid at informasjonen om hvem som skal komme stemmer. For noen betyr ikke dette så mye, men for andre så er det skuffende:

“Jeg er rutinemessig innom og ser på avtalene og på hvem som er satt opp på hjemmebesøk til meg. Men det er ikke alltid det stemmer. Det gjør meg heller ingenting ...”

“når jeg da skal innom og se hvem som kommer så stemmer det ikke alltid, og når de bytter..... det er jo ikke noe kjekt for meg sier jeg. Når jeg forventer at en person kommer og så kommer det en helt annen det liker jeg ikke.”

Også tidspunktene sier informanten at ikke alltid stemmer. Dette avhenger av at listene er satt opp med rett klokkeslett. Når det gjelder å planlegge tidsbruk og klokkeslett kan dette være vanskelig:

“Jeg har sett hvem som skal komme, men det stemmer ikke, heller ikke klokkeslettene stemmer og når jeg sier: «dere skulle kommet kvart over ett i dag ...» så sier de: «det stemmer ikke» Slik jeg forstår det så har de en hel liste over personer de skal gå til, men de vet ikke hvor lang tid de bruker hos den enkelte. Så de tar det jo bare fortløpende. Noen ganger kommer de 2 timer før og noen ganger kommer de 2 timer etter.”

En pårørende fortalte at via tjenesten «avtaler» oppdaget de tilfeldig at morgenbesøket var borte, moren hadde ikke fortalt dette og hun savnet informasjon om dette:

«det var jo der jeg oppdager at det ikke var morgenbesøk lenger. Så da lurte jeg jo på hvorfor det. Da hadde søstera mi truffet en, som hadde fortalt at mamma hadde sagt opp morgenbesøket. Dette har ikke hun fortalt oss, og når jeg har spurt om det har vært morgenbesøk der så sier hun nei, de er ikke der. Så har ikke hun sagt at hun sagt opp. Ja, så da hadde det vært greit å vite at, at det kom en melding om at nå har hun sagt opp morgen besøket.»

Pårørende som har satt på varsling når hjemmebesøk er utført, forteller at klokkeslettene ikke stemmer og at dette har ført til bekymringer:

«jeg lurte på hva skjedde hos mamma når jeg så at de hadde vært der 06:30. Men da fikk jeg jo forklart hva som kunne være årsaken til det. At det kanskje var at nattevakten

ikke hadde registrert det før i slutten av vekten.» videre sa hun: «Hvis hun egentlig skal ha et middagsbesøk mellom halv ett og halvt to og så blir det registrert halv fire, så blir det litt feil. Da tenker jeg som så at nå var dere sene, sant? Men det var ikke det som var årsaken, og dermed så lager jeg meg et eller annet i mitt hode som ikke er rett, og det er ikke bra det heller. Så jeg vil tro det at det er viktig at de som er på besøk, logger det sånn at det fungerer greit»

5.2.4. Å vite at andre kan få kontroll

Det er mulig å representere andre på Helsenorge.no dersom en har fått fullmakt. I dette kapitlet vil informantenes erfaringer med denne muligheten presenteres.

Det å vite at andre kan få fullmakt og representere en på Helsenorge.no var det flere av informantene som syntes var en nyttig funksjon. En av informantene hadde en mor som ofte deltok på undersøkelser, legebekker osv. Ved å ha fullmakt kunne mora selv ha kontroll på disse timene.

“Mora mi har fullmakt. Jeg gikk på fullmakter og valgte å gi fullmakt til mora mi. Hun kan se alt innpå der. Hun går ikke inn og leser journalene og sånn. Men hun følger meg til en del timer og kan gå inn å se hvilken tid det er”

En annen av informantene hadde gitt sønnen fullmakt for at han skulle ha oversikt og kontroll om noe skulle oppstå:

“Sønnen min representerer meg på Helsenorge.no sånn at han skal ha kontroll det var lett å gi han tilgang, det var bare å legge han inn i der under fullmakter. Jeg tror jeg ga ham tilgang til alt for sikkerhets skyld. Det ble meg og han enige om.”

En annen hadde ikke selv gitt noen fullmakt, men hadde forståelsen for at det for spesielt eldre mennesker kunne være nyttig at pårørende hadde fullmakt:

“Det syns jeg høres veldig kjekt ut! Tenk om du bor i en annen by. Det er nok ikke alltid du får svar hvis du ringer til gamle mor. Holdt på si sånn i gåseøyne at hun lyver gjerne og sier at hun har det bra. Så har hun det ikke bra og hun trenger gjerne hjelp og sånt. Så visste du hjemmetjenesten har vært der så måtte det jo være veldig bra å få en tilbakemelding hvordan situasjonen er. Så det syns jeg måtte være kjempesint, dersom det er sånn det fungerer da”

En informant hadde tenkt å skrive en fremtidsfullmakt slik at dattera kunne få en oversikt og kontroll om vedkommende ikke selv var i stand til å gi fullmakt:

“Jeg har på trappene at jeg vil skrive fremtidsfullmakt jeg. Dette er kanskje noe å ta med i en framtidfullmakt. Da slipper du å tenke mer på det, da altså dersom det skulle skje noe med deg. Da har pårørende fullmakten allikevel, så du har gitt dem på forhånd mens du har samtykkekompetent. Jeg tror at jeg hadde synes det var veldig trygt og godt hvis dattera mi kunne få komme inn og se hva slags behandling jeg får og hva slags hjelp jeg får og hvilke medisiner ... så jeg tror sånn i nær familie, så har vi vel ikke så mye som vi ikke deler med hverandre uansett.

5.2.5. Tjenesten må være nyttig for at flere skal ta tjenesten i bruk

To av informantene svarte at det å se nytten av tjenesten er viktig for at flere skulle ta tjenesten i bruk. Den ene beskrev at det var særlig viktig for de med motstand:

«Så må jo folk får vite hva de kan få ut av det, da er det igjen en kampanje. At de kan vise en film der folk kan forklare hva de har av tilbud at det kan intervju på TV og for media med og»

«Det må jo være noen fordeler for de som ikke har brukt det og som har litt motstand mot det, de må jo se på at det er noen fordeler eventuelt at prosessen går gå raskere ...»

Hussain fra forbrukerrådet svarte også at det aller viktigste for å ta i bruk et digitalt verktøy, er at man må ha behov for det:

«For at forbruker skal ta i bruk et digitalt verktøy, er det aller viktigste at de har et behov for det. Videre vil tilgjengelighet være helt avgjørende, samt at forbruker har tillit til at verktøyet eller teknologien fungerer»

5.3. Opplevelse av brukervennlighet

Brukervennlighet er den andre store delen av forskningsspørsmålet mitt: hvordan opplever tjenestemottakerne nytteverdi og brukervennlighet av tjenesten. Alle informantene som hadde prøvd tjenesten, er digitalt aktive og bruker digitale verktøy som PC, mobil og nettbrett daglig.

Jeg har delt kapitlet inn i flere underkapitler: Pålogging og bruk, å få fullmakt, brukervennlighet for helsepersonell og tjenesten må være brukervennlig for at flere skal ta tjenesten i bruk.

5.3.1. Pålogging og bruk

I dette kapitlet presenterer jeg det som informantene har sagt i forhold til pålogging og bruk av tjenestene i digital innbyggerdialog.

Flere av informantene sa at det stort sett var enkelt, kunne være litt kronglete å finne frem, men når du først har brukt det noen ganger går det fint:

«For enkelte så tror jeg jo det kan være litt kronglete å finne frem, men når du har brukt det noen ganger så er det jo de samme prinsippene som går igjen nedover hele veien, så da lærer du deg det. Jeg har også knotet i starten det tror jeg de fleste gjør, men du kommer jo inn i det fort. Og har du noen til å hjelpe deg eller vise deg så går det jo mye enklere vil jeg tro.»

«Jeg synes det er veldig lett å komme inn å gjøre det jeg skal. Jeg er rett som det er inne og sjekker taxiene mine, hvordan de er bestilt at de ligger rett og at tidene er rett»

En av de yngste informantene syntes det var helt greit, men mente en måtte være litt teknisk anlagt for å finne frem:

«Det er helt greit, men jeg føler en må være litt teknisk anlagt for å forstå en del ting, det er ikke sånn helt rett frem. Jeg har leita ganske mange ganger liksom. Bare for å

finne ut hvor meldingene er nå. Det har kanskje bare forandret seg 2 ganger som jeg kan huske»

Den yngste informanten syntes det var tungvint å måtte følge med på om det var kommet svar fra tjenesten og at en måtte logge inn for å lese svaret. Informanten foretrakk å sende vanlig SMS i stedet:

«Det er helt greit, men jeg foretrekker å sende en vanlig SMS. Det er litt det at du må logge inn og du må følge med på om du har fått svar ... jeg får e-post om jeg får svar så da må jeg sjekke e-post. Men nå har jeg akkurat endret til at jeg får melding på SMS»

En annen sa at det var lett å bruke, men at det kanskje kunne være utfordrende for de eldre, særlig dette med bank ID, en annen igjen følte det var en trygghet med bank ID:

«For meg er det lett å bruke, men jeg tenker på disse eldre som ikke er vant med å bruke det. Dette med bank Id og ...»

«Jeg synes det er veldig greit å bruke bank ID for pålogging fordi det er jo en trygghet.»

5.3.2. Å få fullmakt

For å få fullmakt som pårørende kan tjenestemottaker selv logge seg på og gi tilgang. Tjenestemottakere som ikke er digitale må fylle ut ett skjema som må sendes inn til KS. I dette kapitlet vil informantenes tanker om brukervennligheten av dette presenteres.

Flere av informantene hadde gitt fullmakt til sine nærmeste og opplevde at det var enkelt og greit å gi denne tilgangen. Det var bare å registrere de under fullmakter på helsenorge.no.

Den ene pårørende som ble intervjuet fortalte at det var greie skjema, men at det tok lang tid før de mottok brev med kode som skulle ringes inn. Hun fortalte videre at hun trodde det var hjemmetjenesten som skulle gi denne koden og hadde ventet en stund før det var blitt fortalt at de måtte fylle ut dette skjema og sende til KS. På grunn av telefonkø tok det lang tid å komme gjennom, men når de først var komt gjennom gikk det fort. Neste dag hadde de tilgang:

«Jo, det gikk jo for så vidt greit å få fullmakt. De skjemaene vi fikk var for så vidt greie. Og så forklarte jeg for mamma dette her og hva det gikk i, og at hun måtte skrive under og sånne ting»

«Men så gikk det jo noen uker før vi fikk brev tilbake. Og så ble det påske, og så ble det stengt til kontor. Etter påske så satt jeg i tre kvarter, og ventet på å komme gjennom. Så det tok lang tid å nå inn til telefonen. Men når jeg først fikk kontakt med han som fikset dette når mamma skulle si den koden og det saksnummer, og så gikk det jo raskt. Da var det gjort på et kvarter. Så gikk det et døgn da før det ble oppdatert»

Det gikk også greit å registrere at en ville ha varsel på SMS ved utført besøk fra hjemmetjenesten:

«Men morgenen etterpå, så funket det jo og vi fikk tilgang og da var det at jeg måtte gå inn på meg selv og registrere at jeg ville ha SMS når det hadde vært besøk. Og det syntes jeg var greit»

5.3.3. Bruk for helsepersonell:

Jeg har ikke satt søkelys på helsepersonell i denne oppgaven, men det kom inn noen innspill fra tjenestemottakerne på deres erfaring med hvordan hjemmetjenesten mottok meldinger og registrerte utført besøk. Disse blir presentert i dette kapitlet.

En av informantene var særlig opptatt av at hjemmetjenesten ikke kunne lese meldingene på de håndholdte enhetene sine. De kunne bare svare når de var pålogget PC inne på kontoret, noe som var problematisk særlig på kveldstid. Informanten mente at det burde være like enkelt for hjemmetjenesten å logge seg på å svare på en melding, som for innbyggerne.

«Dersom de hadde fått meldingen på telefonen når de var ute så kunne de svart meg, men sånt er det jo ikke ...»

«En sykepleier må da kunne gå inn på kveldstid og taste inn som om de skulle sende en SMS til meg, på samme måte som jeg logger meg inn på Helsenorge.no»

For at pårørende skal få varsel om utført besøk, må hjemmetjenesten registrere besøket som utført på sin arbeidsliste inne på nettbrett/mobil. Den ene informanten opplevde at varsel om utført besøk kom til ett annet klokkeslett og hadde fått en forklaring på dette, hun sa:

«Så jeg vil tro det at det er viktig at de som er på besøk da, logger det sånn at det fungerer greit»

Også en annen informant sier det har fungert godt, men at hjemmetjenesten har en vei å gå i forhold til dialog på denne måten:

«Jeg har innbyggerdialog med hjemmetjenesten og ergoterapi. Og det har fungert godt for meg. Jeg har fått noen tilbakemeldinger, gjerne med et smil rundt munnen fra hjemmetjenesten At det ikke er alle der som har vært bevisst på eller er bevisst på at noe av den viktige dialogen skjer nettopp på min helse. Så det er ikke alltid det har vært sjekket, til neste dag. Men det er bare en saksopplysning, jeg tror tjenesten i seg selv, altså hjemmetjenesten, har en liten vei å gå for å bli tryggere i den måten å kommunisere på.»

5.3.4. Tjenesten må være brukervennlig for at flere skal ta tjenesten i bruk

Det var mange som svarte at brukervennlighet var viktig. At det var enkelt å finne frem og at det var lett å komme inn på. I forhold til de som ikke er så vant med å bruke digitale tjenester, var det en som sa at det var viktig at det er enkelt og ikke så mange plasser å trykke. Denne informanten sa at for mange som ikke er digitale så er det lett å bli distraheret av reklame og annen informasjon som er på ulike nettsider:

«Ja, hvis dette skal bli effektivt for de som bor hjemme, så må det være så enkelt at vi bare kan trykke minst mulig for å komme inn på det vi skal ikke så mange plasser å trykke og ikke så mye som kan få deg på avveie»

Flere foreslo at en egen app kunne gjøre at det ble enkelt i bruk:

«En ting må jo være at data programmet er enkelt, at du kanskje kan legge det som en slags app eller ett eller annet, at du bare trykker på den, så kommer du rett inn?»

«En egen app kanskje. De fleste i dag er jo inne på disse appene. En laster seg jo fort inn på en app. I nettbanken min f.eks. bruker jeg bare fingeravtrykk»

Den yngste informanten sendte en epost til meg etter intervjuet der hun foreslo en egen app der en kunne bruke fingeravtrykk for å gjøre de enkle tingene:

«Kom plutselig på en ting til som ville gjort det lettere (om det realistisk kommer til å skje noen gang er en annen sak), men sender det som en ettertanke. Noen apper der man bruker bank ID, som DnB, kan man logge inn på ved å bruke fingeravtrykk, men man får fremdeles tilgang til å gjøre en del ting. Om man kunne gjort enkle ting, bl.a. å sende melding ved å logge inn med fingeravtrykk istedenfor bank ID ville det blitt enklere, og folk hadde muligens ønsket å bruke tjenesten mer. :))»

Hussain fra forbrukerrådet sa at for at innbyggerne skal ta det i bruk må en få kjennskap til den, den må være nyttig, og hun sa at det må oppleves som det aller beste verktøyet å bruke:

«En ting er jo at man må få kjennskap til den, men man må også få føle at det er ett nyttig verktøy. Forbrukerrådet har vært noe usikker på om det egentlig er det letteste verktøy å bruke. I enkelte møter så har det kommet kommentarer som, dette er ikke noen undersøkelser vi har gjort, men sånne kommentarer som: "men legekantoret mitt tilbyr pasientsky og det fungerer så godt, så jeg forstår ikke hvorfor fastlegen min skal kommunisere med meg gjennom Helsenorge.no" Fordi de appene som brukes er så gode.»

Videre sa Hussain at Helsenorge.no har litt konkurranse og de må ta hensyn til flere brukergrupper. Det er ikke bare innbyggere, det er også viktig at helsepersonell som skal bruke løsningen oppfatter at det fungerer bra:

«og så har man jo flere brukergrupper ... det er jo ikke bare vi befolkningen, en har jo også fastlegene. Så hvis fastlegene føler at Helsenorge.no fungerer helt utmerket og jeg vil ha den som eneste tjenesten de tilbyr til sine pasienter, så vil Helsenorge.no nå mye bredere. Da vil de nesten bli oppfattet som det eneste verktøyet, ikke sant?»

For at ikke digitale pårørende skal kunne representere sine på Helsenorge.no så er det en prosess som gjerne tar litt tid. Hussain sa at forbrukerrådet hadde ett ønske om flere digitale løsninger for skjemabehandling. Men at det for enkelte som gjerne ikke har Bank ID så er det til god hjelp at en fortsatt har mulighet til post og telefon:

«det var veldig mye postgang som det egentlig handlet om, og det tok litt tid. Man ønsket å ha flere gode digitale løsninger for å levere inn og søke opp ting, men så kommer vi tilbake til det med bank ID igjen ... så hvis det er det som skal til, så er det kanskje der problemet ligger, at man ikke er veldig digital. Og hvis det finnes en mulighet for å sende post og å kunne ringe. Selv om det er tungvint og tar lengre tid, så kan det være til stor hjelp for den det gjelder at denne muligheten finnes.»

5.4. Hva skal til for at flere tar løsningen i bruk?

I denne kategorien presenterer jeg resultatene fra datainnsamlinga som omhandler svaret på det siste forskningsspørsmålet mitt: hva skal til for at flere tar løsningen i bruk? Innspill som gikk på brukervennlighet og nytte er presentert i de foregående kapitlene. Jeg har delt resultatene i disse underkapitlene: opplæring og informasjon, andre faktorer og alternativer til digital kommunikasjon.

5.4.1. Opplæring og informasjon

I dette kapitlet blir informantenes tanker om at det er behov for opplæring og informasjon presentert. Dette var noe som mange nevnte som viktig for at flere tok tjenesten i bruk. En fortalte at hun tok det i bruk før hjemmetjenesten visste at det var tatt i bruk. En annen fortalte at hun helt tilfeldig fikk vite om tjenesten på venterommet på legekantoret:

«Jeg kunne tenkt meg at vi fikk mer informasjon, jeg fikk tilfeldigvis vite om det da vi fikk ett slags gavekort på legekantoret det er det stod: logg inn her. Litt opplæring hadde vært veldig fint.»

Det ble nevnt at opplæring kunne bli gitt fra mange ulike aktører. Noen nevnte instruksjonsfilmer, noen fra hjemmetjenesten, noen fra andre seniornett eller andre eldre, og noen fra barn og barnebarn:

«Opplæring og informasjon om at det finnes er viktig for at flere skal ta i bruk. Det kan godt hende at det er opplæringsvideo eller noe inne på Helsenorge.no. men jeg har ikke sett noe.»

«og så må du få en del opplæring og kanskje bruke senior nett eller slike ting til å lære de opp.»

«Hvis jeg tar utgangspunkt i min egen situasjon og det å få hjelp av hjemmetjenesten, så kan jo de i hjemmetjenesten som har kompetanse bistå i en type enkel opplæring. Avdekke behovet for eventuelt tekniske hjelpemidler, likemannsprinsippet, at andre eldre kan bistå og gi litt opplæring.»

En kom inn på at det er viktig at en ikke får bare får tilgang til tjenesten, en må få opplæring og en må kanskje få litt hjelp av hjemmetjenesten eller noen andre til å bruke det noen ganger. Det må bli en vane:

«de må iallfall læres slik opp at de tar det i bruk og at de bruker det. At de ikke bare får opplæring så skal de Jeg vet ikke om det er nok at de får ett kurs, men at det er noen fra hjemmetjenesten som ... som må være med de iallfall til de er trygge på dette. At det blir satt av tid når hjemmetjenesten kommer og at de kan gå innpå, gå å øve litt på det eller få de til å bruke det.»

«Det er jo som slik med eldre vet du når barnebarna kommer og sier, men det er jo så enkelt, du bare trykker der og der og der Etterpå husker vi ingenting Så det må brukes altså Sånn at de er sikre på at de tar i bruk, for det er veldig lett for at hvis de bare får det så bruker de det ikke så blir det ikke noen tjenester som de gjør nytte av.»

En annen av informantene kom også inn på dette med vane. Her gikk det mer på markedsføring og formidling av tjenesten. Når innbyggere har hørt om tjenesten og fått budskapet inn gjennom mange kanaler vil en til slutt ta det i bruk:

«Hva er det vi har TV for? En må få det inn der i flere kanaler, bombardere oss med det, til slutt så blir det en vane. En hører det så ofte at det blir normalt til slutt bruker en det bare.»

En tredje nevnte dette med at det må tvinge seg litt frem slik som nettbank har gjort:

«Men det er vel litt sånn som med banktjenester at det må tvinge seg litt fram ...»

En av informantene mente at en informasjonskampanje via media var viktig for å få innbyggerne til å ta tjenesten i bruk. Hun nevnte særlig dette med å nå ungdommen i disse kampanjene, for å få de til å lære opp besteforeldre i å bruke Helsenorge.no. Gjerne lokke med at de kunne vinne en premie. Dersom en klarte å bruke en influenser til å fronte saken ville det være særlig virkningsfullt:

«En må jo ha en kampanje på det eller noe slikt, få ungdommene med på det som kan lære opp de gamle. At barnebarn kan lære opp besteforeldre til dette her for eksempel. At det blir en slik familie ting. At de bruker hverandre i familien, for ungdommen har jo en enorm data kunnskap som oftest, som de kan lære besteforeldre. Og da kan de jo lære de opp til dette også. At det blir en kampanje på å få besteforeldre og foreldre til å bruke Helsenorge.no og så kan de kanskje vinne en premie eller noe slikt hvis de er med. Da tror jeg du kan få flere med, jeg vet jo ikke ...»

«For når en influenser tar seg tid til å bruke det så må jo jeg også liksom ... Og så kan du da oppfordre de unge til å lære opp de gamle.»

5.4.2. Andre faktorer

I dette kapitlet vil jeg presentere en samling av andre faktorer som er nevnt som viktige for at innbyggerne tar innbyggerdialog og andre digitale verktøy i bruk

Det er forskjell på hvorfor innbyggerne har tatt teknologi i bruk, noen opplever at de må ta det i bruk for å henge med i svingene. En av de eldste informantene hadde blitt nødt til å delta på en del teams møter i forbindelse med organisasjonsarbeid og så på det som nødvendig for fortsatt å kunne være i ulike verv:

“men jeg er jo ikke helt der og nå kjenner jeg at ikke er så veldig lysten på så veldig masse nytt. Men jeg ser viktigheten av å henge med i svingene så når du kommer med et nytt program så er jeg jo ganske bestemt at nå skal jeg prøve i fra begynnelsen og så kan vi se ...”

“skal jeg være med, så må jeg ta det i bruk, og jeg vil jo ikke bli innkalt til fysiske møte og jeg har da fått hjelp til å komme meg inn på teams og det har jo fungert. Jeg, jeg blir jo ikke presset, men det ble jo en dyd av nødvendighet hvis jeg skal delta eller så må jeg jo melde meg ut at jeg ikke vil være med lenger.”

To av informantene beskriver en glede over alt som er digitalt og tar digitale verktøy i bruk på grunn av dette:

“Nei, jeg er jo sånn ... Jeg liker jo veldig godt når det meste kan gå elektronisk..... Er veldig fornøyd jo mer elektronisk jo bedre. Har også medido som er en elektronisk medisindispenser. Det hender den kutter feil. Jeg får lov å ha nøkkel selv og ordner dette selv. Får sette rullen på plass selv.”

“... og det var jo det at jeg omfavnet litt av det nye”

Noen kom med innspill på at det er som er av interesse kan de klare mens det andre styrer de unna:

“Stefaren min har nettbrett Han er ikke inne på slikt. Han er 75 år. Han har folk til slikt. Smarttelefon var ikke noe for han. Jeg har fått han til å bruke Netflix appen. Han liker godt krim og slik, så han bruker den til det. Han er også inne på fiskeapper og hører på båtmotorer og søker litt på musikk.”

Med digital innbyggerdialog kan en dele helseopplysninger. At det oppleves sikkert, kan være en faktor for at innbyggere tar tjenesten i bruk. Alle informantene opplevde det sikkert. Tre av informantene sa at de ikke var redd for at opplysninger kom på avveie da de ikke hadde noe å skjule.

«Jeg stoler på at ingen andre ser det, så jeg føler det er trygt. Jeg har veldig lite å skjule så hvorfor gidde»

“Jeg hadde et oppgjør med meg selv for noen år siden Ruth, det vil si hvis jeg skulle møte noen type mennesker som ville bruke den informasjonen som er tilgjengelig for meg Så bare la de gjøre det, det spiller ingen rolle. Jeg vet ikke om jeg får fram poenget mitt. Jeg deler informasjon om meg selv i forhold til den tjenesten jeg snakker om nå, jeg bruker noe av den informasjonen også i forhold til andre tjenester og er trygg nok på at jeg er sterk nok til å stå i det. Det gjør meg ingenting. Helseopplysninger om meg, det har blitt en så vesentlig del av min tilværelse nå at hvis det er noen som ikke tåler å høre det, så kan de la være.”

Den nest eldste informanten nevnte dette med datahacking, men at hun var sikker på at de fant ordninger som gjorde det trygt likevel:

“Så er det der data hacking. Det er så mye sånt men da vil vi sikkert utviklingen bare bli sånn at det en ser nye muligheter og nye måter å gjøre det sikkert og trygt og godt for en kommune for eksempel, eller en annen plass. Men det er jo alltid noen som skal teste andre veien.”

Hussain fra forbrukerrådet beskriver også utfordringene med dette som har med bank ID å gjøre. Det er problematisk når en må legitimere seg med bank ID i enkelte livssituasjoner og om en har behov for at andre skal representere en:

«Og når det gjelder pårørende så vet jeg ikke akkurat nå hvordan det fungerer med Helsenorge.no. Men som blir linket til bank ID vil jo sette begrensninger veldig ofte, så da går det på hvilke fullmakter osv ... Men vi ser det litt sånn overalt at koblingen mellom bank ID og legitimasjon er vanskelig i enkelte livssituasjoner. Ekstra vanskelig gjelder det når det er helse det handler om da, så da er veldig viktig at all digitalisering som blir gjort ivaretar de gruppene hvor det vil være vanskelig.»

Hussain viser til dette med den digitale utviklinga som har vært den siste tiden og problematikken med at det offentlige er forpliktet til å inneha en viss kvalitet på det de leverer. Vider sa hun at dette førte til lange, tunge prosesser som kanskje ikke de private aktørene måtte forholde seg til. På denne måten har t.d. legene tatt i bruk andre nettløsninger som pasientene nå er vant til å bruke, noe som kan påvirke de til å ikke ta i bruk Helsenorge.no:

«Men nå har jo legene hatt behov for å bruke ulike nettløsninger for å få kontakt. Og så har Helsenorge.no kanskje utviklet seg litt for sakte, så har fastlegene tatt i bruk ulike tjenester og så har pasientene vendt seg til disse. Så er de blitt vant til at det er sånn jeg kontakter min fastlege.»

5.4.3. Alternativer til digital kontakt:

I dette kapitlet vil jeg presentere resultater som har med de som ikke er digitale og at det kom frem at det må være ett alternativ til dem. Det var flere som kom med innspill

om at det fremdeles var viktig med den personlige kontakten kontra den digitale kontakten i noen sammenhenger.

Selv om jeg bare hadde en informant som var av den helt eldste generasjonen som ikke er digitalt aktiv, var det flere av de andre informantene som hadde tanker om de som ikke er digitalt aktive. Informanten som var 90 år hadde ett nettbrett. Dette brukte han bare til å abonnere på aviser ellers var han ikke digital aktiv. Han sa følte seg ikke presset til å ta i bruk digitale verktøy og følte heller ikke behov for å ta det i bruk. Han uttrykket også at han følte det utrygt:

“Jeg har ikke vært sånn digitalisert så jeg har ikke hatt noen problemer med det i det hele tatt..... Ja bevars, jeg har klart meg fint uten, jeg har ikke sett behov, så derfor har jeg ikke tatt det i bruk da ... Ja altså, jeg har ikke noe veldig imot det. Men jeg synes ikke det har vært nødvendig. Dessuten så har du jo mer risiko for å bli svindlet for penger vet du. Men jeg har ikke sett meg inn i det der for jeg har ikke hatt bruk for det egentlig”

Informanten på 90 fortalte at det var så mange muligheter med en smarttelefon, men at han ikke hadde fått seg til og lært seg det:

“Av og til kunne jeg tenkt meg og lært å bruke en sånn der moderne mobiltelefon slik at jeg kan se den jeg snakker med, det er jo helt fantastisk. Jeg har ikke gidde og gjort det.”

En av informantene mente at i forhold til sine nærmeste som var eldre, var digitaliseringen en generasjon for tidlig. Men at det ville bli lettere når neste generasjon eldre kom:

“Jeg har vel vært der en god stund nå, at det med digitalisering er en generasjon for tidlig. Med tanke på de eldre som jeg har hatt i familien og rundt omkring, som ikke hatt datamaskin eller har nesten aldri vært inn på. Men samtidig så er det jo veldig mange eldre som går på kurs. Det har vi hatt i kommunen også for eldre, der de lærte å gå på nettbank og skrive e post å gjøre sånne ting, men det er stor forskjell ser jeg. Når de skulle få NAV lønninga si via dataen så kjenner jeg en som synes det var helt forferdelig, for hun hadde jo ikke dette så det er litt begge deler og jeg ser at det sikkert veien å gå, så når neste generasjon kommer så vil det nok bli lettere.”

Dette bekreftet en av de andre informantene som mente at foreldregenerasjonen på 80 – 90 ikke ville klart seg digitalt, men neste generasjon på 70-75 vil klare seg bra og at digitalisering er kommet for å bli:

“Angående den digitale utviklingen i samfunnet, jeg kan relatere det til min mor og min far. Min far døde i fjor, alt det digitale: helse, bank, informasjon, digipost, hadde ikke peiling. Min mor min mor hun døde i 13, all kommunikasjon var da enten personlig eller i brevform. Så de 2 hadde ikke klart seg. så hvis de 2 var rett representative for ja nå var jo de foreldregenerasjonen men kanskje de yngre ... i 70 til 75 års alderen i dag så har jeg en del kjente og de klarer seg bra. Så jeg vil tro at digitaliseringen er kommet for å bli og at de fleste henger seg på”

Flere mente at det må være ett alternativ til de som ikke er digitale:

«Men det er jo 300.000 eldre i Norge som ikke har, eller det er ikke bare eldre da, som ikke har data eller tilgang til data, så kan vel ikke legge alt innpå heller og det må iallfall finnes en måte for disse også.»

“Jeg ser masse fordeler med det også, men at det kanskje for noen brukergrupper og det vil det alltid bli det må kanskje bli litt begge deler? Det er ikke alle som har råd til å kjøpe seg en datamaskin heller, men jeg tenker mest på de som ikke har vært innom og trykt på dette her i hele tatt.”

I flere av intervjuene kom det også frem at noen opplever en fortvilelse over at alt er digitalt og at med en gang det er noe teknisk så er dette et hinder:

“Men det er jo mange som er litt fortvilet over at alt er på nett og jeg ser bare på fjernsyn og så sier de kan du lese mer på .no sant.. Og de som ikke er inne på dataen eller har sånn iPod eller et eller annet så står de plutselig der og får det ikke med seg.”

“Jeg har ikke så mange venner i min aldersgruppe som er så veldig flinke på data. Jeg har ikke det ... i forhold til når jeg ser på dattera mi og de som klarer å orientere seg veldig lett på data. Så det vil nok gå noen år før de tar dette i bruk. Da vil det nok bare bli en vane å gå inn å gjøre sånne ting”

“Men jeg har jo vært ute og presentert velferdsteknologi og sånn, og da sier de at jeg ikke må komme med alt mulig sånn teknisk til dem, for de klarer ikke å sette seg inn i det, men jeg prøver å si at du kan vel trykke på en knapp eller to? Ikke sant? For hvis dette blir for vanskelig, så tar det ikke bruk”

En av informantene mente at dette er ett problem som kommer til å avta med neste generasjon, og at det kanskje ikke nødvendig å sette inn så stor innsats for at disse skulle ta det digitale i bruk:

“De er den utdøende generasjonen Ruth, så kanskje ikke innsatsen og motivasjonen er helt på topp til å ta fatt i utfordringene disse har. Nå var jeg litt kynisk”

Flere av informantene beskrev digital kontakt kontra menneskelig kontakt. En mister viktig informasjon som kan fås gjennom kroppsspråk og nyanser i tonefall, og at noe kontakt fortsatt bør være personlig. Det kan bli upersonlig og en mister det medmenneskelige. Det digitale kan ikke erstatte alt:

“Det skrevne ordet er ikke det samme som den menneskelige kontakten. Du får jo ikke de nyansene som språket kan gi som tonefall. Folk skjønner ikke om du er ironisk på nett, så du må være mye mer forsiktig på nett. En må være veldig forsiktig med det man skriver for folk misforstår så lett. Jeg vet ikke om det er fordi vi er litt uoppmerksomme på det som står der. Jeg vet ikke, men det er i hvert fall min erfaring at det skrevne ordet ikke kan likestilles med det snakke det ordet. Sånn som når jeg snakker med deg på telefon nå, så kan du høre nyansene mine i tonefallet, det mister vi på dataen. Jeg liker best den virkelige verden, vi må kunne liksom styre såpass at vi har kontroll. Den må ikke overta helt.”

“Ja, men det må jo ikke erstatta alt, det må det jo ikke..... For eksempel legetimer og slikt så liker jeg best å gå fysisk til timer. Jeg har også en psykiatrisk sykepleier en gang i uka. Det var en tid i fjor etter pandemien at det var telefonsamtaler det gikk i. Da liker jeg bedre at det er personlig. Da kan de jo se på deg liksom, kroppsspråk og den slags.”

Hussain fra forbrukerrådet sa også at det er viktig å ivareta ulike behov for personlig kontakt versus digitalkontakt:

«jeg har vært i kontakt med pårørendealliansen. Noe av det viktigste vi har tenkt på, er at en tjenestemodell ikke passer for alle. Det er viktig selv om vi også samtidig som

forbrukerråd sier at og vi vil at legen/ fastlegen skal ha digitale løsninger og at de må komme seg videre slik andre områder gjør i forhold til teknologi Så er det så utrolig viktig å huske på at man fortsatt jobber med pasienter og at det vil være veldig ulike behov for personlig kontakt versus digital kontakt.»

6. Diskusjon

I dette kapitelet skal jeg knytte sammen empirien jeg har samlet opp mot teori. Jeg har valgt å bruke UTAUT 2, faktorer fra STAM, kvalitetsindikatorer på brukervennlighet, påstander fra system usability scale og annen forskning på eldre og bruk av teknologi som utgangspunkt for å kunnskap om hva som påvirker en person til å ta i bruk digital innbyggerdialog eller ikke.

Problemstillingen min som spør etter nytte og brukervennlighet vil diskuteres i de første kapitla mens de neste vil i tillegg til de 2 første kapitla si noe om hva som skal til for at innbyggerne skal ta tjenesten i bruk

6.1. Opplevelse av nytteverdi

I dette kapitlet vil jeg ta for meg den delen av problemstillingen som har med opplevelse av nytten av digital innbyggerdialog å gjøre. Ifølge både UTAUT 2 og andre teknologiadopsjonsmodeller, er nytte en svært sentral intensjonsfaktor for adopsjon. Dette betyr at dersom innbyggerne tenker at tjenesten oppnår gode fordeler og oppleves som nyttig, økes sjansen for at de tar det i bruk. I følge UTAUT 2 blir denne faktoren påvirket av alder og kjønn. Det var bare to menn blant informantene og det er derfor vanskelig å si om kjønn har noen påvirkning. Det er også vanskelig å trekke slutninger angående de eldste eldre og deres oppfattelse av nytte. Det var bare en informant blant de eldste, han var 90 år og så ikke noe særlig nytte i det digitale. Den eldste av informantene som var digitalt aktiv var rett over 70 år og skilte seg ikke ut i forhold til opplevelse av nytte sammenlignet med de andre. Jeg vil undersøke hva mine informanter opplever som nytteverdier og om disse er i tråd med de nytteverdiene som KS har presentert i figur 4.14 i kapittel 4.6. samt annen forskning.

De fleste av informantene brukte digital innbyggerdialog til å gi enkle beskjeder som det ikke hastet å få svar på. Det er lagt opp til at kommunen skal svare innbyggerne i løpet av ett døgn, så til denne type beskjeder kan det virke som tjenesten oppleves som nyttig. Dette samsvarer med det KS har presentert om at digital innbyggerdialog skal gjøre det lettere å stille spørsmål og gi beskjeder når det passer for vedkommende og en skal slippe telefon kø.

Imidlertid kom det frem at en kommune hadde innført telefon tid og tjenestemottakerne ble oppfordret til å bruke digital innbyggerdialog for å få kontakt med tjenesten. På grunn av at det ikke var mottaksapparat for meldinger på kveld resulterte dette i at en av informantene måtte avlyse besøk kvelden før, for å være på den sikre siden og en annen følte seg tvunget til å bruke trygghetsalarmen for å få kontakt. I slike situasjoner kan ikke innbyggerne gi beskjed når det passer dem og de kan heller ikke ta kontakt via telefon. Noe som tyder på at i slike situasjoner oppleves ikke digital innbyggerdialog som nyttig.

En informant fremmet ett ønske om videreutvikling av systemet: at meldingene kom direkte inn på hjemmetjenestens håndholdte enheter, og at de kunne svare når de var ute på listene. En slik løsning ville kanskje bidratt til at digital innbyggerdialog opplevdes som mer nyttig?

Det var særlig en informant som opplevde at det var viktig å kunne dele sine tanker og følelser og at dette ble journalført. Dette er også en gevinst som blir presentert av KS som sier at det skal være ett verktøy for å styrke en ny pasientrolle der pasienten får komme til ordet med det som er viktig for dem. Tidligere forskning beskriver også denne nytten av digital kommunikasjon. Blant annet beskriver Lie (2019) at digital kommunikasjon muliggjør nye måter å utføre helsehjelp og støtte pasient – helsepersonell relasjonen på. Skriftlig kommunikasjon skaper mulighet til å uttrykke seg på en måte verbal kommunikasjon ikke gjør. En har tid til å reflektere og tydeliggjøre sitt budskap. På den andre siden uttrykker flere av informantene at en mister noe på veien med digital kommunikasjon. En fanger ikke opp kroppsspråk og tonefall. Dette blir også bekreftet av Lie (2019), som beskriver digital kommunikasjon som endimensjonal, og at en må reflektere over hva som ligger bak den skriftlige kommunikasjonen i den digitale dialogen og fange opp budskapet på riktig måte. Mange av informantene foretrakk å uttrykke seg muntlig. Dette kan tyde på at det er individuelle forskjeller på om en opplever det nyttig å bruke digital innbyggerdialog for å komme til ordet.

Mange presiserte at de brukte innbyggerdialogen til å få en viss kontroll. De ville være sikre på at informasjonen kom frem og at det ikke skulle oppstå misforståelser. Det å kunne gå tilbake å sjekke hva som var skrevet og avtalt, var også noe de opplevde som nyttig. Denne opplevelsen av nytte samsvarer med gevinsten forutsigbarhet og kontroll som er presentert av KS. Imidlertid var det flere som brukte funksjonen avtaler for å få informasjon om når og hvem som skulle utføre hjemmebesøket. Da dette ikke alltid stemmer, ble det en funksjon som ikke levde opp til forventet ytelse og kan være med å påvirke til at tjenesten oppleves som for dårlig. På den andre siden var det informanter som oppfattet at det ikke stemte, men som ikke brydde seg så mye om dette. Det kunne vært interessant å sett på hvordan hjemmetjenesten jobber med arbeidslisteplanlegging og om det finnes eller kan utvikles noe som kan hjelpe hjemmetjenesten med dette arbeidet.

Mange kommenterte at de savnet å kunne lese journalinformasjon. Dette er mulig når en er på sykehus. Grunnen til at denne forventningen kan være at digital innbyggerdialog er en del av helsenorge.no. Sykehusene er også knyttet opp her. Mange av mine informanter hadde hatt innleggelser på sykehus. Når en har erfaring med hvilke muligheter som finnes, blir en kanskje en mer «krevende kunde». Det ble også presisert at med den digitaliseringen som foregår i dag bør dette være mulig. Ifølge UTAUT 2, har ikke erfaring direkte påvirkning på oppfattet nytte. Mitt funn motstrider dette. Når en har erfaring med hva som er mulig med teknologi vil dette påvirke forventningen til oppfattet nytte. I innbyggerdialogen kan en velge å journalføre dialogen fra tjenestemottakeren inn i journalsystemene. Det ville vært interessant å sett på utviklingsmuligheter for å publisere journalnotater fra journalsystemet til Helsenorge.no. Kanskje dette ville være en funksjon som ville gjort at flere så nytteverdien og tar tjenesten i bruk?

KS har som ett punkt at det er enklere for pårørende å involvere seg- også når de bor langt unna. Flere av informantene hadde gitt fullmakt til sine nærmeste pårørende. De opplevde nytte av at pårørende kunne følge med på timeavtaler. Det gav en trygghet dersom en ble så syk at en ikke kunne ta vare på seg selv lenger. Ifølge erfaring fra andre kommuner er det viktig å få innbyggere til å gjøre dette før de er blitt for syke. En sa at hun ville skrive en fremtidsfullmakt for at dattera kunne representere henne om hun skulle ha behov.

Det at pårørende kunne få varsel om utført besøk, var noe som ble oppfattet som en nyttig funksjon. I intervjuet kom det frem at tidspunktene for utført besøk ikke alltid stemte. Grunnen kan være at dette er en manuell funksjon der ansatte må markere på arbeidslistene at besøk er utført. Noen ansatte gjorde ikke dette før vaktslutt. Pårørende opplevde da motsatt effekt og ble i stedet urolige for hva som gjorde at besøk ikke var utført til oppsatt tid. Det ble påpekt at dersom journalnotatene som de ansatte skrev hadde vært tilgjengelig kunne denne uroen vært unngått.

Oppsummering opplevelse av nytteverdi

Informantene opplevde mye med digital innbyggerdialog som nyttig. Tjenesten ble mest brukt til enkle beskjeder som det ikke hastet å få svar på. Å ikke kunne bruke det til informasjon som hastet, var noe de savnet, særlig når det var innført telefontid. At hjemmetjenesten kunne få varsel og svare på meldinger på sine håndholdte enheter ble foreslått som en videreutvikling av tjenesten. En av informantene brukte tjenesten til å dele sine tanker og følelser via digital innbyggerdialog. Flere av de andre foretrakk å kommunisere dette verbalt og noen beskrev hva en mister på veien ved digital kommunikasjon. Tidligere forskning viser at digital kommunikasjon muliggjør nye måter å utføre helsehjelp på, og støtte relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Men det krever refleksjon for å fange opp budskapet på riktig måte.

Å ha kommunikasjonen med helse- og omsorgstjenesten skriftlig gir en viss kontroll over hva som er avtalt og bestemt. De kan enkelt gå tilbake å sjekke og unngå misforståelser.

Flere av informantene var aktivt innom på avtaler for å sjekke når og hvem som skulle komme. Dette stemte ikke alltid. Mens noen syntes dette var skuffende, var det ubetydelig for andre. Tidspunkt for utført besøk stemte heller ikke og pårørende opplevde utrygghet rundt dette.

Hvordan hjemmetjenesten jobber med arbeidslisteplanlegging, samt bedre løsninger for dette arbeidet kunne vært av interesse for videre forskning

Mange savnet tilgang til å lese journalopplysninger fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er noe som er mulig i spesialisthelsetjenesten og det ble stilt spørsmål til hvorfor dette ikke er mulig i alle deler av helsetjenesten. Dette er også noe som kunne vært interessant å se på i en videreutvikling av tjenesten.

Det å vite at nærme pårørende kunne ha kontroll om noe skulle skje var en ekstra trygghet. De tok forholdsvis lang tid å få fullmakt når den de skulle representere ikke var digital.

6.2. Opplevelse av brukervennlighet

I dette kapitlet vil jeg forsøke å svare på den delen av problemstillingen som har med oppfattet brukervennlighet å gjøre. Opplever informantene at digital innbyggerdialog er brukervennlig? I følge både UTAUT 2 og TAM er brukervennlighet sammen med nytteverdi en av de mest avgjørende faktorene for at digital innbyggerdialog skal tas i bruk. Ifølge TAM er ikke brukervennlighet avgjørende for adopsjon dersom den oppleves svært nyttig (Davis, 1989). System usability score (SUS) er ett av de mest brukte verktøyet for å kartlegge brukervennlighet. Selv om jeg ikke har brukt SUS i kartleggingen, vil jeg likevel drøfte de subjektive opplevelsene fra informantene opp mot

påstandene i SUS, samt mot kvalitetskomponentene til Nielsen som er beskrevet i teorikapitlet.

At systemet er lett og lære er det første av Nielsens kvalitetskomponenter. De fleste syntes at digital innbyggerdialog var lett å lære. Grunnen til dette kan være at de alle var digitalt aktive til vanlig og på denne måten var godt kjent med å finne frem og bruke nettsider og annen meldingsutveksling. På den andre siden var det en som mente at en måtte være litt teknisk anlagt og flere som pekte på at det må være enkelt for at flere skal ta tjenesten i bruk. Det kom innspill om at ikke digitale hadde behov for ett enkelt grensesnitt med få trykkvalg og at det gjerne kunne vært utviklet en egen app. Dette kan tyde på at flere av informantene var uenig i SUS påstanden: «Jeg kan tenke meg at de fleste ville lære å bruke dette systemet veldig raskt». Dette støttes også av at det var flere som mente at hjelp fra familie, andre seniorer eller hjemmetjenesten kunne gjøre at flere tok tjenesten i bruk. En sa at man ville komme fort inn i det om en hadde noen til å hjelpe seg. På bakgrunn av dette kan en tenke at ikke digitale personer ville svart at de trenger støtte fra tekniskpersonell på ett SUS spørreskjema. På den andre siden kom det også enighet i påstanden fra SUS om at en tror at de fleste vil lære å bruke det raskt. En informant sa at selv om det kunne være litt kronglete å finne frem, så gikk de samme prinsippene igjen hele veien, så da lærer du deg det. Det er derfor nærliggende å tro at de ulike funksjonene oppleves som godt integrert og at det ikke er så mye inkonsistens som også er noen av påstandene i SUS. Hussain fra forbrukerrådet viste til at legene kunne velge andre løsninger enn å bruke helsenorge.no. Det var derfor viktig at helsenorge.no virket som den enkleste løsningen å bruke. Ikke bare for innbyggerne, men vel så viktig var det at helsepersonell opplevde dette.

Nielsens kvalitetskomponent at et system er effektivt kom også frem i intervjuene. De fleste brukte det til beskjeder som ikke var viktige å få svar på med en gang. På denne type beskjeder opplevdes systemet effektivt. En av påstandene i SUS er at systemet er unødig komplekst. Dette støttes i det som den yngste informanten sa om at hun foretrekker SMS. Hun syntes det var tungvint å logge seg inn for å lese svar fra kommunen. Med andre ord lite effektivt. Hun kunne tenkt seg fingeravtrykk identifisering for å få tilgang til de enkle tjenestene. Blant annet har ulike bankløsninger denne funksjonen. At det er den yngste informanten som kommer med slike «moderne» løsninger er spesielt interessant i forhold til at opplevd brukervennlighet ifølge UTAUT blir påvirket av alder og erfaring. Systemet opplevdes også mindre effektiv da informantene ikke kunne sende meldinger til helse- og omsorgstjenesten med beskjeder som krevde en viss hastegrad og at helsepersonell måtte være pålogget PC på vaktrommet for å kunne lese og svare på meldinger. Det å få fullmakt for en person som ikke er digitalt aktiv oppleves som lite effektivt når det tar svært langt tid. Forbrukerrådet opplevde papirskjemaveldet i det offentlige lite effektivt og de ønsket bedre digitale løsninger for dette. På samme tid som de presiserte at for noen er post og telefon det beste alternativet for å få tilgang.

Om det er lett å huske er også en kvalitetskomponent. Det var ikke så mange innspill på dette, men en av informantene sa at hun ofte måtte lete for å finne hvor meldingene var, selv om hun hadde vært innpå flere ganger. Mange av informantene brukte innbyggerdialogen regelmessig, derfor kan få innspill på dette, tyde på at det er lett å huske.

Når det gjelder kvalitetskomponenten som sier at systemet er behagelig å bruke, kom det kommentarer som: «for meg er det lett å bruke, men jeg tenker på disse eldre som

ikke er vant til dette med Bank ID». Denne kommentaren gjenspeiler at vedkommende er enig i SUS påstanden: «jeg følte meg selvsikker ved å bruke systemet». På den andre siden var vedkommende usikker på om andre ville klare det like bra. De som ikke kan bruke Bank ID vil kanskje være enig påstanden om at de trengte å lære masse ting før de kunne bruke systemet.

Ingen av informantene nevnte noe om at de hadde gjort noe feil i bruken av digital innbyggerdialog. Dette kan bety at det er innenfor kvalitetskomponenten relativt feilfritt og at det i et brukervennlighetsperspektiv oppleves som enkelt og intuitivt for de som er digitalt aktive. På den andre siden sier dette lite om hvordan personer som ikke er digitale ville opplevd dette.

Oppsummering opplevd brukervennlighet:

De fleste syntes at digital innbyggerdialog var lett å lære. Det var de samme prinsippene som gikk igjen, slik at systemet opplevdes som godt integrert og lite inkonsistens. På samme tid trodde de at ett enklere brukergrensesnitt eller en app ville gjøre det lettere for andre å lære. De trodde at hjelp og opplæring fra andre eldre, familie eller hjemmetjenesten kunne gjøre at andre ville lære og ta det lettere i bruk. For å få flere til å bruke helsenorge.no er det viktig at både innbyggere og helsepersonell tenker at dette er den enkleste løsningen å bruke. Digital innbyggerdialog opplevdes som effektivt til meldinger som ikke måtte ha svar med en gang. På motsatt side var det lite effektivt på grunn av påloggingen, at en ikke kunne bruke det til meldinger med en viss hastegrad, at helsepersonell måtte være pålogget PC for å lese meldingene, samt at det tok lang tid å få fullmakt til å representere andre på helsenorge.no. Det var flere som mente at bruk av Bank ID til pålogging var ett hinder for å ikke-digitale og eldre.

Utviklingsmulighet er en app eller pålogging med fingeravtrykk til de enkleste funksjonene.

6.3. Hva skal til for at flere skal ta tjenesten i bruk

I dette kapitlet vil jeg forsøke å svare på siste del av problemstillingen, hva skal til for at flere tar tjenesten i bruk. Jeg vil diskutere funna mine opp mot faktorer som fører til teknologiadopsjon. Som nevnt tidligere er brukervennlighet og nytte viktige adopsjonsfaktorer, disse faktorene er allerede diskutert i kapittel 5.1 og 5.2 og vil ikke være tema i her.

UTAUT 2 hevder at sosial innflytelse er en faktor som fremmer teknologi adopsjon. Sosial innflytelse går ut på at en person opplever at viktige personer, som for eksempel familie eller venner, forventer at han eller hun skal ta i bruk digital innbyggerdialog. Det kom ingen direkte innspill på dette. Dette kan ha flere årsaker, men det kan bety at andre faktorer oppleves som mer viktig for at innbyggerne skal ta i bruk digital innbyggerdialog. Dette bekreftes av Cimperman et al. (2016) som hevder at sosial innflytelse er en irrelevant indikator da de studerte eldre sin aksept av telehelseløsninger. De forklarte det med at eldre mennesker ikke var så mottakelige for sosial påvirkning. På en annen side var det mange som nevnte at barn, barnebarn, andre eldre kunne gi opplæring. Dette vil bli drøftet mer under avsnittet om tilretteleggende forhold.

Som beskrevet i teorikapitlet viser tilretteleggende forhold til en persons oppfattelse av at det finnes brukerstøtte eller teknologiske ressurser. Dette kan innbefatte hjelp fra

andre, eller at personen selv har den digitale kompetansen som skal til for å bruke digital innbyggerdialog. I følge UTAUT 2 blir tilretteleggende forhold påvirket av alder og erfaring, En annen ting som er unikt for faktorene «tilretteleggende forhold og vane», sammenlignet med de andre faktorene, er at den påvirker faktisk bruk av digital innbyggerdialog. Alle de andre faktorene påvirker først og fremst innbyggernes intensjon om bruk. På denne måten sier UTAUT 2 at tilretteleggende forhold er en viktig faktor for om digital innbyggerdialog faktisk blir tatt i bruk. Alle mine informanter som hadde prøvd digital innbyggerdialog hadde den digitale kompetansen som skulle til for å ta tjenesten i bruk og hadde ikke behov for hjelp fra andre. Selv om dette er en lite studie med lite utvalg kan dette være med å bekrefte at det å ha digitale kompetanse er en viktig faktor for at innbyggerne ikke bare har en intensjon om bruk, men faktisk tar tjenesten i bruk.

De fleste av informantene sa også at opplæring var viktig for at andre skulle ta tjenesten i bruk. Dette kan tyde på at det er en utbredd oppfatning at tilretteleggende forhold er viktig for at digitale verktøy skal bli tatt i bruk. Også studiene som er gjort (Francis et al., 2019) og (Mitzner et al., 2018) bekrefter at ett tilpasset treningsprogram og brukerstøtte første tiden kan være viktig for at teknologi blir tatt i bruk av eldre. Den eldste av de digitalt aktive kom også inn på brukerstøtte den første tiden, gjerne ved at hjemmetjenesten øvde litt med dem av og til. Det måtte bli en vane, ellers ville de bare legge det bort. Holm og Fagerlund (2019) bekrefter også dette i sine studier og sier at trening i bruk gjør at eldre bruker teknologien oftere og de øker sine ferdigheter. At hjelpen kunne komme fra hjemmetjenesten var tema i flere intervjuer. Cimperman et al. (2016) sine funn viste at doktorens mening var viktig i forhold til telehelse og at en måtte få helsepersonell til å fortelle om disse løsningene. Dette kan bety at innbyggerne har tillit til helsepersonell og når disse bistår med opplæring og veiledning kan det øke sjansen for at flere tar tjenesten i bruk. Flere av informantene sa at opplæring kunne komme fra barn eller barnebarn. Dette støttes også av Luijkx et al. (2015), som også påpeker at eldre voksne må være villige til å spørre.

Flere av informantene mente var at informasjon var viktig for at innbyggere skulle ta systemet i bruk. At informasjon om digitalinnbyggerdialog er mangelfull, ble bekreftet av to av informantene som sa at de ikke hadde fått informasjon om innbyggerdialogen fra hjemmetjenesten. Den ene hadde funnet ut av det selv og tatt det i bruk før hjemmetjenesten visste at de hadde det, den andre hadde funnet informasjon tilfeldig på legekantoret. Selv om undersøkelsen som forbrukerrådet gjorde om kjennskap til helsenorge.no har sine svakheter, viser den at helsenorge.no har en vei å gå når det gjelder å bli en portal som alle innbyggere kjenner til og har adoptert. For at tjenesten skal bli bedre kjent la en av informantene vekt på dette med markedsføringstiltak der det til slutt er en naturlig ting å ta i bruk, altså en vane. Spredning og diffusjon er ett stort felt og jeg har valgt å ikke ta med dette for å avgrense oppgaven, men det kan være ett interessant tema for videre forskning.

Som beskrevet i teorien om UTAUT 2 menes faktoren hedonistisk motivasjon at det er større sjanse for at digitalt verktøy blir tatt i bruk om dette gir glede eller er morsomt å bruke. Den eldste som ikke var digital kunne egentlig tenkt og lært seg videokommunikasjon. Han sa dette så morsomt ut, men hadde likevel ikke gjort noe med dette. På den andre siden fortalte en av informantene om faren sin som hadde liten interesse, men brukte teknologi til det som var innenfor hans interessefelt nemlig Netflix, krim og fiskesider. Digital innbyggerdialog er ikke et spill og er ikke spesielt morsomt i bruk, men noen hadde gleden av å sjekke hvem som skulle komme. To av informantene beskrev også at de likte det digitale og at dette kanskje var grunnen til at de tok digital

innbyggerdialog i bruk. Imidlertid var det flere som beskrev at de tok digitale verktøy i bruk fordi det var nødvendig for å henge med i tiden.

Faktoren «pris», var lite beskrevet av informantene. De ble nevnt at noen kanskje syntes det var dyrt med nettbrett eller PC. Hussain beskrev at tilgjengelighet var avgjørende for at ett digitalt verktøy skal tas i bruk. Innbygger må ha tilgang på Internett via PC/Nettbrett eller mobil for å kunne ta digital innbyggerdialog i bruk. Dårlig økonomi kan på denne måten påvirke faktisk bruk.

Vane har å gjøre med i hvilken grad bruken av teknologien blir automatisert etter opplæring. Den eldste av de digitalt aktive informantene beskrev særlig dette. Hun mente at det ikke var nok å bare få tilgang. En må bruke det slik at det blir en vane, ellers vil en glemme det. Den yngste informanten opplevde at hun brukte litt tid på å lete etter der hun skulle skrive meldinger, selv om hun hadde vært inne flere ganger før. Dette kan tyde på at teknologien ikke blir automatisert etter opplæringen. På den andre siden var det andre igjen som sa at når du først har lært deg det, så er det lett. Forbrukerrådet hadde også en uttalelse som gikk på faktoren vane. Denne var rettet mot at det var flere andre systemer som ble brukt for å ta kontakt med helsevesenet. Dersom man er vant med å bruke ett system for kontakt, kan det være vanskelig å bryte denne vanen.

Med alt fokuset som er på personvern og GDPR, er sikkerhet noe som er spesielt viktig i applikasjoner der helseopplysninger blir delt. Sikkerhet er en faktor som ikke er beskrevet i UTAUT 2, men som er beskrevet i andre teknologiadopsjonsmodeller. Det var bare de to eldste som nevnte datahacking og svindel i forhold til digitalisering. Dette kan gjenspeile at eldre er mer utrygg på teknologien en yngre. Dette bekrefter også Cimperman et al. (2016) som beskriver at det er viktig at det fremstilles som sikkert å bruke. Mine funn er at flere av informantene beskrev at de ikke hadde noe å skjule og ikke var bekymret for opplysninger i tjenesten skulle komme på avveie. Ingen fortalte at de opplevde usikkerhet knyttet til bruk av digital innbyggerdialog. Dette kan blant annet forklares med at informasjon de skriver ikke er særlig sensitiv og at tjenesten oppleves som sikker grunnet Bank ID eller at de ikke har bekymring for at sensitiv informasjon kommer på avveie. En annen forklaring kan være det forbrukerrådet beskriver om kravet til offentlige aktører og at dette er med på å gjøre at kommunikasjon mot helsetjenesten automatisk blir oppfattet som sikker.

På en annen side kan sikkerheten i digital innbyggerdialog sette begrensninger på bruk. Forbrukerrådet beskrev at koblingen mellom Bank ID og legitimasjon kunne være særlig utfordrende når det kommer til helse. Flere nevnte at Bank ID kunne være ett hinder for bruk blant de eldre og ikke digitale. Påførende bekreftet at det var tidkrevende å få fullmakt. At det er omfattende og tidkrevende å få fullmakt kan sette begrensninger for at noen tar tjenesten i bruk.

Flere var opptatt av at dette ikke måtte være det eneste tilbudet for kommunikasjon. Det er mange som ikke er digitale og som ikke har evner til å kommunisere digitalt. Flere nevnte også at det i mange situasjoner er best å ha personlig kommunikasjon. Den eldste informanten var ikke digital og hadde ikke behov for å ta dette i bruk. Dette bekrefter Nymberg et al sine funn om at pasienter som hadde liten eller ingen erfaring med digitale verktøy er overbevist om at vanlig oppfølging med brev og besøk på legekantor er tryggest. Selv om ingen av informantene nevnte data-angst med ord, kan det være som tidligere forskning peker på at data-angst særlig hos eldre ikke-digitale er en sentral faktor for adopsjon av tjenesten (K. Chen & Chan, 2014; Cimperman et al.,

2016) De aller fleste trodde at digitalinnbyggerdialog og andre digitale løsninger vil bli tatt mer i bruk av neste generasjon som har mer erfaring med digitale verktøy. Noe som støtter Nymberg et al. sine funn om at pasientene som har litt erfaring med digitale verktøy, er mer positive og nysgjerrige til de digitale tjenestene (Nymberg et al., 2019). Selv om forbrukerrådet jobbet for at det digitale tilbudet ble utvidet, hevdet de også at det var viktig å ha alternativer for å møte de individuelle behovene for personlig kontakt. En av informantene var usikker på hvor viktig det var å sette inn mye innsats på å få den ikke digitale generasjonen til å ta digital innbyggerdialog i bruk.

Oppsummering hva skal til for at flere tar tjenesten i bruk

For at flere skal ta tjenesten i bruk er det i mine funn lite som tilsier at sosial innflytelse fra venner og familie er en avgjørende faktor. Også tidligere forskning støtter denne konklusjonen. Men at familie, andre eldre eller helsepersonell bistår i opplæring og støtter i videre bruk var noe flere presenterte. Noe som støtter UTAUT 2 modellen om at tilretteleggende forhold påvirker ikke bare intensjon, men faktisk bruk av digital innbyggerdialog.

At tjenestemottakere har digital kompetanse selv er også noe som påvirker faktisk bruk.

Informasjon om tjenesten var det også mange som nevnte som viktig for at flere skulle ta tjenesten i bruk. Spredning og diffusjon er noe som kan være interessant for videre forskning.

Det var lite innspill på at hedonistisk motivasjon var avgjørende for at digital innbyggerdialog blir tatt i bruk, men flere opplevde at det var interessant å sjekke hvem som skulle komme og til hvilken tid. Det var også noen som omfavnet alt som var nytt. Dette kan tyde på at personer som er glad i det digitale lettere vil ta denne tjenesten i bruk.

Pris var en lite nevnt faktor. Tjenesten er gratis, men en må ha tilgang til PC, nettbrett eller smarttelefon.

Den eldste informanten beskrev viktigheten av at en måtte bruke tjenesten jevnlig, slik at det ble en vane. Dette kan tyde på at for at flere skal ta det i bruk er det ikke nok med opplæring og informasjon. Å bruke tjenesten må man få inn som en vane.

Digital innbyggerdialog oppleves som sikkert å bruke. Flere fortalte at de ikke hadde noe å skjule og ikke var redd for at sensitiv informasjon skulle bli delt. Bank ID har både fordeler og bakdeler. Den gjør at det oppleves som sikkert å bruke, på samme tid som det kan være utfordrende med legitimering via Bank ID, særlig ved sviktende helse eller aldersutfordringer.

Digital innbyggerdialog er ikke for alle og det er viktig at det er alternativer for de som ikke er digitale eller har andre individuelle behov for personlig kontakt.

7. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av en kvalitativ metode forsøkt å svare på problemstillingen hvordan lykkes med digital innbyggerdialog. Gjennom intervjuene er det også kommet frem flere forslag til utvikling for at tjenesten skal oppleves mer nyttig, enklere i bruk og hva en kan jobbe med for å få flere til å ta tjenesten i bruk.

Digital innbyggerdialog har mange egenskaper og funksjoner som oppleves som nyttig. De fleste av faktorene som KS har presentert som gevinster samsvarer med mine funn. Noen av gevinstene svarte ikke alltid til forventningene og det kom frem ønsker som kunne gjort tjenesten mer presis og nyttig. Mellom annet dette med tilgang til journalinformasjon, mer presis informasjon om hvem og når hjemmetjenesten kommer og at hjemmetjenesten kunne svare og fikk inn varsler om meldinger på sine håndholdte enheter. Disse funna kan være nyttige å ta med i en videreutvikling av tjenesten.

Informantene mine synes at digitalinnbyggerdialog er lett og lære. På noen områder er den effektiv i bruk, men på andre områder ble den oppfattet som tidkrevende og lite effektiv. Alle som brukte tjenesten, hadde god digital kompetanse. Disse funna er derfor ikke representative for alle brukere av helse- og omsorgstjenesten, men på samme tid fikk informantene spørsmål om hva som skulle til for at flere skulle ta tjenesten i bruk. De fleste hadde ikke-digitale kontakter som de kunne referere til. Det ble foreslått enklere brukergrensesnitt som t.d. en app for de som ikke var digitale, enklere pålogging samt god opplæring og oppfølging. Å måle brukervennligheten ved hjelp av ett SUS skjema eller andre verktøy, kunne gi mer presise målinger på brukervennlighet, og er noe som kunne vært interessant for videre forskning.

Andre faktorer som kan bidra til at flere skal ta tjenesten i bruk er opplæring enten fra barn, barnebarn, helsepersonell eller andre eldre. Det er verdifullt at det ikke bare blir gitt opplæring, men at en får brukerstøtte den første tiden etter opplæring. Dette støttes også av tidligere forskning. Ulike markedsføringstiltak og god informasjon er viktig for at innbyggerne skal få kjennskap til tjenesten. Det kan virke som at digital kompetanse i seg selv er noe som påvirker faktisk bruk av tjenesten. Dette fordrer at tjenestemottakerne kjenner til innbyggerdialogen. At digital kompetanse påvirker faktisk bruk støttes også av informantenes oppfatning av at neste generasjon vil ta tjenesten mer i bruk. Ellers er det viktig at en tjenestemottakerne ser nødvendigheten av tjenesten, eller at de synes det er bra å ha en viss kontroll. Ifølge forbrukerrådets undersøkelse er mange av tjenestene på helsenorge.no lite kjent. Piloteringen i Oslo viste også at bare ett fåtall brukte tjenesten etter ett års pilotering. Den siste tiden er det kommet flere ulike alternativer til kommunikasjon særlig for legekontor. Dette kan skape utfordringer for at helsenorge.no skal være en nettside der alle innbyggernes tjenester og kommunikasjonskanaler er samlet. Det hadde derfor være interessant å se på hva som er gjort i forhold til spredning og diffusjon.

Selv om sikkerhet og personvern er viktig, kan dette skape hindringer for bruk av digital innbyggerdialog. Ikke alle har Bank ID, dette kan skape utfordringer og større kompleksitet. Tidligere forskning beskrev at sikkerhet var viktig for aksept av eldre voksne. Dette samsvarer ikke med mine funn der flere av informantene ikke var bekymret for dette. De var heller ikke redd for at informasjon skulle komme på avveie. Ett annet utvalg med flere av de eldste eldre kunne kanskje gi ett annet funn her.

Mange ønsket og foreslo at det utvikles en enklere løsning for at flere skal ta tjenesten i bruk.

Digital innbyggerdialog vil ikke være ett tilbud som alle kan eller ønsker å benytte seg av. Det er fortsatt viktig å ha muligheter for å møte de individuelle behovene for digital kontakt.

Videre forskning:

Gjennom oppgaven har jeg presentert flere muligheter til videre forskning og utvikling av tjenesten. I dette avsnittet vil det jeg tenker er mest interessant bli presentert.

Få innbyggere tok digital innbyggerdialog i bruk etter ett år i pilot. Det vil derfor være interessant å se på hvordan kommunene og helsemyndighetene jobber med diffusjon og spredning av dette tilbudet. Om pandemien har endret dette hadde også vært interessant. Videre gikk flere av innspillene på at digital innbyggerdialog ikke svarer til forventningene. Dette handlet om hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene jobber og er organisert. Av denne grunn kunne det vært interessant og forsket på hvordan ansatte jobber med verktøyene som er knyttet til digital innbyggerdialog. Det kunne også vært interessant å sett på om kommunens journalsystem kunne utvikles slik at de støtter kommunikasjonen med innbyggerne på en bedre og mer effektiv måte. Samt om en kunne utviklet tjenesten slik at den ble mer tilgjengelig for ikke-digitale innbyggere.

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. doi:[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Arthanat, S. (2019). Promoting Information Communication Technology Adoption and Acceptance for Aging-in-Place: A Randomized Controlled Trial. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 733464819891045-733464819891045. doi:10.1177/0733464819891045
- Chen, K., & Chan, A. H. S. (2014). Gerontechnology acceptance by elderly Hong Kong Chinese: a senior technology acceptance model (STAM). *Ergonomics*, 57(5), 635-652. doi:10.1080/00140139.2014.895855
- Chen, K., & Lou, V. W. Q. (2020). Measuring Senior Technology Acceptance: Development of a Brief, 14-Item Scale. *Innovation in aging*, 4(3), igaa016-igaa016. doi:10.1093/geroni/igaa016
- Chen, M.-L., Lu, T.-E., Chen, K.-J., & Liu, C. E. (2011). A TAM-based study on senior citizens' digital learning and user behavioral intention toward use of broadband network technology services provided via television. *African Journal of Business Management*, 5(16), 7099.
- Cimperman, M., Brenčič, M. M., & Trkman, P. (2016). Analyzing older users' home telehealth services acceptance behavior—applying an Extended UTAUT model. *International journal of medical informatics*, 90, 22-31.
- Coiera, E. (2015). *Guide to health informatics* (3rd ed. ed.). Boca Raton, Fla: CRC Press.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340. doi:10.2307/249008
- Fagerlund, A. J., Holm, I. M., & Zanaboni, P. (2019). General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 9(5), e028251. doi:10.1136/bmjopen-2018-028251
- Francis, J., Ball, C., Kadylak, T., & Cotten, S. R. (2019). Aging in the digital age: Conceptualizing technology adoption and digital inequalities. In *Ageing and digital technology* (pp. 35-49): Springer.
- Gjevjon, E. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter [Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities]. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1, 18-26.
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten.
- Kompetanse Norge. (2018). Om deltakelse i informasjonssamfunnet. Retrieved from <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/grunnleggende-digital-ferdigheter/om-deltagelse-i-informasjonsamfunnet/>
- KS. (2018, 16.05.2018). Anbefalt bruk av digitale innbyggertjenestrer for kommunenes helse- og omsorgstjenester 1. Retrieved from <https://www.ks.no/contentassets/8adb234d0fe24bd9a7c318dd253f2445/anbefalt-bruk-av-digitale-tjenester-i-kommunen-30012019.pdf>

- KS. (2020). Anbefalt bruk av digitale helsetjenester i kommunen. Retrieved from <https://www.ks.no/contentassets/d6918626be6c4cfe98f4d8c3e84bad79/anbefalt-bruk-av-digitale-tjenester-i-kommunen-30012019.pdf>
- Lerpold, B. (2018, 05.09). Retrieved from <https://www.visma.no/blogg/digihelse-bergen-kommune/>
- Lewis, J. R. (2018). The system usability scale: past, present, and future. *International Journal of Human–Computer Interaction*, 34(7), 577-590.
- Lie, S. S. (2019). Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 107(78902), 78902.
- Luijckx, K., Peek, S., & Wouters, E. (2015). “Grandma, you should do it—It’s cool” Older Adults and the Role of Family Members in Their Acceptance of Technology. *International journal of environmental research and public health*, 12(12), 15470-15485.
- Marangunić, N., & Granić, A. (2015). Technology acceptance model: a literature review from 1986 to 2013. *Universal access in the information society*, 14(1), 81-95.
- Mitzner, T. L., Savla, J., Boot, W. R., Sharit, J., Charness, N., Czaja, S. J., & Rogers, W. A. (2018). Technology Adoption by Older Adults: Findings From the PRISM Trial. *The Gerontologist*, 59(1), 34-44. doi:10.1093/geront/gny113
- Nagel, D. A., & Penner, J. L. (2016). Conceptualizing Telehealth in Nursing Practice: Advancing a Conceptual Model to Fill a Virtual Gap. *J Holist Nurs*, 34(1), 91-104. doi:10.1177/0898010115580236
- Nielsen, J. (1994). *Usability engineering*: Morgan Kaufmann.
- Nymberg, V. M., Bolmsjö, B. B., Wolff, M., Calling, S., Gerward, S., & Sandberg, M. (2019). ‘Having to learn this so late in our lives...’ Swedish elderly patients’ beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian journal of primary health care*, 37(1), 41-52.
- Oppgavemetode i helseinformatikk. (2021). Retrieved from <https://www.ntnu.no/videre/gen/-/courses/nv19749>
- Slette-meås, D., Meinsah, H., & Berg, L. (2019). *Eldres digitale hverdag. En landsdekkende undersøkelse om tilgang, mestring og utfordringer i informasjonssamfunnet*. Retrieved from
- St.meld. nr15 (2017-2018). (2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*.
- Støme, L. N., Moger, T., Kidholm, K., & Kværner, K. J. (2020). A Web-Based Communication Platform to Improve Home Care Services in Norway (DigiHelse): Pilot Study. *JMIR formative research*, 4(1), e14780-e14780. doi:10.2196/14780
- Støme, L. N., Norrud, A., Fjordholm, M., & Kvaerner, K. (2020). Evaluating the Design of a Digital Communication Platform for Recipients of Home-Care Services to Improve Municipal Care Services: A Proof of Concept Study.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- U.S Dept. of Health and Human Services. (2006). The Research-Based Web Design & Usability Guidelines,. Retrieved from <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>
- Venkatash, V., & Davis, F. D. (2000). FD,—A Theoretical Extension of Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Studies. *Management Science*, 46(2), 186-204. Retrieved from <https://docs.google.com/document/d/1OevKkRrvJEjSPBiAgyfsmv-hN-k3p9Qq6BBp8RDAH6E/edit>

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. doi:10.2307/30036540

Venkatesh, V., Thong, J. Y., & Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information technology: extending the unified theory of acceptance and use of technology. *MIS Quarterly*, 157-178.

Vedlegg

Intervjuguide

Godkjenninger Rek

Godkjenning NSD

Informasjonsskriv forskningsdeltakerar

