

Madelen Gamborg-Nielsen

Digital selvhjelpstjeneste for personer med psykisk utviklingshemming som et supplement til behandling av sosial angst

Masteroppgave i Industriell design

Veileder: Ashis Jalote Parmar

Medveileder: Oddbjørn Hove

Mai 2024

Madelen Gamborg-Nielsen

Digital selvhjelpstjeneste for personer med psykisk utviklingshemming som et supplement til behandling av sosial angst

Masteroppgave i Industriell design
Veileder: Ashis Jalote Parmar
Medveileder: Oddbjørn Hove
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for arkitektur og design
Institutt for design



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Personer med psykisk utviklingshemming er mer utsatt for psykiske lidelser og bør ha samme rett på tilgang til psykiske helsetjenester som andre i befolkningen. Tilgang til teknologi er ofte en utfordring i hverdagen på grunn av mangel på tilpasning. I dag er de norske helsetjenestene fokusert på den generelle befolkningen, men tar ofte ikke hensyn til mennesker med psykisk utviklingshemming.

Målet med oppgaven er å utvikle en digital helsetjeneste som er universelt utformet og fremmer selvstendighet og egenmestring hjemme. Slik kan individtilpasning av terapien som gis av psykologer i poliklinikken forbedres. Løsningen er en digital tjeneste som fungerer som et supplement for behandling av sosial angst for mennesker med psykisk utviklingshemming. Samarbeidende metoder innen brukersentrert design, prinsipper for interaksjonsdesign, iterativ eksperttesting/analyse og retningslinjer for universell utforming har ledet utviklingen av løsningen. Løsningen ble testet med sluttbrukere, kommunale omsorgspersoner og spesialister i spesialisthelsetjenesten. Selv om de første resultatene er positive, gjenstår det mye arbeid for å gjøre løsningen brukervennlig for sluttbrukere og også validert av behandlere for bruk i klinikker.

Abstract

For people with intellectual disabilities are more exposed to mental disorders and should have the same right to access mental health services as others in the population. Access to everyday technologies is often a challenge due to a lack of adaptation. Currently, the Norwegian health services are focused on the general population but often do not consider people with intellectual disabilities.

The aim of this thesis is to create universally designed mental health services that encourage independence and self-management at home, to improve the adaptability and personalization of therapy provided by psychologists at the clinic. The solution is a digital service that acts as a supplement for social anxiety treatment for people with intellectual disabilities. Collaborative user-centered design research methods, interaction design principles, iterative expert testing/analysis, and universal design guidelines guide the solution development. The solution was tested with end users, municipal caregivers, and healthcare experts. Although initial results are positive, much needs to be done to make the solution user-friendly for end users and also validated by therapists for its use in clinics.

Masteroppgave for student Madelen Gamborg-Nielsen /Master thesis for student Madelen Gamborg-Nielsen

Psykiske helsetjenester tilpasset unge voksne med nedsatt kognitiv fungering
Mental Health Interventions Adapted for Youth with Developmental Disabilities

Unge i dag opplever i økt grad psykiske plager. For personer med nedsatt kognitiv fungering er sannsynligheten større for å få psykiske plager, og de har i tillegg større utfordringer med å sette ord på tanker og følelser. For å forbedre prosessen med å diagnostisere personer med nedsatt kognitiv fungering bør deres perspektiv inkluderes i større grad enn i dag. I dag blir foreldre og andre støttepersoner involvert, noen ganger på bekostning av å involvere den faktiske pasienten. Hvordan kan vi ved hjelp av design skape løsninger som senker terskelen for å involvere personer med nedsatt kognitiv fungering i deres mentale helse vurdering, samt forsikre at informasjonen som oppgis er troverdig?

Prosjektet er samarbeide med psykologspesialist Oddbjørn Hove ved Helse Fonna. I denne oppgaven vil jeg ta i bruk relevante metoder og prosesser fra designmetodologi.

- Sekundærforskning for å undersøke status innenfor dette feltet, forstå nasjonalt pasientforløp og hvordan spesialhelsetjenesten fungerer i dag.
- Primærforskning som kan inkludere intervjuer, brukerundersøkelse og/eller observasjoner.
- Brukerreise og/eller service blueprint for å kartlegge problemområder
- Konseptutvikling basert på utvalgt(e) problemområde(r)
- Brukertesting og evaluering av konsept

Oppgaven fokuserer på å undersøke hvilke metoder som kan tas i bruk for å forstå hvilke tanker og følelser personer med nedsatt kognitiv fungering har og bruke dette i kartleggingen av deres mentale helse. Forventet resultat er å oppdage hvilke problemområder som eksisterer og hvilke(t) av disse som bør fokuseres på ved valg av mulige løsninger. Mulige løsninger som kan oppstå er for eksempel å designe et brukergrensesnitt, en veileder eller intervju, eller designe en verktøykasse ment for enten foreldre eller psykologer.

Oppgaven utføres etter ”Retningslinjer for masteroppgaver i Industriell design”.

Hovedveileder: Ashis Jalote Parmar

Biveileder: Oddbjørn Hove, Psykologspesialist ved Helse Fonna

Utleveringsdato: 12. januar 2024

Innleveringsfrist: 31. mai 2024

NTNU, Trondheim, 11.01.2024



Ashis Jalote Parmar
Veileder

Marikken
Fungerende stedlig leder



Forord

Denne masteroppgaven er skrevet av Madelén Gamborg-Nielsen ved Institutt for design på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2024. Oppgaven presenterer en digital selvhjelpstjeneste for personer med psykisk utviklingshemming som et supplement til behandling for sosial angst.

Jeg vil gjerne takke min hovedveileder Ashis Jalote Parmar for å ha veiledet meg gjennom prosjektoppgaven og masteroppgaven min, gitt meg uvurderlige tilbakemeldinger og guidet meg på rett vei. Jeg vil takke Helse Fonna for muligheten til å jobbe med dette prosjektet. Bi-veileder Oddbjørn Hove vil jeg takke for hans hjelp med det teoretiske aspektet til oppgaven, for hans hjelp med å rekruttere deltakere til intervju og for å bistå med materiell til videoer og grafikk brukt i løsningen. Jeg ønsker å takke Siv-Helen Strand og Ida Marie Nesse for rekruttering av deltakere til brukertest og for fasilitering av disse. Takk til alle som har deltatt enten på intervju, samskapningsworkshop eller brukertest, det er takket være dere prosjektet har hatt grunnlag for å vokse. Takk til leder for NKUP, Ellen Kathrine Munkhaugen, for at du delte din ekspertise og kompetanse ved å stille til intervju.

Innhold

1 Introduksjon	12
1.1 Motivasjon	14
1.2 Bakgrunn	14
1.3 Samarbeid	15
1.4 Interessenter	16
1.4.1 Interessentkart	17
1.5 Tidligere arbeid	18
1.6 Mål	19
1.7 Psykisk utviklingshemming	20
1.8 Psykisk lidelse	22
1.8.1 Sosial angst	22
1.9 Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse	22
1.10 Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse (NKUP)	23
1.10.1 Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming	24
1.11 Spesialisthelsetjenesten	24
1.11.1 Poliklinikk for lærevansker og utviklings-forstyrrelser (LUP)	25
1.11.2 Behandlingsløp	26
1.11.3 Arbeidsallianse	26
1.11.3 Kommunale tjenester	27
1.12 Bidrag	27
1.13 Forskningsspørsmål	28
1.13.1 Forskningsspørsmål 1	28
1.13.2 Forskningsspørsmål 2	28
2 Prosess og metoder	30
2.1 Den triple diamanten	32
2.1.1 Prosess	33
2.1.1.1 Diamant 1: Definere omfang	34
2.1.1.2 Diamant 2: Utforske og definere	35
2.1.1.3 Diamant 3: Utvikle og levere	35
2.2 Menneskefokusert design	36
2.2.1 Universell utforming	36
2.2.2 Tjenstedesign	36
2.2.3 Interaksjonsdesign	36
2.3.2.1 Affinitetsdiagram	37
2.3.2.2 MoSCoW	37
2.3.3 Samarbeidende design	37
2.3.4 Brukertesting	38
2.3.4.1 Designkritikk og gjennomgang	38
2.3.4.2 Lavfidelitets papirtesting	38
2.3.4.3 Geriljatesting	39
2.4 Atferdsdesign	39

3 Sekundærinnsikt	40
3.1 Digital universell utforming	42
3.2 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming	44
3.3 Gamifisering	46
3.4 Inspirasjon	47
3.4.1 Apper fra andre domener	47
3.4.1.1 Duolingo	48
3.4.1.2 Headspace	52
3.4.1.3 Fitbit	56
3.4.2 Apper fra samme domene	59
3.4.2.1 eBehandling	60
3.4.2.2 Constant Therapy	62
3.4.3 Oppsummering	64
3.5 Oppsummering av sekundærinnsikt	65
4 Primærinnsikt	66
4.1 Studie 1 - intervjuer	68
4.1.1 Metode	70
4.1.2 Hovedfunn	70
4.1.2.1 Smertepunkter	72
4.1.3 Oppsummering	74
4.2 Studie 2: Samskapningsworkshop med eksperter	76
4.2.1 Metode	78
4.2.2 Hovedfunn	79
4.2.2.1 Hypoteser	79
4.2.2.2 SWOT-analyse	83
SWOT-analyse: Spesialisthelsetjenesten	84
SWOT-analyse: Kommunen	86
4.2.2.3 Prototyping	88
Prototyping: Spesialisthelsetjenesten	89
Prototyping: Spesialisthelsetjenesten	90
4.2.3 Oppsummering	92
4.2.4 Avvik	92
4.3 Analyse	94
4.3.1 Studie 1: Intervjuer	94
4.3.2 Studie 2: Samskapningsworkshop	98
Hypoteser	98
SWOT-analyse	100
4.3.3 Oppsummering	104
4.4 Retning	104
5 Problemformulering	106
5.2 Brukergruppe	108
5.2.1 Primærbruker - Pasienten	108
5.2.2 Sekundærbruker - Behandleren	109
5.2.3 Tertiærbruker - Omsorgspersonen	109
Behandlingsplan for Julie	114
Mål for behandlingen til Julie	115

5.3 "Hvordan kan vi-påstand"	118
5.3.1 Før samskapningsworkshop	118
5.3.2 Etter samskapningsworkshop	118
5.4 Konseptkrav	118
5.4.1 Må	118
5.4.2 Burde	119
5.4.3 Kan	119
5.4.4 Burde ikke	119

6 Designkonsept 120

6.1 Designvalg	126
6.1.2 Oversikt over designvalg	126
6.1.3 Designvalg	128
6.1.3 Designvalg	130
6.2 Løsning	132
6.2.1 Site map	133
6.2.2 Innlogging	134
6.2.3 Dagens øvelse	136
6.2.4 Evaluering	138
6.2.5 Belønning	141
6.2.6 Fremgang og anbefalte oppgaver	142
6.2.7 Anbefalte oppgaver	144
6.2.8 Dagens mål	145
6.2.9 Profil og mål	146
6.2.10 Innstillinger	149
6.2.11 Widgets	150
6.2.12 Integrere iSpe	152
6.2.12 Adminpanel for behandleren	154

7 Prototyping og brukertesting 156

7.1 Designkritikk og designgjennomgang	158
7.2 Brukertest på papir	158
7.3 Geriljatesting av prototype i Figma	158
7.4 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming	160
7.4.1 Mål	160
7.4.2 Hvor	160
7.4.3 Hvem	160
7.4.4 Hvordan	161
7.4.5 Oppsett	161
7.4.6 Resultat	164
7.4.7 Oppsummering	168
7.5 Brukertest av prototype med personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst	170
7.5.1 Mål	170
7.5.2 Hvor	170
7.5.3 Hvem	170
7.5.4 Hvordan	171
7.5.5 Oppsett	171
7.5.6 Resultat	172
7.5.7 Oppsummering	174

8 Diskusjon 176

8.1 Resultat	178
8.2 Begrensninger	178
8.2.1 Tilgang på brukere	179
8.2.2 Motivasjon til å bruke løsningen	179
8.2.3 Begrenset forskningsmaterieil	181
8.4 Refleksjon	184

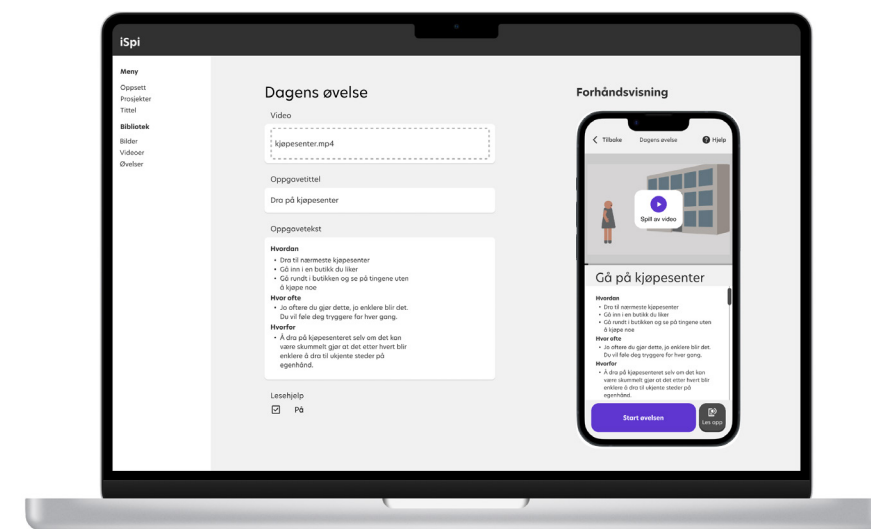
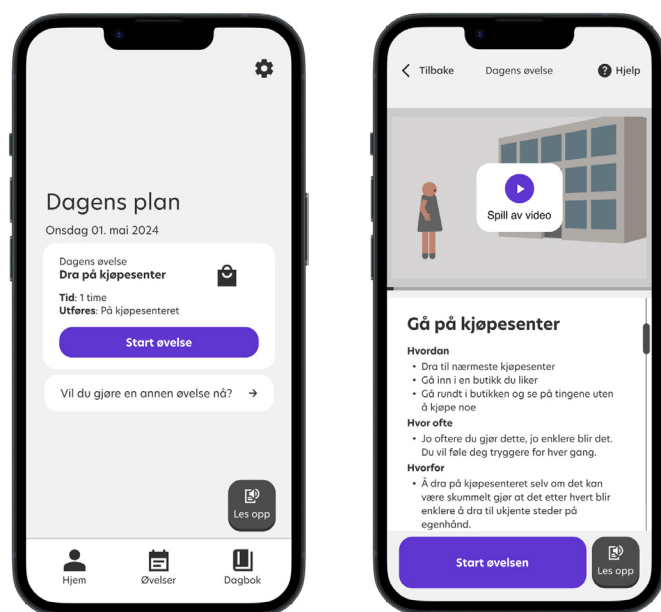
9 Konklusjon 186

9.1 Oppsummering	188
9.2 Bidrag	188

Referanser 190

Vedlegg 196

iSpi



Link til prototype:

<https://www.figma.com/proto/0qodXPJMEQ9Nix-itLmJ1EJ/Master?page-id=722%3A4381&node-id=769-4342&viewport=-143%2C446%2C0.19&t=sSy-LuKXvDUYOGjwn-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=722%3A4449&show-prototype-sidebar=1>



01

Introduksjon

Personer med psykisk utviklingshemming har større sannsynlighet for å bli psykisk syke, men har ikke tilgang på like god psykisk helsehjelp som andre i befolkningen (NKUP 2024). Personer med utviklingshemming blir i tillegg utelatt fra forskning og brukermedvirkning når behandling for psykiske lidelser utvikles. Designere har for lite fokus på tilgjengelighet og brukervennlighet (Shrestha, V. et.al., 2017), noe som spesielt påvirker hverdagen til personer med psykisk utviklingshemming. Å sørge for at det vi designer er brukervennlig kan bidra til økt livskvalitet og økt selvstendighet hos sårbare grupper. De offisielle retningslinjene for universell design er ikke utviklet basert på behovene til de med psykisk utviklingshemming, slik at å følge disse vil ikke være nok. Det er mangler i forskningen om hva som er retningslinjer for design av løsninger for personer med psykisk utviklingshemming. Målet med oppgaven er å utvikle en digital tjeneste som fungerer som et supplement for behandling av sosial angst for mennesker med psykisk utviklingshemming. Målet er at denne skal testes på personer fra målgruppen for å validere brukervennligheten.

12	Motivasjon
12	Bakgrunn
13	Samarbeid
14	Interessenter
16	Tidligere arbeid
17	Mål
18	Psykisk utviklingshemming
20	Psykisk lidelse
20	Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse
22	Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse (NKUP)
22	Spesialisthelsetjenesten
25	Bidrag
25	Forskningsspørsmål

1.1 Motivasjon

Etter designteori og Design 9 begynte jeg å forstå viktigheten av å designe løsninger som er brukervennlige og tilgjengelige. Personer med lett psykisk utviklingshemming, som lever selvstendige liv, mangler gode nok digitale hjelpemidler. Mange har økonomisk verge og har ikke tilgang på egen bank ID som man trenger for å for eksempel kjøpe bussbillett, konsertbillett eller andre tjenester digitalt. Dette kan være et stort hinder i hverdagen. Disse menneskene kan blir overvurdert med tanke på hvor mye de forstår (NKUP 2024). Flere med mild utviklingshemming har dårlige leseferdigheter og trenger tilpasninger med tanke på forenkling av språk. Noen har ikke leseferdigheter i det hele tatt, og sliter med å søke for eksempel voksenopplæring. Derfor kan det være utfordrende å bruke apper og digitale løsninger som det er antatt at alle bruker. I tillegg til utfordringer med å ta i bruk slike løsninger kan designet også gi ekstra utfordringer.

1.2 Bakgrunn

Seniorforsker og psykologspesialist ved Helse Fonna Oddbjørn Hove er leder for poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP). Han har de siste årene jobbet med MindMe og utviklingen av inventarium for støttet psykologisk evaluering (iSpe) i Helse Fonna. Dette prosjektet handler om utviklingen av kognitivt tilgjengelige helsetjenester. Verktøyet er et digitalt kartleggingsskjema som kartlegger psykisk lidelse hos personer med nedsatt kognitiv fungering. For å utvikle løsningen tok Oddbjørn kontakt med NTNU som oppførte prosjektet under valgbare prosjektoppgaver for studentene ved industriell design.

1.3 Samarbeid

Gjennom min prosjektoppgave og masteroppgave har jeg samarbeidet med Oddbjørn Hove i Helse Fonna. Dette har dannet grunnlaget for min motivasjon og interesse for prosjektet og er grunnen til at jeg startet arbeidet. Helse Fonna eies av Helse Vest RHF og er et lokalt helseforetak. Helse Fonna skal gi helsetjenester til innbyggere i Sunnhordland, Indre Hardanger og Nord-Rogaland.



1.4 Interessenter

Dette prosjektet er relevant for helsesektoren, og spesielt de som jobber i psykisk helse eller habilitering. Spesifikt vil det være av interesse for de som er spesialister på området psykisk helse og personer med psykisk utviklingshemming.



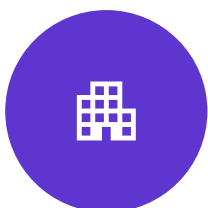
Pasient



Pårørende



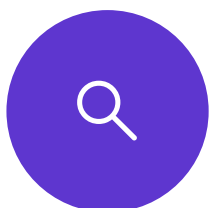
Psykisk helsevern



Kommune

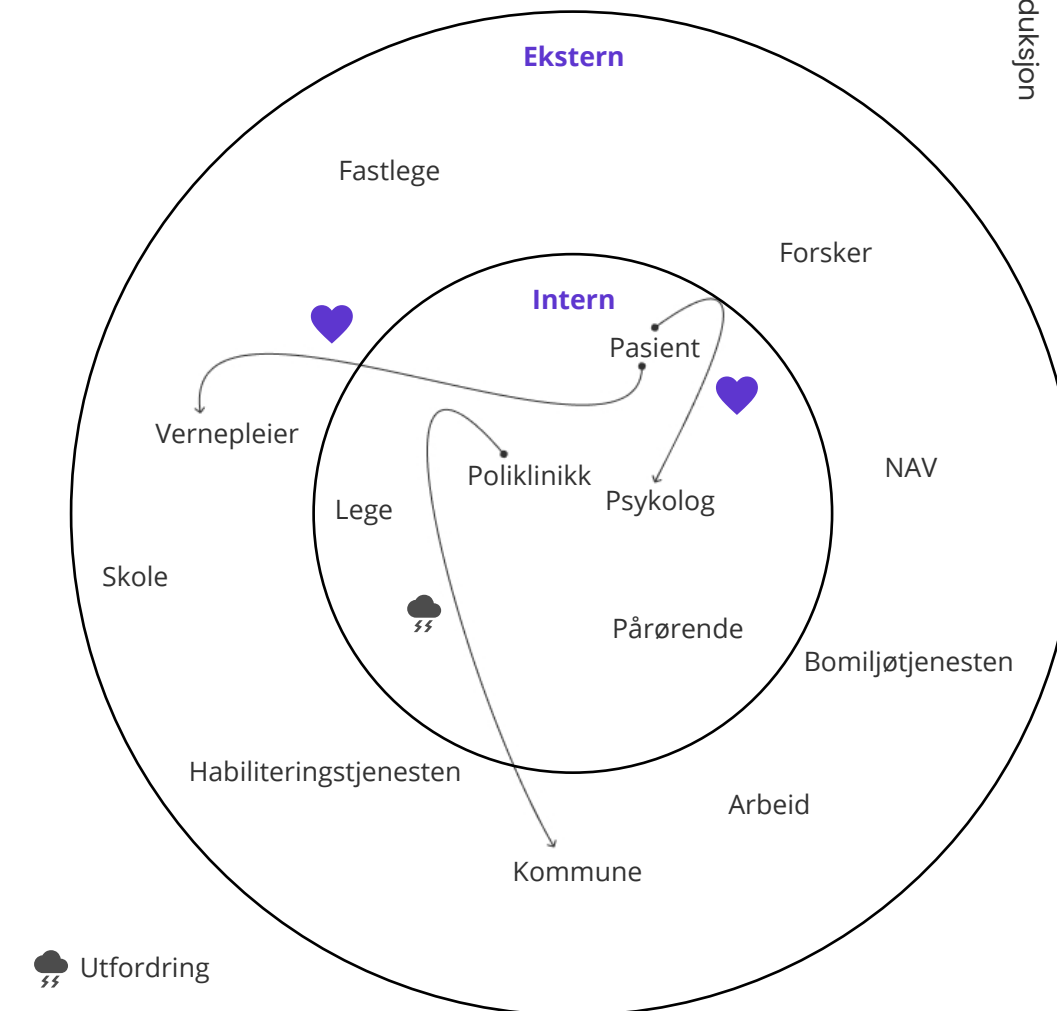


Habiliterings-tjenesten



Forskere

1.4.1 Interessentkart



☁️ ⚡️ Utfordring

♥️ God relasjon

☁️ ⚡️ Poliklinikk - Kommune
Poliklinikken synes det er vanskelig å vite hvem de skal kommunisere med i kommunen.

♥️ Pasient - Behandler
Pasienten har et godt forhold til behandler

♥️ Pasient - Vernepleier
Pasienten har et godt forhold til vernepleieren

1.5 Tidligere arbeid

Masterprosjektet er en fortsettelse på arbeidet jeg gjorde i Design 9. I Design 9 samarbeidet jeg med Helse Fonna for å redesigne deres iSpe-applikasjon, som er utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering (Helse Fonna, u.å.). Applikasjonen brukes som et verktøy i prosessen med å diagnostisere psykiske lidelser. Personer med kognitive utfordringer (for eksempel lærevansker, autisme, utviklingshemming) har vanskeligheter med å uttrykke og formidle sine behov knyttet til mental helse. Egenrapportering og pasientdeltakelse er særlig viktig i vurdering og behandling av mentale helseproblemer. De eksisterende metodene for egenrapportering av symptomer på mentale lidelser er ikke utviklet for å imøtekomme behovene til personer med kognitiv nedsatt fungering (Schwartz, Kramer et al. 2018). Ved å designe kognitivt tilgjengelige selvrapporteringstiltak kan den gyldige egenrapporteringen blant personer med nedsatt kognitiv fungering økes betydelig.

I masteroppgaven ønsket jeg å fortsette dette arbeidet og har derfor videreført mitt samarbeid med psykologspesialist Oddbjørn Hove. Jeg ønsket å bruke det jeg lærte i prosjektoppgaven, men jeg savnet et bedre overblikk over domenet. Derfor satte jeg som mål å forstå problemområdet på et mer overordnet nivå gjennom tjenestedesignmetoder.

1.6 Mål

Mitt mål er å designe en digital løsning som er utviklet for mennesker med utviklingshemming og angstlidelser som målgruppe. Målet er at løsningen skal være brukervennlig for personer med lett utviklingshemming. Slik kan de som tar i bruk løsningen kan leve selvstendig, og selv ta ansvar for å jobbe aktivt med å forbedre angstlidelsen.

Grunnen til at jeg har valgt personer med lett utviklingshemming er at dette er en gruppe med lite oppfølging, få krav til tjenester og en forventning om at skal leve selvstendige liv (Myhr, Kongsgård m.fl. 2022). Dette betyr at gruppen er sårbar for å ikke motta den hjelpen de trenger for å klare seg selv. Samtidig er det en gruppe som har gode forutsetninger for, og ofte et sterkt ønske om, å leve selvstendig.

Jeg ikke skal designe selve innholdet i behandlingsplanen. Dette blir utformet av psykologspesialister og er basert på forskning og kognitiv atferdsterapi. Jeg har blitt tilsendt et oppsett for hvordan en behandlingsplan kan se ut. Derfor bruker jeg sosial angst som et eksempel i løsningen, men denne skal også fungere for andre lidelser.

Løsningen skal være dynamisk og individtilpasset, slik at den vil fungere likt for pasienter med andre psykiske lidelser. Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det er umulig å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å inkludere perspektivene til de faktiske menneskene. Det er derfor et mål for oppgaven å inkludere målgruppen og eksperter i designprosessen for å presentere et designkonsept som er validert og brukervennlig for målgruppen.

1.7 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming defineres i ICD-10 som “en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale” (Helsedirektoratet, u.å.). Personer med psykisk utviklingshemming er en svært heterogen gruppe. En grunn til dette er at det er ulike grader av utviklingshemming som bestemmes av faktorer som blant annet IQ. Det skilles derfor mellom lett, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming.

I tillegg er personer med psykisk utviklingshemming utsatt for flere tilleggslidelser, tilleggsdiagnoser og nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD og autismspekterlidelse. Rundt en tredjedel av personer med psykisk utviklingshemming har en psykisk lidelse (Mazza, M., m.fl. 2020).

Grad	IQ-nivå	Mental alder	Beskrivelse
Lett	50-69	Fra 9 til under 12 år	Lærevansker gjennom skolealder, ofte sosiale og følelsesmessige vansker/forsinkelser. Mange voksne kan klare en enkel, praktisk jobb og inngå i gode sosiale relasjoner.
Moderat	35-49	Fra 6 til under 9 år	Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. Trenger varierende grad av bistand i voksenlivet.
Alvorlig	20-34	Fra 3 til under 6 år	Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. trenger varierende grad av bistand i voksenlivet.
Dyp	Under 20	Fra 3 til under 6 år	Store begrensninger i selvhjelpsferdigheter, kommunikasjon og mobilitet.

Tabell 1: Informasjon om psykisk utviklingshemming hentet fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, u.å.).

1.8 Psykisk lidelse

Psykisk helse er noe alle har, men noen sliter med psykiske plager eller psykiske lidelser (Helsenorge, 2022). Psykisk lidelse er et begrep som brukes kun når en klinisk diagnose er satt. Det vil si at personen har hatt symptomer over tid og av en viss grad og karakter som blir vurdert som en diagnose av fagpersoner. Dette er lidelser som kan gå utover det å leve et normalt liv. En psykisk lidelse kan føre til tap i funksjon og kan påvirke jobb, skole og familieliv. Det finnes flere ulike diagnoser innen psykiske lidelser, og de vanligste i Norge blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusmiddellidelser (Martin Steen Tesli 2023). Som et eksempel har jeg derfor valgt ut sosial angst som fokus for oppgaven.

1.8.1 Sosial angst

Sosial angst er den vanligste angstlidelsen i Norge (NHI, u.å.). Den kjennetegnes av en vedvarende frykt om at andre tenker negativt om en. Sosial angst kan føre til at en person ikke klarer å delta i sosiale sammenhenger som de ønsker, og kan føre til en negativ påvirkning på familieliv, arbeidsliv, skolegang og andre viktige sosiale arenaer.

1.9 Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse

Personer med utviklingshemming har en høy risiko for å utvikle psykiske lidelser. Personer med lett utviklingshemming antas å ha dobbel risiko for en psykisk lidelse, mens personer med alvorlig utviklingshemming har en risiko på tre til fem ganger høyere enn det som er vanlig (Skullerud, Linaker et al. 2000). Store deler av

de felles ressursene til helse- og omsorgstjenesten i landet går til denne pasientgruppen, til tross for at det er en liten pasientgruppe generelt (NKUP, 2024). Behandling av pasienter med psykisk utviklingshemming vil ofte kreve samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. Behandling og involverte parter avhenger av flere faktorer, blant annet personens grad av utviklingshemming, type psykisk lidelse og pasientens evne til medvirkning i behandlingen.

Man kan benytte samme metoder for behandling av psykiske lidelser som de som benyttes i allmenpsykiatrien (Bakken and Sageng 2016). Dersom metodene skal benyttes på personer med psykisk utviklingshemming må de individuelt tilpasses pasienten og deres funksjonsnivå.

Noen tilpasninger må gjøres ved behandling av personer med nedsatt kognitiv fungering (Bakken, 2012). Dette er tilpasninger som å tilrettelegge for at pasienten trenger mer tid, har mindre forståelse for behandlingen og egen diagnose, samt mindre erfaring. Det kan være nødvendig å presentere én ting av gangen og å gjenta viktig informasjon. Dersom det vurderes at pasienten skal ta medisiner bør dette være i tillegg til annen behandling (Bakken, 2012).

1.10 Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP)

Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse er en kompetansetjeneste som retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Målet er kompetanseheving og kunnskaps- og erfaringsdeling, slik at kunnskapen om utredning og behandling av mennesker med utviklingshemming/autisme og samtidig psykisk lidelse blir bedre.

1.10.1 Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming

I 2024 publiserte NKUP en rapport om tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming. I rapporten kommer det fram at det finnes barrierer på alle forvaltningsnivå, og at dette fører til at personer med utviklingshemming ikke får like god tilgang på helsehjelp i alle deler av landet. Rapporten presenterer anbefalinger knyttet til tilgang på psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming. Rapporten er resultatet av et tjenstedesignprosjekt der deltakerne møttes til workshop to ganger á to dager for først å samle innsikt, og deretter idégenerere basert på barrierer som ble avdekket første dag.

I rapporten presenteres det anbefalinger inkludert anbefalte tiltak som kan minimere barrierene som ble avdekket. Disse anbefalingene adresserer blant annet utfordringene som finnes i spesialisthelsetjenesten. Hovedbarrierene som avdekkes i rapporten er barrierer knyttet til kompetanse, organisering og ressurser. Som inngang i mitt prosjekt har det vært naturlig å se på spesialisthelsetjenesten grunnet tidligere samarbeid med Psykologspesialist Oddbjørn Hove som er leder for poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser i Haugesund. Rapporten til NKUP bekrefter at spesialisthelsetjenesten er en relevant aktør og belyser hvilke barrierer som eksisterer i dag.

1.11 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestens ansvar er fordelt i to. En som har ansvar for de spesialiserte psykiatriske helsetjenestene generelt (psykisk helsevern) og en for personer med utviklingshem-

ming (spesialisert habiliteringstjeneste). Personer med utviklingshemming og samtidig psykiske lidelser trenger ofte tverrfaglig spesialiserte tjenester (Bakken m.fl., 2018, NKUP, 2024).

De deler av spesialisthelsetjenesten som er relevant for denne oppgaven er psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenestens sentrale oppgave i psykisk helsevern er å følge nasjonale behandlingsløp for psykisk helse. Utfordringen knyttet til psykisk helse for personer med utviklingshemming er at de kan falle mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenesten. Dette er fordi psykisk helsevern er spesialisert på psykisk helse, og habiliteringstjenesten er spesialisert på utviklingshemming. Det kreves derfor en dobbeltkompetanse for å behandle psykisk helse hos personer med psykisk utviklingshemming. Ett eksempel på dette er poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP) i Helse Fonna.

1.11.1 Poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP)

Poliklinikken er spesialisert på psykisk helse og utviklingshemming, og består av et team av psykologer, psykologspesialister, leger og vernepleiere. Behandlerne i poliklinikken har en dobbeltkompetanse både på psykisk helse og på utviklingshemming. Dette er viktig kompetanse å ha ved behandling av personer med utviklingshemming og psykisk lidelse. Pasientene har utfordringer på grunn av nedsatt kognitive fungering, og derfor må behandlingen tilrettelegges pasientens nivå og tilpasses individuelt. Til tross for at dette er en poliklinikk med mye erfaring, er det vanskelig å videreføre denne erfaringen til andre klinikker. Dette skyldes i stor grad manglende forskning. Manglende forskning er også hovedgrunnen til at de samme metodene og verktøyene benyttes som på normalbefolkningen. Dette betyr at behandlerne selv må tilpasse eventuelle metoder til hver enkelt pasient og deres funksjonsnivå.

1.11.2 Behandlingsløp

Ved henvisning går pasienten inn i et nasjonalt pasientforløp (Helse- direktoratet, u.å.). Det blir da satt en behandlingsplan. Her vil noen få en individuell plan, som også gir en koordinator (Helsedirek- toratet u.å.). En individuell plan betyr at det er flere personer som samarbeider om behandlingen og koordinerer tjenestene rundt. Ofte vil behandlingen inkludere flere tilbud fra kommunale tjenester, slik som dagsenter, arbeid, hjemmetjeneste og lignende.

De som ikke har en individuell plan vil i større grad koordinere egne tjenester. Eller få hjelp av fastlege, pårørende eller andre til å gjøre dette. Da vil man i hovedsak følge det nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus. Det er ofte fastlegen til pasienten som sender henvisningen videre til spesialisthelsetjenesten ved mistanke om psykisk lidelse. Det er psykolog- spesialister i spesialisthelsetjenesten som avgjør om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke, og om de skal inn i et pasientforløp. Når pasienten er i pasientforløpet vil de møte opp på poliklinikken ved avtale. Pasienten vil likevel være avhengig av god støtte fra kommunale tjenester, også mens de får behandling hos spesialisthelsetjenesten.

1.11.3 Arbeidsallianse

Et viktig aspekt av behandling i psykisk helsevern er arbeidsalliansen mellom behandler og pasient (Cruz og Pincus 2002, Garcia og Weisz 2002, Hartley, Redmond m.fl. 2022). Dette er forholdet pasienten har til behandler, og bestemmes i stor grad av om behandler legger til rette for å skape en god relasjon med pasienten. Gjennom en sterk arbeidsallianse har pasienten tillit til behandler, og pasient og behandler jobber mot et felles mål (Mush- lin og Appel 1977, Starfield, Wray m.fl. 1981, DiMatteo og DiNicola 1982).

En svak arbeidsallianse kan føre til at pasienten mangler motivasjon og til og med at pasienten avslutter behandlingsløpet tidlig (Garcia and Weisz 2002). Dette er dermed en svært viktig del av behandling i psykisk helsevern, og kan være viktig i utviklingen av digitale helsetjenester.

1.11.3 Kommunale tjenester

Kommunale tjenester er sentralt for personer med psykisk utviklingshem- ming, og kan spille en rolle for de med psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2021). Disse tjenestene varierer fra kommune til kommune, og tjeneste- mottakerens behov og krav. Et eksempel er at en kommune har tilbud om tilrettelagt arbeid, dagsenter og bofellesskap, mens en annen kommune kan ha arbeid via dagsenteret og boliger betjent av bomiljøtjenesten. Personer med nedsatt kognitiv fungering har krav på ulike tjenester i kommunen. De søker da på de tjenestene de trenger, og får vedtak på disse fra kommunen. Hver kommune har et ansvar om å tilby tjenes- tene, men det er opp til hver kommune hvordan disse er utformet.

1.12 Bidrag

Oppgaven bidrar med verdifulle designkonsepter med utgang- spunkt i brukervennlighet for personer med nedsatt kognitiv funger- ing. Verktøy som er designet med og for denne brukergruppa er viktig for å inkludere synspunktene og perspektivene til bruker- gruppa. Dette er et lite steg mot å sikre god helsehjelp for personer med nedsatt kognitiv fungering på lik linje med normalbefolkningen.

Funnene i denne oppgaven vil være verdifulle for behandlere i spesialist- helsetjenesten og helsepersonell i kommunen. For spesialisthelse- tjenesten mangler det i dag et verktøy som gir muligheten til å

individtilpasse behandling, noe som kreves i behandlingen av personer med nedsatt kognitiv fungering. For personale i kommunale helsetjenester, slik som vernepleiere, vil det være nyttig å kunne følge brukere og deres progresjon uten å måtte dra på hjemmebesøk. Hjemmebesøk kan oppleves som inntrengende for noen brukere.

1.13 Forskningsspørsmål

Prosjektet er en videreføring av arbeidet jeg gjorde i min prosjektoppgave. Før prosjektstart hadde jeg derfor et brainstormingsmøte med min bi-veileder for å definere en problemstilling og vinklingen jeg skulle gå inn i prosjektet med. Underveis i prosjektet videreutviklet jeg problemformuleringen og spisset denne etter hvert som jeg opparbeidet mer innsikt. Under står første og andre iterasjon av problemdefinisjonen formulert som forskningsspørsmål 1 og 2.

1.13.1 Forskningsspørsmål 1

Hvordan kan vi inkludere perspektivene til personer med nedsatt kognitiv fungering i deres psykiske helsetilbud?

1.13.2 Forskningsspørsmål 2

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?

“
Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?
”

02

Prosess og metoder

I oppgaven har jeg brukt metoder fra designteori. Jeg har hentet disse fra rammeverk som tjenstedesign, design thinking, interaksjonsdesign og samarbeidende design.

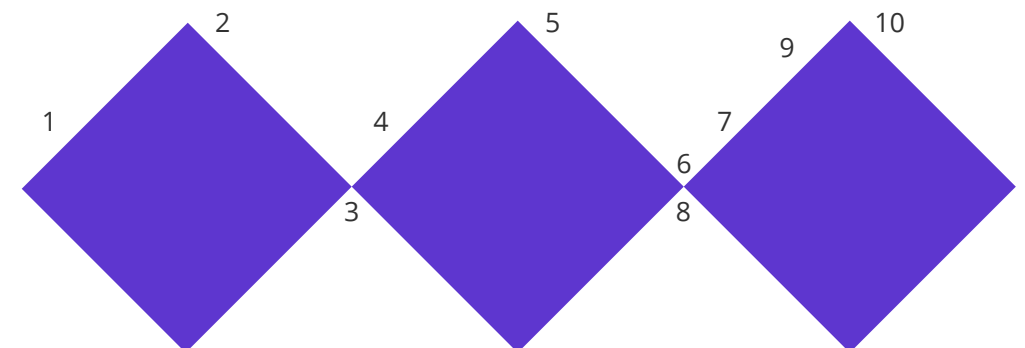
30	Den triple diamant
31	Prosess
34	Menneskesentrert design
36	Brukertesting

2.1 Den triple diamanten

Proessen jeg har fulgt kan visualiseres med den triple diamantmetoden, utviklet av StimuLab (Erland Skogli 2020). Den triple diamanten er basert på Double Diamond, utviklet av British Design Council i 2003 (British Design Council u.å.), som har blitt en svært populær metode for designere. Forskjellen på den doble diamanten og den triple, er at den triple diamanten har en ekstra fase, representert ved en ekstra diamant. Dette var relevant for prosjektet da jeg hadde en prosess ved oppstart hvor jeg definerte og avgrensede forskningsspørsmålet til oppgaven.

2.1.1 Prosess

1. Idégenerering
2. Konseptforslag
3. Problemdefinering
4. Intervjuer
5. Analyse
6. Problemdefinisjon
7. Samskappingsworkshop
8. Konseptkrav
9. Prototyping
10. Brukertestning



Bilde: Min prosess vist med metoden den triple diamanten



2.1.1.1 Diamant 1: Definere omfang

I forkant av prosjektets oppstart definerte jeg noen mål for oppgaven. Dette inneholdt blant annet at jeg ønsket å utvikle og brukerteste en løsning, som jeg skulle utvikle og presentere som et ferdig forslag til løsning. Derfor startet jeg prosjektet med en diamant for å definere avgrensningen til prosjektet og formulere forskningsspørsmålet. Sammen med min bi-veileder og ekspert på området, psykologspesialist Oddbjørn Hove, ble en problemstilling definert. Vi kom frem til ideen om å lage en verktøykasse tilpasset behandlere i spesialisthelsetjenesten. For å samle informasjon og metoder som er tilpasset behandling for personer med utviklingshemming. Problemet i dag er at personer med psykisk utviklingshemming ikke inkluderes i forskning gjennom brukervedvirkning. En hovedgrunn til å fokusere på behandlere i spesialisthelsetjenesten er at det er krevende å involvere brukergrup-

pen gjennom samskapningsdesign i tidslinjen til prosjektet. Derfor ble behandlere valgt som målgruppen for løsningen. Slik kunne jeg involvere behandlere gjennom intervjuer og samskapningsmetoder og utvikle en ferdig løsning ved prosjektets slutt. Personer med psykisk utviklingshemming vil da få bedre behandling og derfor bli positivt påvirket i forlengelse.



2.1.1.2 Diamant 2: Utforske og definere

Innsiktsfasen bestod av desk research, samtaler med bi-veileder og intervjuer. Jeg gjennomførte til sammen ni intervjuer, og intervjuet behandlere i spesialisthelsetjenesten, vernepleiere i kommunen og leder for NKUP for å samle innsikt basert på erfaringen til eksperter. Innsikten fra intervjuene analyserte jeg før jeg dro til Hauge-sund og fasiliterte en samskapningsworkshop for de samme ekspertene. Her var målet å validere problemområdene jeg identifiserte under intervjuene samt validere konseptet som jeg hadde utviklet siden starten av semesteret og definert basert på analyse av intervjuene. Etter samskapningsworkshopen reviderte jeg forskningsspørsmålet, og flyttet fokuset til personer med lett utviklingshemming som målgruppe.



2.1.1.3 Diamant 3: Utvikle og levere

Etter analyse av samskapningsworkshopen og problemfjerning, startet jeg prototyping i Figma. Prototypen ble testet hyppig gjennom designkritikker, designgjennomganger, geriljatester, low fidelity tester og til slutt brukertestet på personer med lett psykisk utviklingshemming. Etter brukertesten gjorde jeg endringer på designet basert på tilbakemeldingene og gjorde prototypen klar til å presenteres som en ferdig løsning. Rett før leveranse ble prototypen testet en siste gang på pasienter som treffer målgruppen.

2.2 Menneskefokusert design

Når målgruppen har nedsatt kognitiv fungering blir det spesielt viktig å ha mennesket i fokus for å sikre brukervennlige løsninger. Derfor har jeg valgt metoder som baserer seg på menneskefokusert design.

2.2.1 Universell utforming

For denne oppgaven vil det være mest relevant å lære om brukerens behov og å teste løsningen hyppig med brukere i målgruppen. I tillegg vil det være relevant å følge retningslinjene i Web Accessibility Guidelines (WCAG) for å oppfylle kravene til universell utforming (Uutilsynet, u.å.).

2.2.2 Tjenestedesign

I prosjektet har jeg benyttet verktøy fra tjenestedesignprosessen slik som interessentkart og brukerreise (Stickdorn and Schneider 2012). Jeg ville få et bredere overblikk over psykisk helse som tjeneste for pasienter med utviklingshemming. Ved å finne smertepunkter i dagens brukerreise ønsket jeg å finne områder som kan forbedres i spesialisthelsetjenesten slik at personer med utviklingshemming kan få en bedre psykisk helsetjeneste.

2.2.3 Interaksjonsdesign

I Design 9 lærte jeg hva som er viktig å tilpasse når man designer for personer med utviklingshemming, og jeg fikk førstehåndserfaring ved å teste prototyper med målgruppa. I dette prosjektet ønsket jeg å utnytte og bygge videre på denne erfaringen. En av lærdommene

jeg tok med meg var at deltakende og samarbeidende design er svært viktig for denne brukergruppa. I denne oppgaven ønsker jeg å bruke interaksjonsdesignprinsipper for å designe et brukervennlig digitaltprodukt.

2.3.2.1 Affinitetsdiagram

I intervjuprosessen brukte jeg Affinitetsdiagram for å kategorisere dataene. Affinitetsdiagram er en metode hvor man samler observasjoner og innsikt som ligner hverandre i respektive kategorier (Hanington and Martin 2019). Slik finner man gjennomgående tema og kan enklere trekke ut viktig informasjon fra en større mengde.

2.3.2.2 MoSCoW

For å prioritere og sette opp krav til konseptet har jeg brukt MoSCoW-metoden (Gibbons 2021). Bokstavene i MoSCoW står for Must have (må ha), Should have (bør ha), Could have (kunne hatt) og Won't have (skal ikke ha). Ved å utføre en MoSCoW-analyse får man en prioritert liste over hva konseptet må inneholde som senere kan omformes til konseptkrav.

2.3.3 Samarbeidende design

Jeg har brukt samarbeidende design i form av å fasilitere en samskapingssesjon. Et funn jeg gjorde i Design 9 var at samarbeidende design og deltagende design er svært viktig når man designer for personer med utviklingshemming. Et viktig mangelpunkt i forskning rundt kognitiv tilgjengelig helsetjeneste er å inkludere brukere og la brukerne medvirke i denne utviklingen. Jeg har involvert personer med svært mye erfaring fra å jobbe tett med mennesker med utviklingshemming og som har svært høy kompetanse på området. Senere bør det komme bedre metoder for å inkludere menne-

sker med utviklingshemming gjennom deltakende design. Siden dette ikke eksisterer i dag vil omfanget av denne oppgaven være for lite til at jeg har tid til å involvere personer fra målgruppa i prosessen.

2.3.4 Brukertest

Det var viktig for meg å gjennomføre minst én brukertest med brukere fra målgruppa for å validere brukervennligheten til tjenesten. Dette var også eneste mulighet til å involvere brukere i designprosessen. For å få til dette brukte jeg ulike metoder som peer review, geriljatesting, low-fidelity testing, designkritikk, stakeholder presentasjon, samskapningsworkshop for å gjøre løsningen klar for brukertest med personer fra målgruppa.

2.3.4.1 Designkritikk og gjennomgang

Gjennom prototyping har jeg benyttet meg av metoder som designkritikk og designgjennomgang. Designkritikk har blitt gjennomført én til én med veileder og bi-veileder, som er ekspert på hvert sitt område, henholdsvis design og psykologi. Designgjennomgang ble utført med medstudenter som også er designere. Disse metodene har jeg benyttet meg av for å få tilbakemeldinger på designforslaget jeg har kommet frem til gjennom prototyping (Gibbons 2016).

2.3.4.2 Lavfidelitets papirtesting

For å strukturere innholdet og skape en god flyt i løsningen har jeg benyttet meg av metoden lavfidelitets papirtesting. Jeg printet da ut alle skjermbildene i løsningen og la de små papirlappene

i rekkefølge foran de som brukertestet. Denne metoden ble brukt for å teste prototypen på papirformat som kan gjøre det enklere for utenforstående å se løsningens helhet og sammenheng, og samtidig enkelt å flytte rundt på skjermbildene for å endre flyten.

2.3.4.3 Geriljatesting

Geriljatesting er en enkel metode for brukertest, funnet opp av Donald Norman på 1990-tallet (Nichols, 2021). Metoden ble brukt for å sørge for hyppig testing og iterering på prototypen. Denne testingen ble gjennomført med medstudenter for å kvalitetssikre og finne eventuelle feil i prototypen.

2.4 Atferdsdesign

For å utvikle løsningen har jeg brukt prinsipper fra atferdsdesign. Atferdsdesign er en metode som bruker prinsipper fra atferdsvitenskap, psykologi og økonomi for å påvirke menneskelig atferd (IxDF, 2017). Ved å forstå og utnytte hvordan mennesker tenker og handler, kan atferdsdesign bidra til å utvikle løsninger som motiverer og legger til rette for positive endringer i atferd, altså brukervennlige løsninger. I oppgaven bruker jeg begrepet brukervennlighet for atferdsdesign. Dette er spesielt relevant i utviklingen av digitale selvhjelpstjenester, hvor det er viktig å engasjere og støtte brukerne gjennom designvalg som fremmer selvstendighet og egenmestring. I oppgaven har jeg brukt gamifisering for å gjøre løsningen engasjerende og oppmuntrende (Chou, Y., u.å.).

03

Sekundærinnsikt

Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det er umulig å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å inkludere perspektivene til de faktiske menneskene. Det er store forskningsgap når det gjelder design for personer med psykisk utviklingshemming, så der dette er tilfellet er generell forskning brukt. Inspirasjon fra andre domener er også brukt i designprosessen, da det fortsatt mangler godt design i digitale helseløsninger.

- 40 Digital universell utforming
- 41 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming
- 44 Gamifisering
- 45 Inspirasjon
- 63 Oppsummering av sekundærinnsikt

3.1 Digital universell utforming

Universell utforming skal bidra til å la alle delta på lik linje i samfunnet. Ved å følge universell utforming i en utviklingsprosess skal man ta hensyn til mulige nedsettelse hos brukeren. Som utfordringer med syn, hørsel, motorikk og kognisjon. Tanken er at løsninger som er universelt utformet skal være tilgjengelig for alle, også for de uten funksjonsnedsettelse. Universell utforming handler i stor grad om brukervennlighet. I Norge har vi Tilsynet for universell utforming av ikt (uutilsynet) som «har ansvar for å følge opp forskrift om universell utforming av ikt-løsninger, knytt til likestillings- og diskrimineringslova» (Uutilsynet). For å designe tilgjengelige og brukervennlige løsninger finnes det retningslinjer (uutilsynet, u.d.). Tilgjengelighetserklæringen er obligatorisk for offentlige virksomheter, og denne gir en oversikt over hvor godt virksomhetene følger kravene til universell utforming.

For offentlige virksomheter er det vanlig å følge tilsynet for universell utforming av ikt (uutilsynet) sin WCAG-sjekkliste. WCAG står for Web Content Accessibility Guidelines og er retningslinjer utviklet for å sikre tilgjengelige løsninger på nett. Retningslinjer for tilgjengelig innhold på internett er bygd opp av fire prinsipper. Prinsippene er delt inn i retningslinjer som kan testes med suksesskriterier. Utfyllende informasjon om hvordan uutilsynet fører kontroll av nettsider og apper finnes på uutilsynets nettsider (uutilsynet, u.d.). Prinsippene som skal følges for å oppfylle krav til universell utforming kan deles inn i fire hovedkategorier:

1. Mulig å oppfatte
2. Mulig å betjene
3. Forståelig
4. Robust

Disse prinsippene skal gjøre digitale løsninger brukervennlige.

Personer med psykisk utviklingshemming kan ha noen av utfordringene som skal adresseres ved å følge retningslinjene for universell utforming. Likevel er dette en svært heterogen gruppe som kan ha ulike behov. Uutilsynet kategoriserer brukere av ikt-løsninger inn i fire kategorier, motorikk, syn, hørsel og kognisjon. Her vil den mest relevante kategorien for oppgaven være kognisjon. Her finner man nyttig informasjon om hvordan å utvikle tilgjengelige ikt-løsninger for de med nedsatt kognitiv fungering. Først presenteres noen utfordringer personer med nedsatt kognitiv fungering kan ha (hentet fra uutilsynet.no):

- Forstå, oppfatte og bearbeide sanseintrykk
- Konsentrere seg
- Huske (reduert korttidsminne)
- Løse problem
- Lære seg hvordan ting virker
- Fullføre oppgaver

Det er også noen anbefalinger vi som utvikler ny teknologi burde følge (hentet fra uutilsynet.no):

- Informasjonsstruktur og navigering er logisk, intuitiv og konsekvent
- Objekter utformes slik at brukeren forstår hvilke som er viktige og i hvilken rekkefølge de skal benyttes
- Brukeren får støtte til å gjøre riktig med hjelp av tydelige instruksjoner
- Brukeren får hjelp av forståelige feilmeldinger dersom noe blir feil
- Lang eller komplisert informasjon deles opp i kortere deler

- Steg i en prosess nummereres slik at brukeren vet hvor hun befinner seg
- Nok tid til å gjennomføre oppgaver

Til slutt presenteres noen tester for å sjekke om nettstedet eller appen er tilgjengelig. Testene er oppført i tabell og kan leses på uutilsynets nettsider under «Tips for å sjekke din løsning» på uutilsynet.no (uutilsynet, u.d.).

3.2 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming

Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming er lite forsket på. Man kan finne noe forskning på interaksjonsdesign for personer med spesifikke diagnoser, men lite generelt for personer med nedsatt kognitiv fungering. Nå har uutilsynet publisert anbefalinger for brukere med nedsatt kognitiv fungering, som er et steg i riktig retning. I tillegg til retningslinjer er det nødvendig å inkludere perspektivene til brukeren i designprosessen for å sikre god brukervennlighet.

Utdrag fra forskning kan summeres til retningslinjer. Det kan være hensiktsmessig å snevre inn målgruppen slik at man kan fokusere på mer spesifikke behov. En person med lett utviklingshemming vil ha andre behov enn en person med alvorlig utviklingshemming. Dette vil skape en begrensning i form av at dersom tilgjengeligheten ikke treffer brukerens spesifikke behov vil løsningen bli utilgjengelig for denne personen. Persontilpasning kan derfor være et krav ved design for personer med psykisk utviklingshemming.

På neste side presenterer jeg noen anbefalinger som jeg har fulgt gjennom oppgaven, og som baserer seg på erfaringer gjort av eksperter slik som min bi-veileder, retningslinjene til uutilsynet og lærdommer fra Design 9.

Anbefaling	Forklaring
Enkel språkbruk	Bruk klart og enkelt språk uten unødvendig kompliserte ord og setninger. Dette kan bidra til bedre forståelse. Dersom personen ikke kan lese burde det være støtte for å få teksten lest opp. (Finlay and Lyons 2001, Finlay and Lyons 2002, White-Koning, Arnaud et al. 2005, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, Bell, Tonkin et al. 2018, Scott and Haverkamp 2018, Sigstad and Garrels 2018, Gjertsen 2019)
Presenter informasjon stegvis	Ha få elementer og presenter en ting av gangen (White-Koning, Arnaud et al. 2005, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, Bell, Tonkin et al. 2018). La brukeren slippe å organisere informasjon ved å kun ha helt nødvendig informasjon på hver side. Dette gjør det enklere for brukeren å forstå og holde fokus. For å sikre at den viktigste informasjonen blir fanget opp kan man gjenta denne informasjonen flere ganger.
Visuell støtte	Bruk bilder, symboler eller annen visuell støtte for å hjelpe med forståelsen (Arscott, Dagnan et al. 1998, Finlay and Lyons 2001, Reid, Vallerand et al. 2009, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, O'Keeffe, Guerin et al. 2019). Dette kan være spesielt nyttig for de som har problemer med å forstå eller uttrykke seg verbalt.
Forutsigbarhet	Forutsigbarhet kan være beroligende for personer med psykisk utviklingshemming. For å skape forutsigbarhet bør man ha struktur og rutiner.
Fargebruk	Dersom personene man designer for har autismespekterforstyrrelse bør man ha mulighet for å ha en modus med dempede farger, eller mulighet for at brukeren velger farger selv. Noen farger kan oppleves ubehagelig (Grandgeorge and Masataka 2016, Nair, Priya et al. 2022). Et eksempel er nettsiden www.autism.org.uk som har en funksjon der man kan endre fargene fra sterke farger til dempede farger.

Tabell 2: Designanbefalinger for personer med psykisk utviklingshemming

3.3 Gamifisering

Dette er en tilnærming som bruker prinsippene fra spilldesign for å engasjere og motivere mennesker til å oppnå visse mål (Chou, n.d.). Gamifisering involverer ofte bruk av elementer som poeng, belønninger, utfordringer, nivåer og konkurranser for å gjøre opplevelsen mer underholdende og engasjerende. Målet med gamifisering er å bruke spillmekanismer til å motivere ønsket atferd eller oppnå spesifikke mål.

Gamifisering kan brukes i design ved å inkludere belønningssystemer, utfordringer, konkurranseelementer og feedbackmekanismer. Dette kan fremme motivasjon hos brukeren og gjøre produktet mer attraktivt. Det visuelle, slik som farger og animasjoner, er også en viktig del av spill for å fange oppmerksomhet.

For å inkludere spillmekanismer og øke motivasjon kan man omgjøre oppgaver til konkurranser ved å legge til poeng, nivåer og belønninger. Disse må være i tråd med brukerens kompetanse for å holde på brukerens oppmerksomhet over tid. Et hjelpemiddel er å lage konkurranser der man involverer venner eller andre aktører. Da kan brukeren se sin plassering på et leaderboard. Gamifisering kan brukes for å øke motivasjon og engasjement, noe som kan være svært nyttig når man utvikler en løsning der brukeren må utføre oppgaver eller lære nye ting. Det er viktig å passe på fallgruver slik at brukeren ikke blir for fokusert på spillelementene, men faktisk har oppmerksomheten rettet mot oppgavene og læringsutbyttet.

3.4 Inspirasjon

Jeg har utført en analyse av eksisterende apper innen samme domene, og andre domener. Jeg har særlig sett på domene helse og læring, og tatt for meg populære apper for å se på hvilke faktorer de bruker til å motivere brukeren. Dette er for å forstå hvorfor populære helse- eller læringsapper blir brukt, og hvilke elementer de benytter for å holde på brukerne. Jeg har også valgt å se på eksisterende løsninger som er utviklet for personer med demens og som er utviklet for selvbehandling.

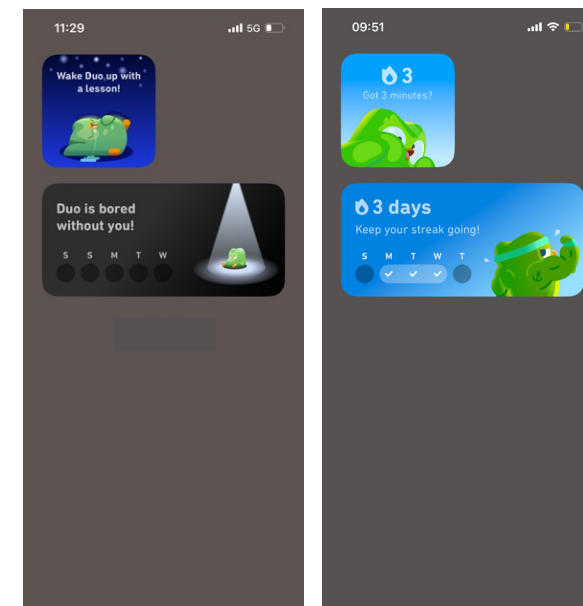
3.4.1 Apper fra andre domener

Jeg har valgt å inkludere apper fra andre domener som inspirasjon til løsningen. Dette har jeg gjort fordi populære apper ofte har store designteam, og høye budsjetter, for å skape en god brukeropplevelse. Eksisterende apper innen samme domene har ofte lavt budsjett og ikke alltid tilgang til designere i utviklingen. Derfor velger jeg ut tre apper fra andre domener til inspirasjon. Slike apper bruker mange virkemidler for å holde på brukerne, og å sikre at brukerne fortsetter å gjøre øvelser for å forbedre egen helse eller lære nye språk. Motivasjon hos mennesker kan være varierende, så det er verdifullt å lære hvilke triks som kan bidra til å holde motivasjonen stabil, og hvordan man får brukeren til å komme tilbake på daglig basis. Jeg har valgt å gå for tre apper fra andre domener som er populære på verdensbasis, nemlig Duolingo, Headspace og Fitbit.

3.4.1.1 Duolingo

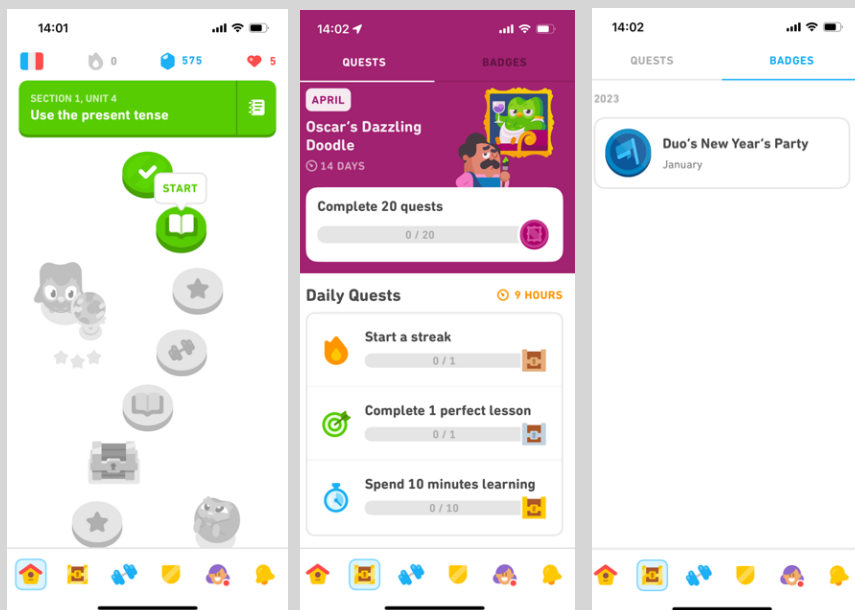
Den svært populære appen for å lære nye språk, Duolingo, brukes av over 37 millioner mennesker på månedlig basis og er lastet ned av 500 millioner mennesker (Daniel, Ch u.å.). Appen bruker uglen Duo som maskot, og dersom man ikke bruker appen eller gjør de daglige oppgavene sine, blir Duo lei seg. Dette er et viktig virkemiddel som benyttes for å oppmuntre til læring. I tillegg benytter de seg av hyppige varslinger, både som push-varsel og på mail.

Dersom man ikke bruker appen og ikke utfører sine daglige oppgaver vil humøret til Duo endre seg negativt. For å forbedre humøret må man bruke appen regelmessig.



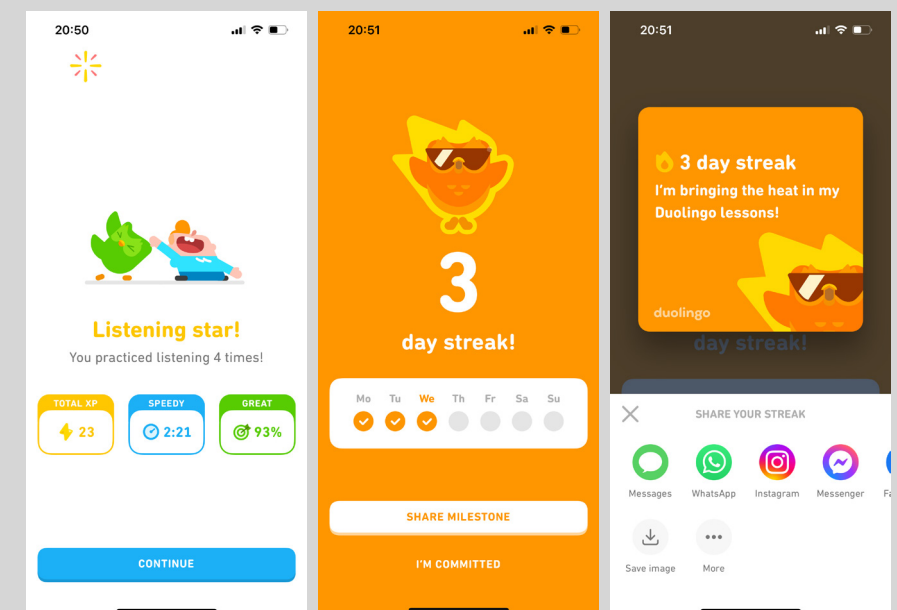
Bilder: Duolingo

Duolingo bruker flere gamifiseringstrategier for å holde brukerne motivert. Her ser vi at de har for eksempel en side som viser fremgang og hvilket nivå man er på, en side med progresjon som viser hvordan man kan oppnå fremgangen, og en side med belønninger.



Bilder: Duolingo

For å motivere brukeren har appen flere ulike belønninger og oppmuntringer når brukeren gjennomfører oppgaver.

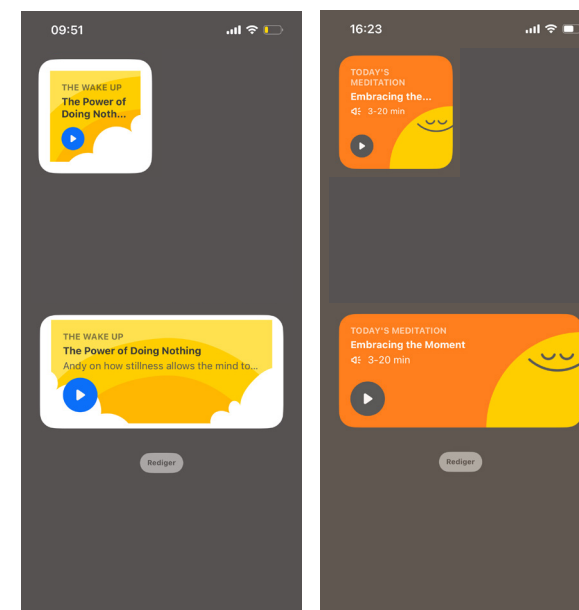


Bilder: Duolingo

3.4.1.2 Headspace

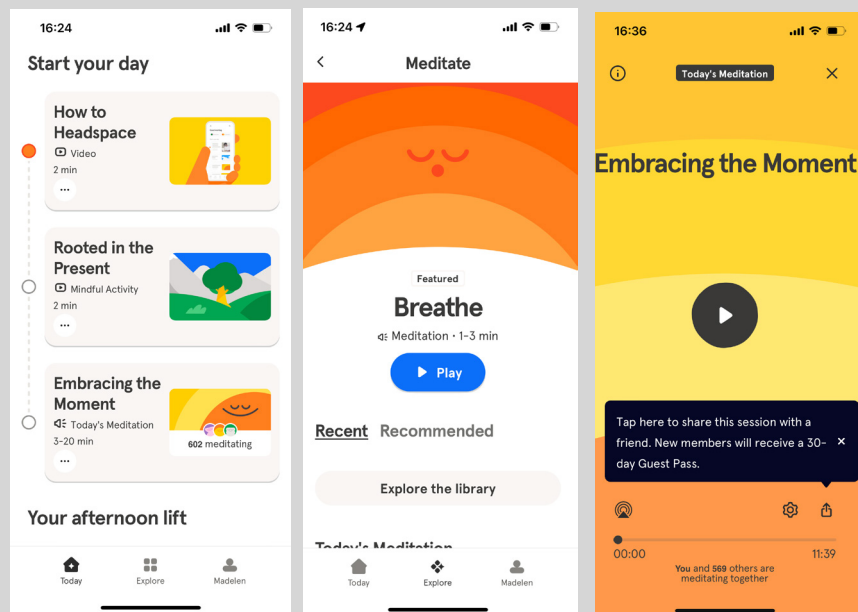
Headspace er en app for meditasjon og mindfulness. Appen tilbyr guidede øvelser med videoer og profesjonelle som snakker brukeren gjennom øvelsene. Den tilbyr brukeren å logge humør og følelser slik som stress og angst, for å vise forbedringskurven over tid. Også denne appen bruker Widgets og push-varslere for å være tilgjengelig for brukeren. Av flere ulike meditasjonsapper er Headspace en av de mest populære, med over 70 millioner nedlastninger (Headspace, u.å.).

Headspace lar brukeren starte meditasjon- og pusteøvelser direkte fra Widgets. Når man starter en øvelse åpnes denne i appen.



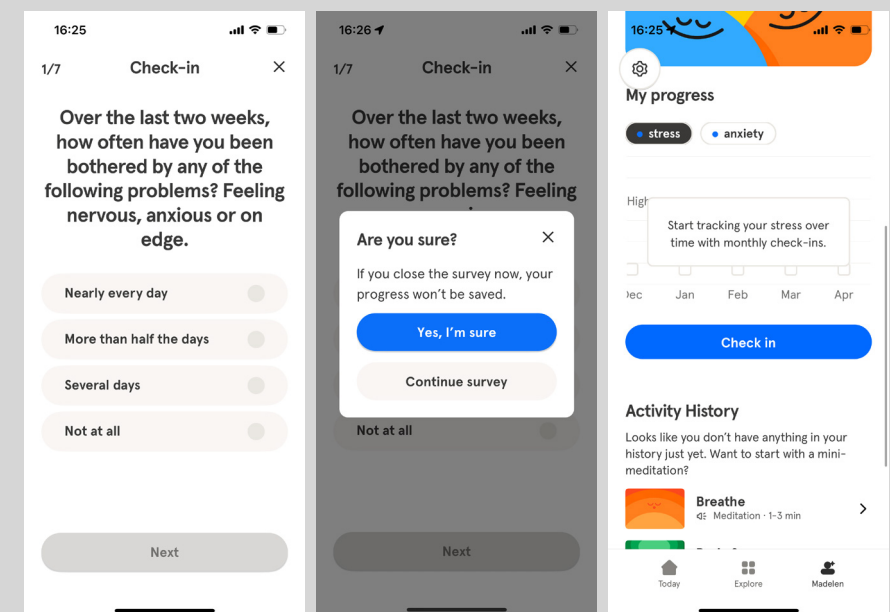
Bilder: Headspace

Appen viser dagens øvelser og lar deg også utforske andre øvelser i menylinjen. Når man starter en øvelse blir man guidet gjennom øvelsen av en instruktør som snakker deg gjennom den. Brukeren kan styre volum og klikke play og pause.



Bilder: Headspace

Appen har "check-ins" der brukeren svarer på en rekke spørsmål om hvordan de føler seg. Dersom man avslutter disse kartleggingene blir ikke informasjonen lagret til senere. Appen lar også brukeren logge ulike parametere som vises som graf.

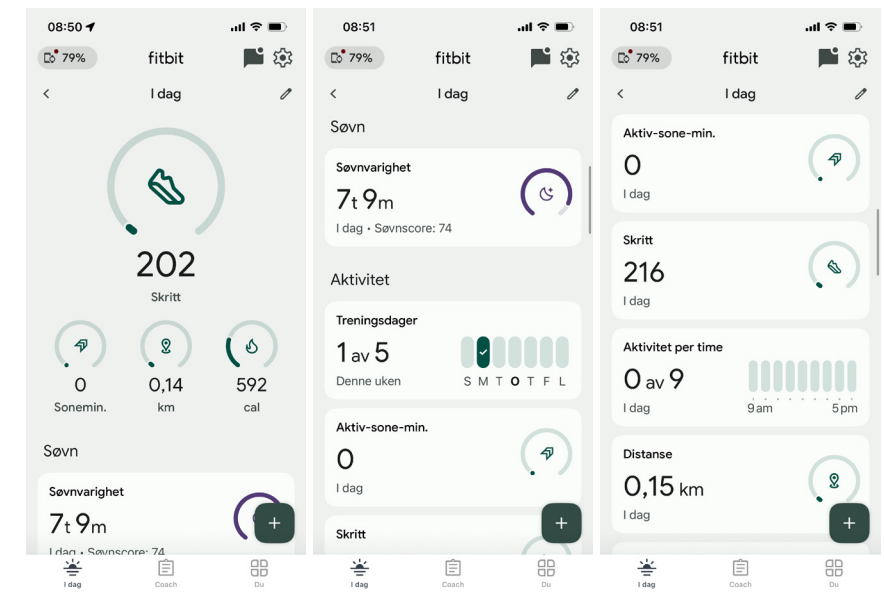


Bilder: Headspace

3.4.1.3 Fitbit

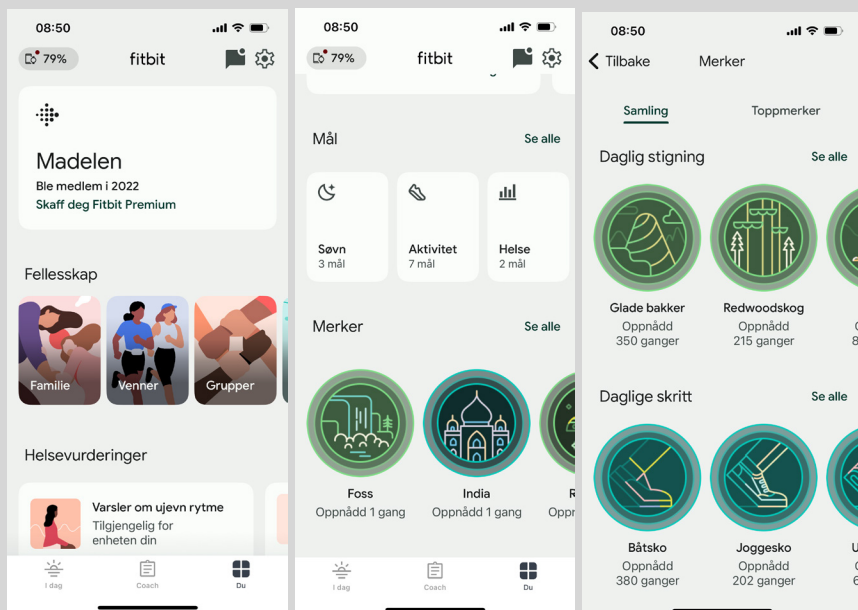
Fitbit er et merke som produserer treningsklokker. Produsenten har solgt over 136 millioner klokker og hadde i 2022 rundt 120 millioner brukere (Statista). Ved bruk av treningsklokkene kan man følge med på data i den tilhørende appen. Jeg har valgt å se på denne appen da den har et oversiktig oppsett med rolige og behagelige farger. Fitbit samler inn flere ulike data, slik som antall skritt, søvn, trening, menstruasjonssyklus, vanninntak og mer. For å organisere denne dataen oversiktlig gjør Fitbit noen gode designgrep som er verdt å ta inspirasjon fra.

Mye av informasjonen som logges gjennom treningsklokken vises på hjem-skjermen i Fitbit-appen. Hjem-skjermen er lang, men justerbar. Brukeren velger selv hvilke data som vises. Selv om det er mye informasjon er alt oversiktig og presenteres på en ryddig måte med behagelige farger.



Bilder: Fitbit

I menylinjen kan man gå inn på en side som viser brukerens mål og belønninger, kalt merker. Det er også mulig å knytte profilen mot venner og familie.



Bilder: Fitbit

3.4.2 Apper fra samme domene

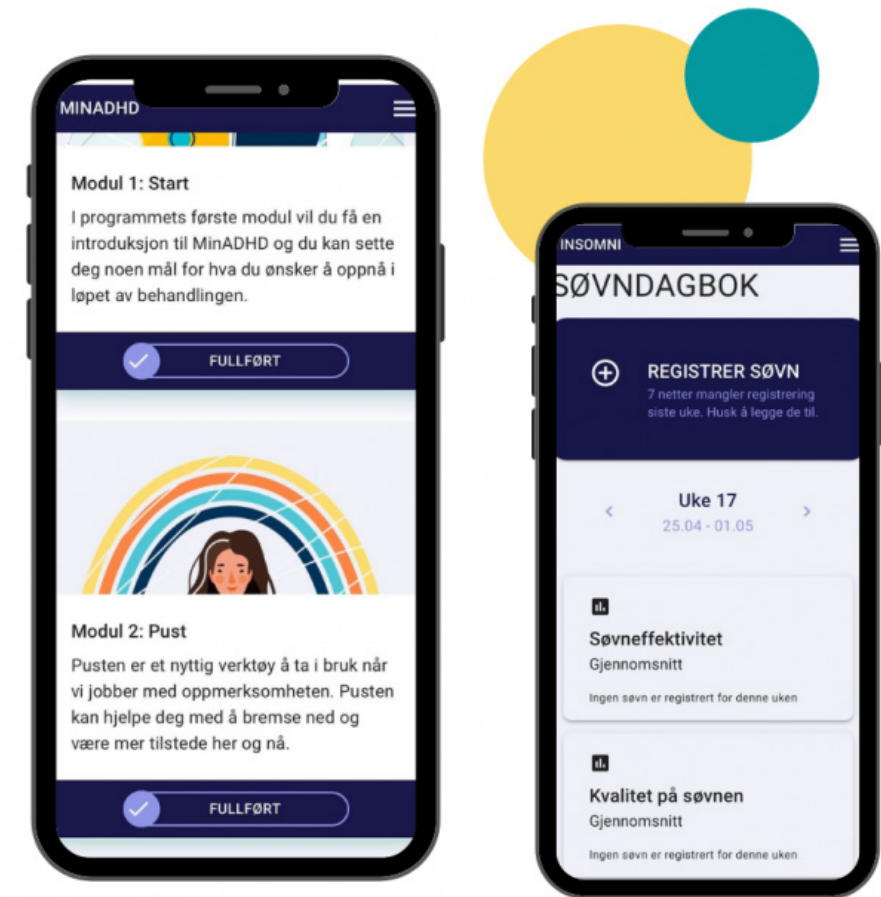
Innen samme domene finnes det en rekke apper som er utviklet for mennesker med demens, autismespekterforstyrrelse og andre funksjonsnedsettelse. Som jeg har sett finnes det ingen digitale helseintervensjoner som er utviklet for personer med psykisk utviklingshemming per dags dato. I helseregion Sør-Øst er det tilgjengelig en intervensjon kalt eBehandling, som har moduler for blant annet angstlidelse og depresjon. Denne er derimot rettet mot befolkningen for øvrig og er ikke tilpasset personer med nedsatt kognitiv fungering. I tillegg er den et alternativ til behandling i klinikk, og er fullstendig nettbasert. Et gjennomgående observasjon blant disse plattformene er at de preges av mangel på design som mest sannsynlig bunner i knappe midler og mangel på designere, samt utfordringer rundt implementasjon som kan være tidkrevende og kostbart, spesielt i helse. Jeg vil likevel se på disse for å undersøke hva som finnes på markedet i dag.

3.4.2.1 eBehandling

eBehandling er behandling for psykisk lidelse over nett (Helse Bergen, u.å.). Behandlingen er ikke et supplement til behandling i poliklinikk, men en erstatning. Den inneholder elementer fra kognitiv atferdsterapi, og pasienten utfører øvelsene hjemme og har kontakt med behandler via meldinger i programmet. Pasienten leser selv informasjon for å få tilgang til behandlingen, og leser kapitler med tekst når de får tilgang.

At brukeren selv må lese tekst og gjennomføre behandlingen på eget initiativ vil ikke passe målgruppen i denne oppgaven. Dette er en brukergruppe med psykisk utviklingshemming i tillegg til psykisk lidelse, og de vil trenge oppfølging fra en behandler. I tillegg vil det være viktig å dra til poliklinikk for å møte behandler, og å komme til andre omgivelser. Å lese mye tekst med ny informasjon vil ikke være brukervennlig for en person med lærevansker eller en som ikke kan lese, derfor ville det vært nødvendig med en funksjon for tekst-til-tale og for visuell støtte dersom behandlingen skulle passet målgruppen. Denne informasjonen må også struktureres slik at brukeren forstår materialet og oppgavene i behandlingen.

Jeg har ikke tilgang til eBehandling personlig, men fra skjermbilder lagt ut på nettsiden deres, vist til høyre, får man et inntrykk. Det ser ut som behandlingen deles opp i delmål og at man får både bilde og tekst i modulene. I kalenderfunksjonen er det dårlig kontrast som kan være vanskelig for de med dårlig syn. Det er også små trykkflater. Bortsett fra dette er eBehandling oversiktlig lagt opp og et godt tilbud i en presset psykisk helse-tjeneste.



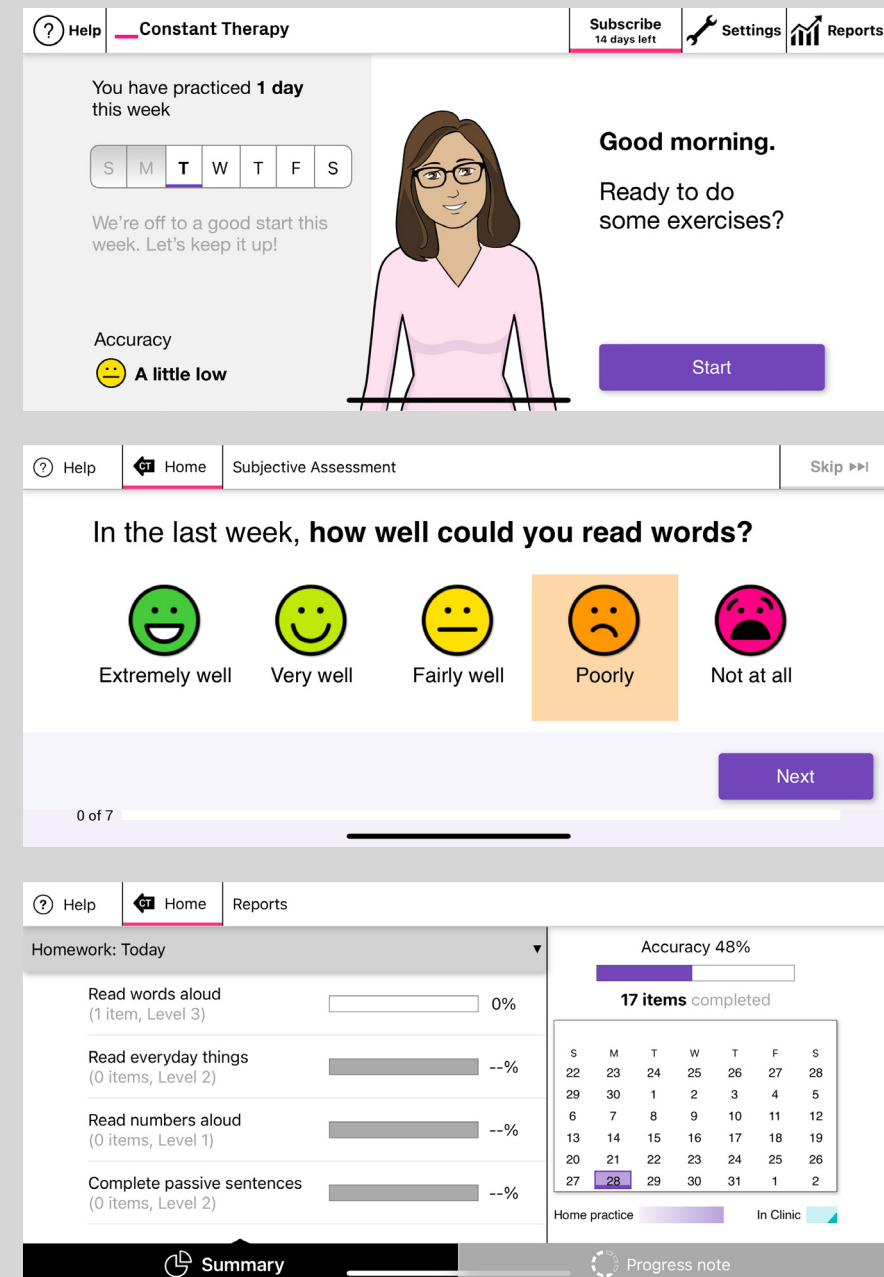
Bilde: eMeistring: Nettbasert behandling

3.4.2.2 Constant Therapy

Constant Therapy er en app for personer med nedsatt kognitiv fungering. Denne gir oppgaver for å øve på ferdigheter som tale, lesing, hukommelse, skriving og mer. Appen har en pasientside og en side for behandlere. Det står på nettsiden at den er forskningsbasert og at målet er å hjelpe personer med nedsatt kognitiv fungering gjennom AI guidede øvelser.

Ved å laste ned appen fikk jeg et førsteinntrykk. Jeg la merke til at under øvelsene kreves det at brukeren svarer på spørsmål med svaralternativer (som vist på neste side), at brukeren snakker inn svar ved å bruke mikrofon, at de skal velge riktig bilde ved å dra dette inn i en boks og at de leser lengre tekster og svarer ved å velge ord som passer. Det var flere alternativer i hver oppgave, slik som oppgaven vist på neste side, der det var fire alternativer.

Fra forskning vet vi at det er anbefalt å ha tre alternativer, men at opp til fem kan gå fint for de med borderline til lett utviklingshemming (Fang, m.fl., (2011)). I tillegg kan det være vanskelig å tyde smiley-er slik som appen bruker. Det appen gjør bra er å bruke tydelige farger, gjennomgående layout, viser progresjon i oppgavene og at man enkelt kan navigere hjem og hoppe over oppgaver. Teksten ble i tillegg lest opp høyt, som er positivt, men noe man ikke kunne kontrollere som bruker. Det var ikke særlig mye tilbakemelding underveis, annet enn tilbakemelding på om svaret var rett eller feil. Det kan være en risiko å måle antall feil og vise at brukeren ikke gjør det bra. Som vist på neste side kommer det opp et misfornøyd symbol når brukeren ikke har gjennomført oppgavene perfekt. Dette kan virke demotiverende for noen.



Bilder: Constant Therapy skjermbilder

3.4.3 Oppsummering

Det er et tydelig skille på dagens marked mellom kommersielle apper slik som Duolingo, Headspace og Fitbit, og selvhjelpsapper utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering. Flere av grunnene til dette er av økonomisk art, og det vil derfor være lite poeng å sammenligne på tvers. Likevel kan man observere hvor mye design kan bidra til å gjøre en app mer brukervennlig for personer med behov for tilpasninger.

Det finnes ikke et supplement til behandling for psykisk lidelse på markedet i dag, kun apper som Constant Therapy og andre, som retter seg mot ferdighetstrening. Gamifiserte helseapper fungerer som inspirasjon grunnet gjennomgående godt design. Her kan man se at det har vært designere med i utviklingen, og de følger WCAG-standarden. Det er god bruk av farge, leselig font, motiverende oppmuntringer med maskoter og animasjoner.

Disse appene er avhengig av brukere og kunder for å overleve, så det er interessant hvilke virkemidler de bruker for å få så mange mennesker til å lære nye språk og meditere daglig. Ved å bruke gamifisering og hyppige påminnelser i form av widgets og varsler får de brukernes oppmerksomhet, og med et attraktivt design trekker de brukerne inn og får de til å faktisk gjøre oppgavene. Jeg vil derfor ta med elementer som farger, oppmuntringer, animasjoner og widgets inn i løsningen for å gjøre denne mer oppmuntrende og attraktiv for brukerne.

3.5 Oppsummering av sekundærinnsikt

- Når man designer nye tjenester burde de som trenger tilpasninger være hovedfokus, ikke de som klarer å bruke tjenestene uansett.
- Design for personer med psykisk utviklingshemming bør forskes mer på, og det krever at personer med psykisk utviklingshemming også inkluderes gjennom brukermedvirkning slik som brukertesting og samskapning.
- Godt design kan være en av de viktigste faktorene for å gjøre en tjeneste brukervennlig for personer som trenger tilpasning, herunder personer med psykisk utviklingshemming.
- I tillegg til brukervennlig design finnes det noen spesifikke hensyn som må implementeres for personer med nedsatt kognitiv fungering, som for eksempel forenkling av språk, få alternativer, god tid, få elementer og mer.
- Det finnes ikke i dag en løsning som supplerer behandling for psykisk lidelse for personer med nedsatt kognitiv fungering.

Brukerne er personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst. Når man har en psykisk lidelse vil det kanskje være ekstra viktig med glade farger og oppmuntrende beskjeder, i en ellers utfordrende hverdag. Derfor ønsker jeg å se på muligheten for å implementere disse elementene og samtidig følge WCAG-standarden og bruke egne erfaringer for å utvikle et kognitivt tilgjengelig designkonsept.

04

Primærinnsikt

Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det ville vært umulig for meg å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å involvere brukere og eksperter. Derfor er det viktig å inkludere perspektivene til menneskene i brukergruppen. Det er store forskningsgap når det gjelder design for personer med psykisk utviklingshemming, så der dette er tilfellet er generell forskning, inspirasjon fra andre domener og eksperters erfaringer brukt.

66	Studie 1 - intervjuer
74	Studie 2 - samskapningsworkshop
92	Analyse
102	Retning

4.1 Studie 1 – intervjuer

Første studie i innsiktsarbeidet bestod av semi-strukturerte intervjuer med eksperter på psykisk utviklingshemming, psykisk lidelse eller med kompetanse på begge områder.

Hva

Semistrukturerte intervjuer

Hvorfor

Innhente innsikt fra eksperter for å forstå problemområder innad i og mellom tjenestene, behovene til de ulike aktørene og behovene til brukerne.

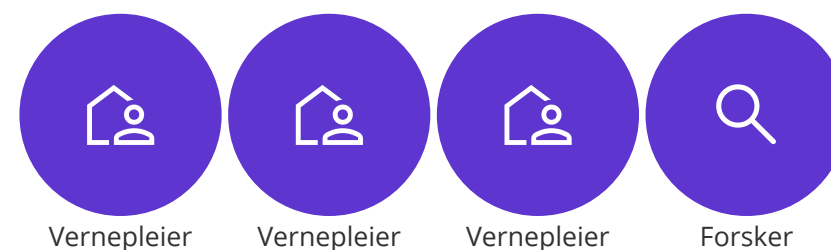
Hvem

Jeg gjennomførte ni intervjuer totalt, og personene hadde ulik bakgrunn. Her kan deltakerne deles inn i om de tilhører spesialisthelsetjenesten eller kommunale tjenester. Deltakerne fra spesialisthelsetjenesten er en del av teamet på LUP, og her intervjuet jeg psykologer, vernepleiere og en lege. Jeg intervjuet en som er psykologspesialist, men som også jobber som forsker innen feltet psykisk utviklingshemming og rus. Fra kommunehelsetjenesten intervjuet jeg vernepleiere og en leder for tilrettelagt arbeidsplass. Jeg intervjuet også lederen for Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk lidelse (NKUP).

Spesialisthelsetjenesten



Kommunen



4.1.1 Metode

Intervjuene ble holdt digitalt over Teams. Intervjuene ble tatt opp via nettskjema diktafon, og transkribert i nettskjema. Intervjuene bygget på semistruktert intervjuteknikk. Spørsmålene ble derfor tilpasset basert på deltagernes svar og erfaring. Under intervjuene holdt jeg spørsmålene relatert til kategoriene under så langt det lot seg gjøre. Intervjuguide kan leses i vedlegg B.

1. Bakgrunn og erfaring
2. Ansvarsområde og hovedoppgaver
3. Tverrfaglig arbeid og kommunikasjon innad i team, eventuelt utover mot andre tjenester
4. Utfordringer de står ovenfor
5. Erfaringer og eksempler fra arbeid med personer med nedsatt kognitiv fungering

4.1.2 Hovedfunn

Intervjuene ble systematisk analysert ved å først gjennomgå transkripsjonen lastet ned fra nettskjema. Fra de transkriberte intervjuene hentet jeg ut nøkkelinformasjon og overførte disse til datapunkter. Datapunktene kategoriserte jeg ved hjelp av affinitetsdiagram, og de ble kodet og plassert i egnet kategori. Jeg endte med fem respektive kategorier, som jeg videre kunne analysere og hente ut smertepunkter fra.

Kategoriene jeg fikk ut ved hjelp av affinitetsdiagram var:

1. Generell informasjon
2. Kommunikasjon innad i teamet
3. Kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester
4. Kommunikasjon med pasienten
5. Behandling: Verktøy og hjemmeoppgaver

Basert på kategoriene jeg fikk med affinity mapping trakk jeg ut seks smertepunkter som oppsummerer utfordringene til aktørene. Disse smertepunktene var henholdsvis:

6. Møte pasienten hjemme
7. Mangler støtte til dagligdagse oppgaver
8. Personavhengig kommunikasjon
9. Koordinering av egne tjenester
10. Overvurdering av pasientens forståelse
11. Dele observasjoner på tvers

Smertepunktene er presentert og beskrevet i detalj på neste side.

4.1.2.1 Smertepunkter

1. Møte pasienten hjemme

Trygge omgivelser og gode relasjoner til tjenesteytere er spesielt viktig for at pasientgruppen skal føle at det er trygt å åpne seg. Å møte pasienter hjemme kan senke barrierer. Å sikre god tid til å bygge relasjon til pasienten for å bli kjent er viktig.

2. Mangler støtte til daglige oppgaver

For personer med lett utviklingshemming er et viktig mål å bli selvstendig og bidra i beslutninger som omhandler eget liv. Selv om man skal være selvstendig, trenger man støtte og trygge personer rundt seg. De som bor alene er utsatt for ensomhet, mindre aktivisering og kjedsomhet. Noen mangler støtte til å utføre oppgaver som å lese brev og innkallinger. Det kan også være lite motiverende å utføre husarbeid. Det kan være utfordrende å huske på hjemmeoppgaver som gis ut av behandler.

4. Koordinering av egne tjenester

Personer med nedsatt kognitiv fungering som bor alene koordinerer ofte sine egne tjenester. Dette kan medføre at noen faller utenfor tjenester, og mangler den støtten de trenger i hverdagen. Derfor kan det være tilfeldig hvilke tjenester en person mottar tilbud fra, og dette gjør det vanskelig for tjenestene å kommunisere med hverandre.

5. Overvurdering av pasientens forståelse

I et behandlingsløp i psykisk helse vil en person med nedsatt kognitiv fungering trenge tilnærminger som er tilpasset deres behov. Pasienten må bli møtt på sitt nivå med tanke på kommunikasjon og øvelser eller oppgaver. Personer med lett utviklingshemming kan ha opparbeidet seg metoder for å late som de forstår mer enn de egentlig gjør, noe som kan føre til at pasientens forståelse blir overvurdert.

3. Personavhengig kommunikasjon

Tjenesteytere gjør sitt beste for å sikre kontinuitet og gode relasjoner til brukere. Likevel kan mye bli personavhengig når det gjelder kommunikasjon mellom tjenester. I tillegg vil sykdom, ferie og utskiftning forekomme blant omsorgspersoner, noe som kan gå negativt utover brukerne og forverre kommunikasjon til andre tjenester. Kommunikasjon foregår fortsatt over mail og telefon.

6. Dele observasjoner på tvers av tjenester

Personer med nedsatt kognitiv fungering mottar tilbud fra flere ulike tjenester, og kunne dratt nytte av at disse tjenestene delte observasjoner og notater med hverandre. Noen tjenester observerer kun korte glimt av personens liv, noe som kan gjøre det utfordrende å fange opp helheten og "å se hele mennesket".

4.1.3 Oppsummering

Jeg utførte til sammen ni semistrukturerte intervju med eksperter på området. Fire av ekspertene jobber i spesialisthelsetjenesten og fire jobber i kommunale tjenester, mens den siste ekspert er forsker. Dette ga meg et bedre overblikk over domenet, og jeg fikk gjort meg noen tanker om hva som er hovedutfordringene til behandlere i spesialisthelsetjenesten. I tillegg fikk jeg verdifull innsikt i hvordan vernepleiere jobber. Dette ga meg et mer nyansert bilde på hvilke tjenester personer med psykisk utviklingshemming har og hvordan disse jobber sammen. Jeg lærte også mer om brukergruppa og hvorfor personer med psykisk utviklingshemming trenger persontilpassede tilbud og behandling, da deres funksjonsnivå og hverdag preges av sammensetningen av faktorer slik som hvilke tjenester de har, hvordan støtteapparatet rundt fungerer, grad av utviklingshemming, tilleggslidelser og psykisk helse.

I tillegg til smertepunktene jeg hentet ut som resultater av intervjufasen, har jeg også oppsummert innsikten i et multiaktørkart som viser brukerresien til de ulike aktørene i sammenheng.

4.2 Studie 2: Samskapningsworkshop med eksperter

Andre studie som inngår i innsiktsfasen var en samskapningsworkshop som jeg fasiliterte for eksperter i Haugesund.

Hva
Samskapningsworkshop

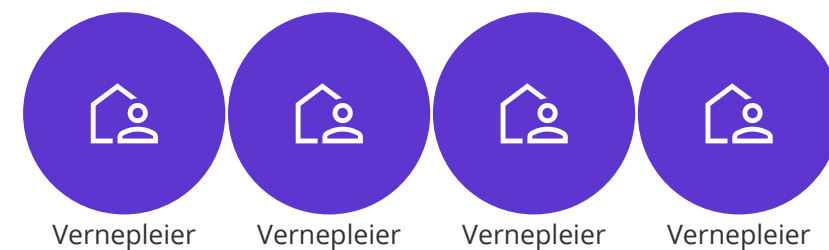
Hvorfor
Validere problemområder og konsept

Hvem
Eksperter fra spesialisthelsetjenesten og kommunen

Team 1 - Spesialisthelsetjenesten



Team 2 - Kommunen



4.2.1 Metode

Jeg holdt en samskappingsworkshop i Haugesund sammen med et utvalg av de jeg intervjuet. Dette var for å validere konseptet jeg utviklet basert på smertepunktene jeg oppdaget ved analyse av intervjuene. Deltakerne fikk først presentert mine funn og metoder for å komme frem til smertepunktene og konseptbeskrivelsen. Så fikk de presentert en lav fidelity prototype som skjermbilder. Jeg viste også en brukerreise og hvordan jeg ønsket å endre denne. Presentasjonen brukt under workshopen finnes i vedlegg E.

Deltakerne skulle egentlig deles i team på to og to. På grunn av noe frafall, utskiftning og noen som måtte komme sent, så ble deltakerne delt inn i to grupper i stedet for tre. Dette førte til at det var to diskusjonsgrupper, en med deltakere fra spesialisthelsetjenesten og en med deltakerne fra kommunen. Dette ga dype diskusjoner og tydelige perspektiv med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens generelle synspunkt og erfaringer og kommunens generelle synspunkt og erfaringer. Det førte til at strukturen for dagen ble endret slik at øvelsene tok lenger tid, plenumsdiskusjonen ble sløyfet. I stedet delte de to gruppene en oppsummering til slutt.

Oppgavene deltakerne fikk var først å diskutere problemområdene, som jeg presenterte som hypoteser. Disse er presentert i 4.1.2.1 Smertepunkter. De ble deretter bedt om å drøfte konseptet med utgangspunkt i diskusjonspunkter som er vedlagt i vedlegg E. Dette skulle de til slutt kategorisere i en SWOT-analyse. De fikk så utdelt ark med wireframes der de kunne designe egne skjermbilder og gjøre endringer på konseptet basert på diskusjonen tidligere.

Konseptet er en app med tre brukere. Dette betyr at det er tre inngangspunkter og tre ulike behov. Med kort tidsramme ble hovedfokuset under workshopen å validere konseptet for pasienten

som bruker. Derfor ble det jobbet mest med diskusjon og design av prototypen for pasientsiden av appen. Noen valgte å diskutere behandlerens side av appen, dette var gruppen med spesialister. Kommunikasjon med behandler eller personal ble også diskutert.

4.2.2 Hovedfunn

Det viktigste funnet under samskappingsworkshopen var at konseptet jeg presenterte fikk god respons av ekspertene og ble validert gjennom øvelsene. Funnene i de respektive øvelsene er presentert i hvert sitt punkt under.

4.2.2.1 Hypoteser

Første oppgave gikk ut på å validere hypotesene som reelle problemområder. Her var ekspertene enige i det meste som ble presentert, mens hypotese 1 - møte pasienten hjemme ble avkreftet. Resten av hypotesene ble validert og nyansert gjennom diskusjon i de to teamene. Kommentarer og nyanseringer er presentert på neste side.

Spesialisthelsetjenesten

Hypotese 1 - Møte pasienten hjemme

- Pasienten ønsker ikke nødvendigvis å få behandler hjem til seg, men for behandler kan det være nyttig å observere pasienten hjemme og se hvilke utfordringer de har
- Psykisk helsetjeneste sliter med god relasjon til pasienter
- Pasienten har psykiske lidelser når de er hjemme, ikke når de kommer inn på kontoret
- Noen ønsker ikke å få behandling i hjemmet

Hypotese 2 - Manglende støtte til dagligdagse oppgaver

- Opplevd å hjelpe pasient med å søke tjenester
- Det er et gap i ferdigheter
- Pasienten ønsker å være selvstendig
- Innkalling sendt ut av spesialisthelsetjenesten er utfordrende da den ikke er tilpasset. Det er mye tekst og avansert språk.

Hypotese 3 - Personavhengig kommunikasjon

- Det må være en tydelig ansvarsfordeling. Når en pasient har kommunale tjenester må spesialisthelsetjenesten vite hvem som er ansvarlig og hvem som er kontaktperson

Hypotese 4 - Koordinering av egne tjenester

- Lett og borderline utviklingshemming holder styr på tjenestene selv
- Noen pasienter går alene til fastlegen og skriver de henvisning på pasientens egen beskrivelse
- Koordinator i kommunen jobber ikke på individnivå, de kjenner ikke pasienten eller tjenestene de har



Kommunale tjenester

Hypotese 1 – Møte pasienten hjemme

- Nøytral møteplass er det beste, dagsenter er bedre enn hjemme
- Ute har man rammer man ikke har hjemme
- De setter pris på å få komme inn på kontoret
- Ønsker ofte ikke møter hjemme, føler seg innvadert
- Tror ikke de ønsker å ha besøk hjemme, spesielt ikke fra 2.linjetjenester. Man har ikke mye hjemmehjelp når man har høy fungering.
- God relasjon er viktig

Hypotese 2 – Koordinering av egne tjenester

- Usikkert om det er så tilfeldig hvilke tjenester pasienten får
- Det er et større behov for hjelp enn det kommunen tilbyr
- Har opplevd pasienter som kommer inn som er i psykisk helse, men som etter hvert viser seg å ha utviklingshemming som ikke er plukket opp tidligere

Hypotese 3 – Personavhengig kommunikasjon

- Turnover og kompetanse er reelt. Kompetansen forsvinner ved utskifting av personale.
- Det er en utfordring rundt manglende personale i vernepleierstillinger i kommunen.

Hypotese 6 – Dele observasjoner på tvers av tjenester

- Må ta seg tid til å innhente samtykke fra pasienten
- Det er informasjon som kommer frem på arbeidsplassen som kunne vært viktig (for andre tjenester dersom de ble delt)
- Noen pasienter kan nekte å samtykke
- Noen har ikke tjenester i kommunen, da har de kun behandling i spesialisthelsetjenesten.

4.2.2.2 SWOT-analyse

Andre og tredje oppgave gikk ut på å diskutere konseptet og vurdere potensielle svakheter eller styrker dersom konseptet blir integrert i dagens psykiske helsetjeneste. Diskusjonspunktene ble oppsummert i en SWOT-analyse der deltakerne kategoriserte punktene som styrker, svakheter, muligheter og risikoer. Dette ble derfor grunnlaget for definisjonen av konseptkravene som ble definert etter workshopen, presentert i 5.4 Konseptkrav. Resultatet av SWOT-analysen er presentert under for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunen.

SWOT-analyse: Spesialisthelsetjenesten**Styrker**

1. Delmål og hovedmål
2. Man kan følge med på sykdommen sin
3. Effektiviserer helsetjenesten
4. Persontilpasning
5. Designet med utgangspunkt i denne gruppa

Risikoer

- | | |
|---|---|
| 1. Kan kreve mer arbeid for behandler | 5. Dette er en gruppe som vil prøve å gjøre behandler fornøyd, det kan føre til at de jukser slik at det ser ut som de har gjort mer enn de har |
| 2. Vi vet ikke om det virker før det testes | 6. Personvern, datasikkerhet |
| 3. Pasienten kan muligens klikke utført på oppgaver de ikke har utført | 7. Pasienten kan bli objektivisert |
| 4. Spesialisthelsetjenesten og behandler kan ikke motta masse varsler, det kan ikke være mulig å sende melding direkte og forvente raskt svar | <ul style="list-style-type: none"> • Bryr seg ikke om behandler • Vi vil ikke ha en heldigital helsetjeneste |

Svakheter

1. Logistikk: Kan man feks koble det mot helsenorge?
2. Må regulere meldinger eller ikke sende meldinger

Muligheter

- | | |
|--|---|
| 1. Man kan ha med egevaluering | man gjør de oppgavene man får så skal man bli frisk |
| 2. Ha med en "jeg fikk ikke gjort det" - knapp | 8. Behandler kan legge inn tekst som er påminnelser til pasienten og hva de skal huske på til neste time |
| 3. Utvidet system slik at behandler kan velge ulike typer "behandlingspakker" | 9. Kan legge inn bilder som illustrerer oppgavene |
| 4. Bygge en behandlingsprogram-app for terapeuter der man kan sette mål sammen med pasienten | 10. Egenmonitorering |
| 5. Lage helt skreddersydd behandling | <ul style="list-style-type: none"> • Egen opplevelse av mestring ved oppgavene • Kan feks følge egen behandling på en motivasjonsside |
| 6. At dette reflekteres på pasientsiden: <ul style="list-style-type: none"> • Mine oppgaver • to-do-liste, spesifikk for denne pasienten | |
| 7. En behandling slik at hvis | |

SWOT-analyse: Kommunen

Styrker

- | | |
|---|--|
| 1. Blir brutt ned i konkrete oppgaver | 5. Ikke nødvendigvis oppgaver man gjør hjemme |
| 2. At det er individtilpasset er den største styrken | 6. Viktig å ikke skille seg ut i offentligheten. Å ha det på mobilen gjør at de kan blende inn med resten av befolkningen og ingen ser hva de gjør eller hvilken app de er i |
| 3. De som har autisme kan ha en fordel av å slippe sosiale interaksjoner, også med en chat-funksjon der de kan snakke med personal digitalt | |
| 4. Pasienten slipper støy og mas i forbindelse med | |

Risikoen

- | | |
|---|---|
| 1. Å miste motivasjon er en trussel for hele intervensjonen | men så mister man interesse og slutter å bruke appen |
| 2. Å greie å gjøre en endring til tross for fungering | 7. Belønning kan ikke være noe de allerede kan kjøpe selv |
| 3. Få systemene til å snakke sammen, få informasjonen inn i journalen | 8. Belønning må de bestemme selv, ellers tar det veldig mye tid å kartlegge |
| 4. Kan være enkelt for pasienten å sluntre unna oppgaver | |
| 5. At det blir for komplisert | |
| 6. Kan være gøy en stund, | |

Svakheter

- | | |
|---|---|
| 1. Appen må være koblet opp mot en nettside. De i kommunen kan ikke laste ned alle slags apper på jobbtelefonen | 3. Krever at pasienten har god digital kompetanse og utstyret som trengs (smarttelefon) |
| 2. Krever at pasienten har et eget ønske om bedring | 4. Mye tekst og støy slik appen er utformet i dag |

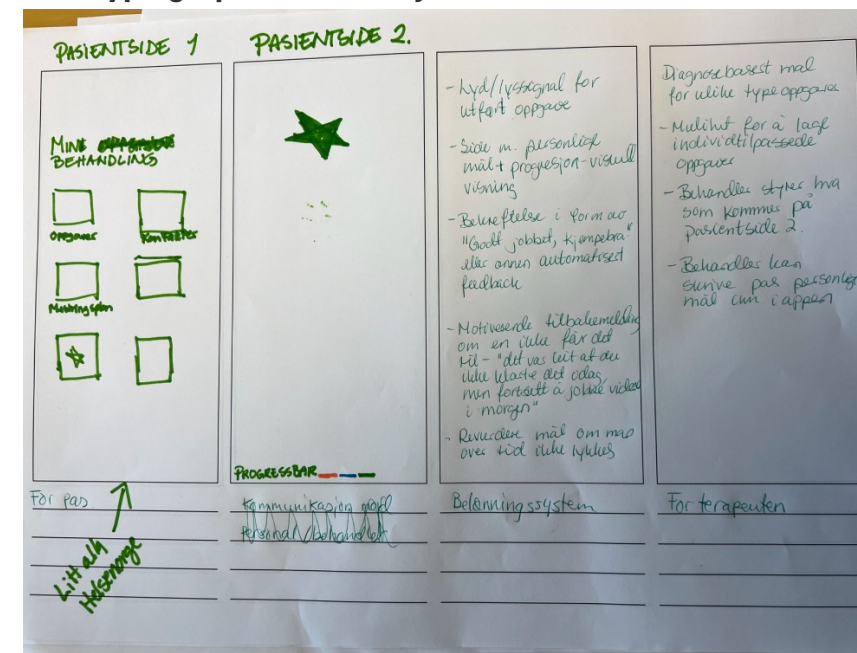
Muligheter

- | | |
|---|---|
| 1. Filmsnutter med psyko-
edukasjon | 7. Noen liker å planlegge, mens andre må ha det steg for steg |
| 2. Man kan legge inn bilder av løste oppgaver som motivasjon | 8. Man kan bytte belønning underveis, eller dele det opp |
| 3. Lyd for påminnelser | 9. Belønning: Kan ta inspirasjon fra treningsklokker eller treningscenter |
| 4. Diagrammer kan være motiverende, ta inspirasjon fra pulsklokker | • I påsken får man ett lodd per trening som gjør at man kan vinne påskeegg, så da trener alle mer |
| • "Du er 20 % unna å nå målet ditt" | • "Hva skjer etter påske?" - Da må man ha en ny konkurranse |
| 5. Man kan legge inn en samtykkeerklæring inne i appen | |
| 6. Justere om pasienten for opp dagsplan, ukesplan, månedsplan basert på individuell tilpasning | |

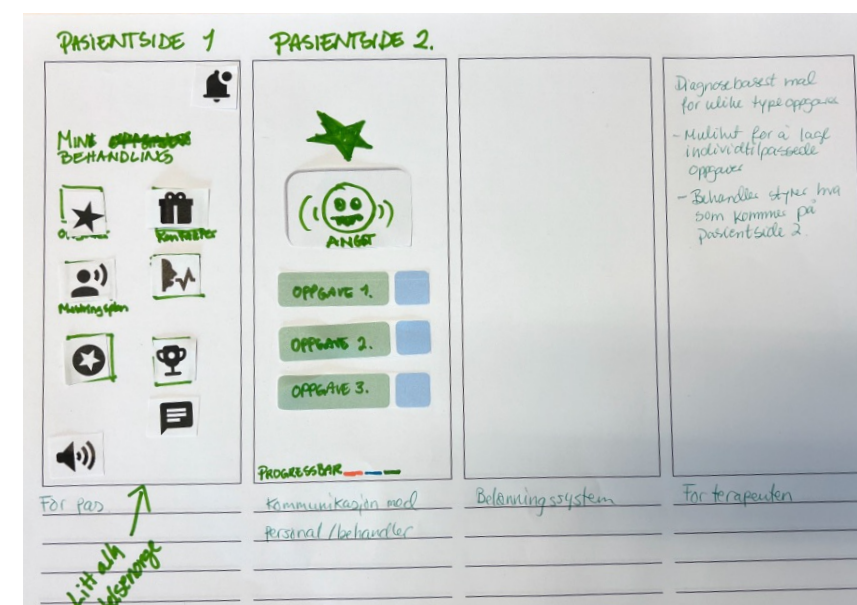
4.2.2.3 Prototyping

Siste oppgave under workshopen var en prototypingsoppgave. Her ble deltakerne bedt om å tegne wireframes til løsningen slik de synes den burde se ut. I denne oppgaven ble alt samlet sammen og kondensert ned til noen konseptkrav som er presentert under analyse. Deltakerne ble bedt om å tegne og fikk utdelt noen ikoner og knapper som jeg hadde klipt ut på forhånd. Likevel var det mye mer tekst og forklaring enn tegninger. Dette kunne blitt unngått ved å starte med noen isbrytnings-øvelser, men dette var det dessverre ikke satt av tid til. Tankene kom likevel frem og ble forklart.

Prototyping: Spesialisthelsetjenesten

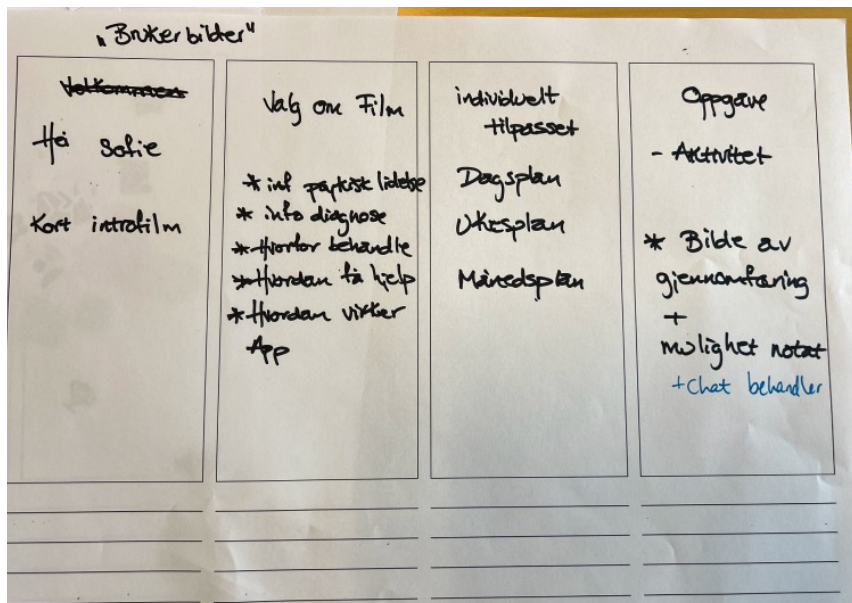


Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

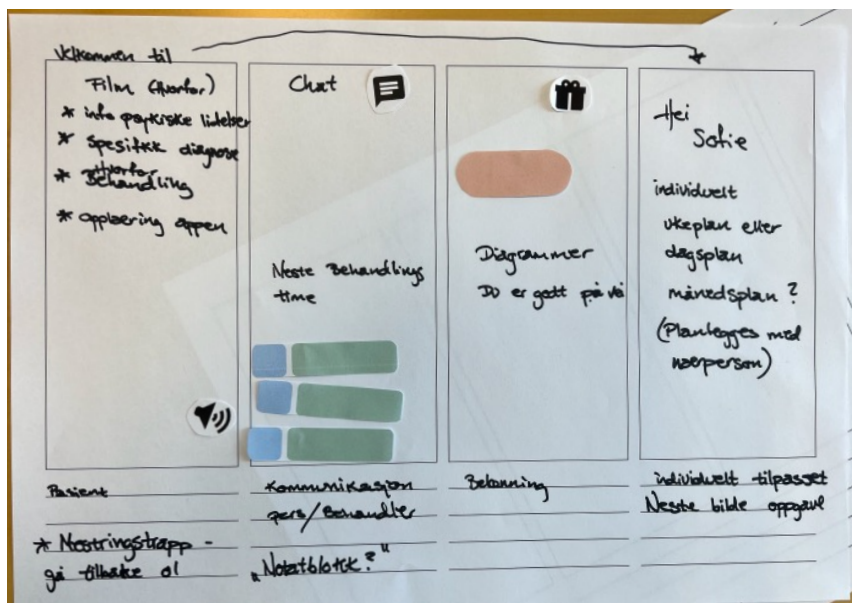


Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

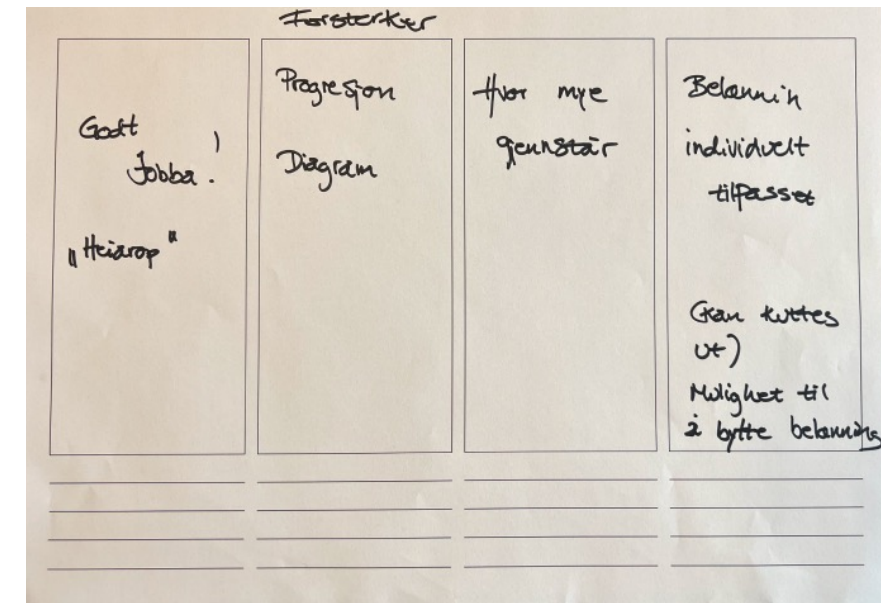
Prototyping: Spesialisthelsetjenesten



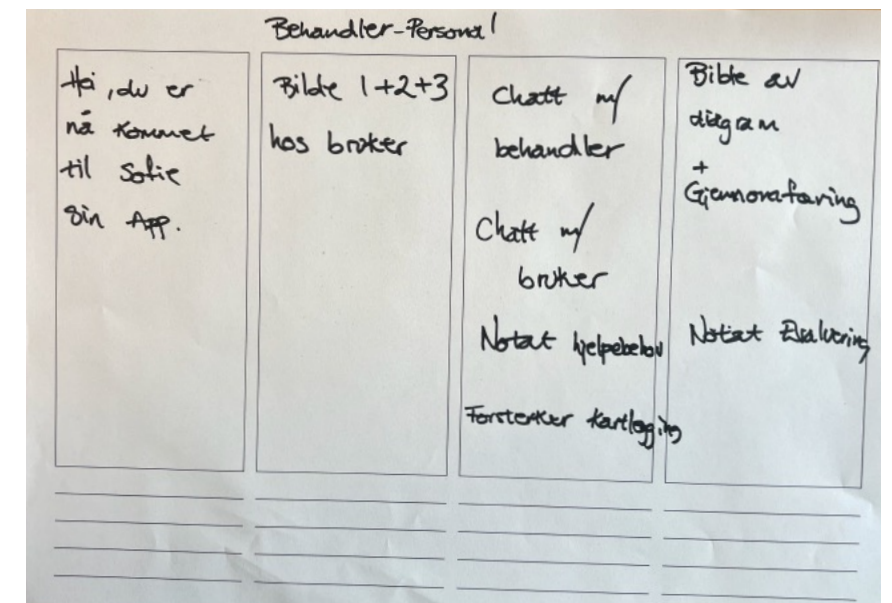
Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

4.2.3 Oppsummering

Samskappingsworkshopen var en svært energigivende og motiverende dag, der eksperter med erfaring og kompetanse på området fikk samlet seg og diskutert. Dette førte til gode diskusjoner og observasjoner som jeg kunne basere problemdefinisjonen min på. Det var svært verdifullt å høre deres tilbakemeldinger på konseptet jeg presenterte, og se hvilke styrker og svakheter de så i dette gjennom SWOT-analysen.

For å oppsummere dagen fikk jeg inntrykk av at ekspertene så potensial i løsningen og at denne har flere styrker og muligheter. At løsningen kan individtilpasses og at den designes med brukeren i fokus er hovedstyrkene som kan trekkes ut. Det er også noen svakheter og risikoer som må tas hensyn til, i hovedsak knyttet til pasientens motivasjon og at det potensielt kan bli mye arbeid for behandler. Dette er risikoer som adresseres senere i tabell 3.

4.2.4 Avvik

Planen jeg hadde satt for dagen fulgte et strengt tidsskjema, da jeg kun hadde mulighet til å sette av 2,5 timer til hele workshopen. Dette var fordi deltakerne er opptatt og har pasienter og viktige arbeidsoppgaver jeg ikke ønsket å stjele tiden bort fra. Å ha lite tid viste seg å bli en utfordring siden deltakerne diskuterte lenge. Jeg valgte derfor å sløyfe plenumsdiskusjonen som var satt til slutten, da deltakerne allerede diskuterte i større team enn det som var planlagt. Det ble en slags plenumsdiskusjon fra start, og teamene kunne heller kort oppsummere det de hadde kommet frem til på tvers av de to teamene til slutt. Det var utfordrende å vurdere tidsbruk når den opprinnelige tidsplanen måtte revideres, men jeg tok løpende vurderinger og spurte deltakerne om innspill underveis. Det endte med at workshopen endte på tiden, så alt i alt ble det vellykket.

Deltakerne delte seg i to team delt inn mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. På grunn av plenumsdiskusjoner valgte de å fordele seg på hvert sitt rom som gjorde det mer utfordrende for meg å observere begge diskusjonene parallelt. Jeg gikk mellom rommene og noterte og ba også deltakerne oppsummere slik at jeg fikk med meg det viktigste. Lærdommene fra dette er at det ikke alltid går etter planen selv om man har brukt tid på å planlegge dagen nøye. Da er det viktig å være god på å holde tiden og ta løpende vurderinger underveis. For å gjøre dette enklere bør man stille deltakerne spørsmål og være tydelig på tidsrammene slik at man kan finne gode løsninger.

4.3 Analyse

Innsikten hentet fra intervjuer og samskappingsworkshop er behandlet og analysert hver for seg. Denne analysen presenteres henholdsvis som et multiaktørkart og som en risikovurdering.

4.3.1 Studie 1: Intervjuer

Gjennom intervjuene lærte jeg mer om hvilke tilbud personer med psykisk utviklingshemming har og hvordan tilbudene er organisert og hvordan de kommuniserer med hverandre. Jeg lærte også mer om spesialisthelsetjenesten og LUP, og hvordan poliklinikken drives. Jeg har gjennom analysen av intervjuene strukturert informasjonen ved hjelp av affinity mapping og trukket ut smertepunkter. Disse presenterte jeg under 4.1.2.2 Smertepunkter. For å forstå hvordan pasientforløpet ser ut for en pasient hos LUP satt jeg opp et multiaktørkart som er presentert på de neste to sidene. Til dette har jeg brukt Multidisciplinary stakeholder framework (Jalote-Parmar, Hara et al. 2023).

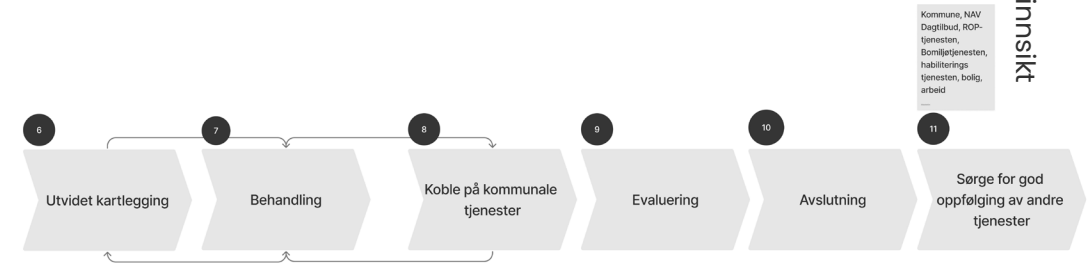
I dette aktørkartet kan man se hvordan hver aktør spiller inn på pasientens brukeresie og opplevelse av spesialisthelsetjenesten. Det var gjennom dette aktørkartet jeg forstod den viktige rollen til kommunen og tjenester tilbudt her. Pasienten trenger et nettverk rundt seg av støtte og omsorgspersoner for å klare seg i hverdagen og for å bli frisk ved eventuell psykisk lidelse. Til tross for dette er et mål for pasienten å være selvstendig. Derfor er det viktig å se på samspillet mellom de tre aktørene, nemlig pasient, behandler og omsorgspersoner.

Multiaktørkart



Pasient			Tilstede ved inntakssamtale, får med brosjyrer hjem	Fyller ut kartleggingskjema	
LUP poliklinikk		Vurderer henvisningen. Pasienten får inntak eller ikke	Intakssamtale med pasient og pårørende	Kartlegging og innhenting av bakgrunnsinformasjon. Deler ut skjema og har samtaler	Tverrfaglig drøfting av pasienter og vurdering om videre utredning
Personal/pårørende	Henviser på vegne av pasient ved behov		Tilstede sammen med pasienten under inntakssamtale og basiskartlegging	Hjelper pasienten med å fylle ut skjemaer og gir informasjon til behandler ved behov	
Kommune	Fanger opp tegn til symptomer, tar kontakt med fastlege	Fastelege skriver henvising til spesialisthelsetjenesten	Følger pasient til første time, oppgir informasjon til hjelp i kartlegging, får opplæring i hjemmoppgaver og veiledning	Følger pasient til første time, oppgir informasjon til hjelp i kartlegging, får opplæring i hjemmoppgaver og veiledning	Mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten

4 Primærinsikt



Pasient		Har samtaler, intervjuer og får behandlingsplan	Går til psykolog, eller får hjemmebesøk. Får hjemmoppgaver som skal gjøres mellom timene	Får hjelp til å søke om bolig, dagsenter, arbeid, eller andre tjenester	Fyller ut evalueringsskjema eller har samtale med behandler	
LUP poliklinikk		Behandlingsplan settes opp og videre kartlegging utføres	Starter behandling med metoder som kognitiv atferdsterapi (CBT), slik som psykoedukasjon, psykoterapi, eksponeringsterapi og medikamentell behandling	Kobler på andre tjenester ved behov. Utfører også veiledning av kommune og bolig	Avsluttende samtale og avslutter behandlingsløpet	Videre veiledning mot kommune og bolig, evt. koble på tjenester
Personal/pårørende			Hjelper til med utføring av hjemmoppgaver ved behov			
Kommune			Er på hjemmebesøk hos pasienten, minner pasienten på hjemmoppgaver, utfører hjemmoppgaver med pasienten (lett funksjonshemming)	Mottar veiledning og organiserer personalgruppa slik at pasienten får den oppfølgingen de trenger (moderat/alvorlig funksjonshemming)		Ønsker kontinuitet for brukeren, fortsette å holde på gode rutiner rundt brukeren. Belønningssystem

4.3.2 Studie 2: Samskappingsworkshop

Hypoteser

Jeg presenterte hypotesene på samskappingsworkshopen, og ba deltakerne analysere disse og diskutere validiteten.

Møte pasienten hjemme

Basert på tilbakemeldingene var det tydelig at hypotese 1 må forkastes, nemlig «Å møte pasienten hjemme». Fra deltakernes erfaring er det klart at pasientene setter pris på å få komme seg ut, samtidig som det er stas å møte opp på kontoret. Det er også en fordel å møte på en nøytral plass, og ikke i noens hjem. For behandlere i spesialisthelsetjenesten kan det være en fordel å observere pasientens hjem for å forstå utfordringene de møter i hverdagen, likevel er det mest hensiktsmessig å ta selve terapitimene på behandlerens kontor.

Disse tilbakemeldingene førte til en ny innsikt, nemlig at pasientene ikke liker å få besøk hjemme, da de føler det kan være påtrengende. Vernepleierne fortalte også at brukere kan oppleve påminnelser og oppfølging som masete. Derfor fortalte de at dersom brukeren kan ha en app der de selv får påminnelser og oppfølging, kan dette fjerne noe av det som oppleves som mas for brukeren. I tillegg vil det spare vernepleiere for unødvendig hjemmebesøk dersom det er mulig å følge opp en bruker digitalt.

Selvstendighet

Diskusjonen rundt å møte pasienten hjemme viste hvor viktig det er for denne gruppen å føle på selvstendighet og mestring. Dette i kombinasjon med at dette er en gruppe som ofte kan bli overvurdert, så disku-

terte de at mange er redd for å «miste ansikt», og å ikke få til ting på egenhånd. De ønsker å være selvstendig, de ønsker å mestre hverdagen, og de vil bli oppfattet som flinke av de rundt seg. Derfor kan mye oppfølging og påminnelser oppleves som masete og det kan få personen til å føle seg nedverdiget. Dette forsterker behovet for at pasienten kan ha en app på sin egen mobiltelefon, for å kunne utføre øvelser i behandlingsplanen på egen fritid uten å skille seg ut offentlig. Det setter også krav til at appen møter pasientens nivå og er såpass individuelt tilpasset at pasienten føler på mestring når de utfører oppgavene.

Møte pasienten hjemme

- Jeg trodde basert på innsikt fra intervjuer at det beste for pasienten var å være i behagelige omgivelser og å slippe reise ut. Diskusjonene rundt dette punktet oppklarte at dette ikke nødvendigvis stemmer. Det som stemmer er at det kan være fint for behandlere i spesialisthelsetjenesten å observere miljøet til pasienten.
- Å møte pasienten hjemme er ikke alltid det pasienten vil. Det kan være store positive fordeler ved å møte pasienten på et nøytralt sted. Pasienten kan også sette pris på å bli innkalt til kontoret, for å komme seg ut og de kan føle seg mer viktige.
- For spesialisthelsetjenesten kan det være positivt å se pasienten i deres hjem, da de kan forstå bedre kontekst og utfordringene de møter i hjemmet.

Mangler støtte til dagligdagse oppgaver

- Opplevd å hjelpe pasienten med å søke tjenester.
- Det er et gap i ferdigheter
- Ønsker å være selvstendige
- Innkallingene sendt ut av spesialisthelsetjenesten er utfordrende på grunn av mye tekst og vanskelig språk.

Personavhengig kommunikasjon

- Det må være en tydelig ansvarsfordeling mellom tjenesteytere. Når en pasient har kommunale tjenester må spesialisthelsetjenesten vite hvem som er ansvarlig og hvem som er kontaktperson for de ulike tjenestene.
- Turnover og kompetansetap er reelt. Kompetansen forsvinner ved utskifting av personal.

Koordinering av egne tjenester

- Lett og borderline utviklingshemming holder styr på tjenestene selv
- Noen pasienter går alene til fastlegen og skriver da henvisning basert på pasientens beskrivelse
- Koordinator (i kommunen) jobber ikke på individnivå. De kjenner ikke pasienten eller tjenestene de har.
- Overvurdering av pasientens forståelse
- En gruppe som ønsker å beholde ansikt, redd for å stille spørsmål eller virke dumme
- Ønsker å være selvstendige

Dele observasjoner på tvers av tjenester

- Må ta seg tid til å innhente samtykke, da mangel på samtykke kan være et hinder da noen nekter å samtykke.
- Nyttig informasjon kommer frem på arbeidsplassen, dette kunne vært viktig for andre tjenester dersom disse ble delt.
- Noen har ikke tjenester i kommunen, da har de kun behandling i spesialisthelsetjenesten.

SWOT-analyse

Resultatet fra SWOT-analysen har jeg analysert og presentert som en risikovurdering i tabell 3 på neste side.

Risiko	Løsning
At pasienten ikke er interresert • Krever at pasienten er interresert i å bli bedre, og interresert i å legge inn innsatsen som kreves.	Behandler må jobbe aktivt for å informere og vise viktigheten av intervensjonen. Pasienten må forstå hvorfor de skal utføre oppgavene og hva de får igjen for å gjøre dem.
Krever utstyr (mobiltelefon) og digital kompetanse.	Fokusere på en målgruppe med unge voksne, slik at det er stor sannsynlighet for at brukeren har mobiltelefon og digital kompetanse til å bruke apper.
Kan kreve mer arbeid for behandler.	Må passe på at løsningen ikke fører til forvirring eller spørsmål til tekniske utfordringer.
Vi vet ikke om det virker før det testes.	Teste løsningen underveis og ofte. Geriljatesting og brukertesting på målgruppa før utvikling og produksjonssetting.
Pasienten kan muligens klikke utført på oppgaver de ikke har utført.	Passe på at pasienten føler et behov for forbedring og mestring, at man skal ønske å utføre oppgavene. Må også være mulig å følge opp pasienten slik at man fanger opp eventuelle oppgaver som ikke utføres.
Spesialisthelsetjenesten og behandler kan ikke motta masse varsler, det kan ikke være mulig å sende melding direkte og forvente raskt svar.	Ikke ha chat-funksjon, eller ha enten enveiskommunikasjon eller en klar forventning om at meldinger ikke svares på umiddelbart.

Personvern, datasikkerhet.	Må tas hensyn til ved utvikling av appen ved å følge lovverk og retningslinjer for datasikkerhet. Et område for utviklere.
Pasienten kan bli objektifisert. • Bryr seg ikke om behandler. • Vi vil ikke ha en heldigital helsetjeneste.	Det er viktig at appen er et supplement til behandling sammen med terapeut. Behandler må utvikle en relasjon til pasienten før appen tas i bruk. Arbeidsrelasjonen er opp til behandler.
Å miste motivasjon er en trussel for hele intervensjonen. Kan være gøy en stund, men så mister man interesse og slutter å bruke appen.	Ta inspirasjon fra andre apper og treningsklokker. Hvordan kan man holde på brukeren og motivere gjennom belønninger, konkurranse, mål og lignende.
Å greie å gjøre en endring til tross for fungering.	At behandlingen er individtilpasset skal sørge for at pasienten får oppgaver tilpasset sin fungering.
Få systemene til å snakke sammen, få informasjonen inn i journal.	Et problem for utviklere.
At det blir for komplisert.	At behandlingen er individtilpasset skal sørge for at pasienten får oppgaver tilpasset sin fungering.
Belønning kan ikke være noe de allerede kan kjøpe selv, belønning må de bestemme selv.	Se på belønning som brukes i treningsapper og helseapper heller enn fysiske belønninger som man kjøper.

Tabell 3: Risikovurdering basert på SWOT-analyse

4.3.3 Oppsummering

Samskappingsworkshopen var en svært energigivende og motiverende dag. Ved å samle eksperter på området og la dem diskutere fikk jeg som designer uvurdelig innsikt i problemstillingen. I tillegg ble diskusjonene gode fordi ekspertene har kompetanse på ulike områder. Det var svært verdifullt å høre deres tilbakemeldinger på konseptet jeg presenterte, og høre hva de ville gjort annerledes. Samskappingsworkshopen danner grunnlaget for konseptkravene og hva løsningen må inneholde for å kunne bli tatt i bruk i praksis. Risikopunktene må adresseres, og løses eller unngås i løsningen.

Det kom frem at noen hypoteser må revideres og forkastes. Spesielt gjelder dette hypotesen om å "møte pasienten hjemme". Her lærte jeg at pasienten helst ikke vil få behandling hjemme, men har godt av å komme ut i et nytt miljø. Det er derimot slik at behandlere i spesialisthelsetjenesten kan ha nytte av å se pasienten i hjemmemiljøet, for å forstå utfordringene de kan møte i hverdagen. Derfor oppfordres det til at behandlere drar på hjemmebesøk for å bli bedre kjent med pasienten.

For å oppsummere validerte ekspertene nytten til konseptet, og presenterte forslag til å forbedre verdien. Både behandlere og omsorgspersonell så nytten og verdien av å ha et slikt digitalt hjelpemiddel, også for pasientens del. Derfor kan jeg bygge videre på ideen om et digitalt verktøy, og implementere de foreslåtte endringene.

4.4 Retning

Basert på problemområdene er det tematisk overvekt på at det er viktig å øke pasientens selvstendighet og følelse av mestring i eget liv, selv med

lite oppfølging fra tjenester. Under samskappingsworkshopen gjennomført med eksperter fikk jeg validert at konseptet ville vært nyttig. Risikoer som ble avdekket må bli tatt hensyn til. Derfor velger jeg å gå videre med konseptet «Digital selvhjelpstjeneste for personer med utviklingshemming som et supplement til behandling for sosial angst.», og jeg vil videreutvikle dette basert på tilbakemeldinger gitt under samskappingsworkshopen.

05

Problemformulering

Før prosjektets start reflekterte jeg rundt hvordan jeg ønsket å avgrense oppgaven. Med veiledning fra bi-veileder kom vi frem til at det som mangler i dag er å få inn perspektivene til de med nedsatt kognitiv fungering. Dette gjelder i alle ledd. Derfor var min opprinnelige problemformulering «Hvordan kan vi inkludere perspektivene til unge med nedsatt kognitiv fungering i psykiske helsetjenester?». Dette har jeg utforsket gjennom intervjuer og en samskapningsworkshop. Etter denne innsiktsfasen har forskningsspørsmålet blitt tydeligere definert.

- 106 Brukergruppe
- 110 Pasienten
- 112 Behandleren
- 116 Omsorgspersonen
- 118 "Hvordan kan vi"-påstand
- 118 Konseptkrav

5.2 Brukergruppe

Oppgaven skal løse problemer avdekket under innsiktsarbeidet. Det vil være fokus på å løse utfordringene som i dag oppleves av pasient, behandler og omsorgspersoner.

5.2.1 Primærbruker - Pasienten

Personer med nedsatt kognitiv fungering som bor for seg selv eller som bor hjemme med foreldrene vil være primærbrukerne av løsningen og målgruppen for prosjektet. Personer med lett utviklingshemming trenger ikke like mye bistand i hverdagen som personer med mer alvorlig utviklingshemming (Myhr, Kongsgård et al. 2022). Dette kan føre til at personer med lett utviklingshemming får for lite hjelp og oppfølging. Personer med lett utviklingshemming kan i stor grad leve selvstendige liv, og dette er et ønske og mål for de fleste. Likevel trenger alle mennesker et godt støttenettverk rundt seg. For personer med utviklingshemming er dette nettverket mindre enn hos andre. Derfor kan digitale verktøy og hjelpemidler bidra til å støtte som et supplement til omsorgspersoner. Jeg har valgt å fokusere på personer med lett utviklingshemming i alder 15-29 år som har timebaserte tjenester. Det vil si at de mottar tjenester noen timer i uka, og har ikke daglig oppfølging. Dette kan være personer som bor hjemme hos foreldrene, fordi de ikke er gamle nok til å flytte hjemmefra, eller personer som bor for seg selv. Her vil det være et skille i spesialisthelsetjenesten om personen mottar tjeneste fra BUP eller psykisk helse for voksne, men innholdet i behandlingen vil være lik.

5.2.2 Sekundærbruker - Behandleren

Behandlere i spesialisthelsetjenesten vil være sekundærbrukere av løsningen. Det er behandlere som skal administrere løsningen, og programmere behandlingsplaner som er individuelt tilpasset pasienten. I dag tilpasser behandlere øvelser fra kognitiv atferdsterapi for å passe målgruppen. Pasienten får utdelt øvelsene på ark i en perm som de tar med seg hjem. Arkene skal fylles ut og tas med tilbake. Dette kan ofte bli glemt. Derfor må behandler ha ekstra ark tilgjengelig dersom de må fylle ut disse sammen med pasienten. Dersom behandler kunne individtilpasset behandlingen digitalt ville pasienten sluppet å huske permen fra time til time. I tillegg kan behandler etter hvert bygge opp en database der de kan plukke ferdige behandlingsplaner basert på pasientens fungering og deres diagnose.

5.2.3 Tertiærbruker - Omsorgspersonen

Personer med utviklingshemming er avhengig av støtte fra omsorgspersoner. Derfor vil tertiærbrukeren være omsorgspersoner som følger opp pasienten utenfor behandlingen. Omsorgspersoner kan være foreldre eller andre pårørende, eller det kan være værnepleiere og personell i kommunale tjenester. For å følge opp pasienten kreves det i dag at omsorgspersonene drar hjem til pasienten. For pasienten kan dette føles inntrengende, særlig hvis det er snakk om personell de ikke har en nær relasjon til. Ved å sende oppdateringer om pasientens fremgang digitalt kan omsorgspersonen spare unødvendige besøk, og heller fokusere på å ha det hyggelig og oppmuntre pasienten for deres fremgang når de møtes.

Pasienten

Julie

Julie er en 15 år gammel jente som sliter med sosial angst. Hun har også generelle lærevansker og mottar spesialundervisning i engelsk og matte på skolen. Julie henger litt etter faglig på de fleste områder. Til tross for disse utfordringene klarer hun seg greit på skolen. Hun har spesielt vansker med å forstå komplekse ord og setninger, noe som påvirker henne både på skolen og hjemme når hun mottar instruksjoner.

Om Julie

- Navn: Julie
- Alder: 15 år
- Psykisk lidelse: Sosial angst
- Utviklingshemming: Lett
- Tilleggslidelser: Nei
- Bosituasjon: Hos foreldrene
- Bistand: Ingen
- Tjenester: Tilrettelagt undervisning

Sosiale utfordringer

Julie strever med å delta i sosiale situasjoner både på skolen og på fritiden på grunn av sin sosiale angst. Selv om hun har noen venner, holder hun seg mye for seg selv i skoletiden. Hjemme tilbringer hun mye tid alene. Når venner kontakter henne, sier Julie ofte at hun vil være med. Så ender hun opp med å ikke dra likevel. Derfor kontakter vennene henne sjeldnere nå. Når Julie en sjelden gang deltar i aktiviteter med venner, går det greit, men hun overtenker ofte i etterkant hva hun gjorde og bekymrer seg for om hun dummet seg ut. Hun har lett for å føle seg flau og bekymrer seg for at andre legger merke til dette, noe som fører til at hun trekker seg tilbake og blir stille i sosiale situasjoner.

Familieforhold og støtte

Julies foreldre prøver å støtte henne så godt de kan, men det oppstår også konflikter fordi de ønsker å oppmuntre henne til å møte venner og delta i sosiale aktiviteter. På et møte med foreldre og klassekontakt blir de enige om at Julie skal få en time hos fastlegen for henvisning til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

BUP-undersøkelse

På BUP blir Julie undersøkt for angst og depresjon på grunn av tendensen hennes til å isolere seg, og bekymringene hun har. Undersøkelsen gjennomføres med kartleggingsverktøy og samtaler som legger vekt på å bruke enkle ord og visuell støtte for å gjøre det lettere for Julie å forstå og uttrykke seg. Resultatene av undersøkelsen viser at Julie har sosial angst. I de neste samtalene med Julie arbeides det med mål hun har som er viktig for henne. Målene deles i oppgaver med gradvis økende vanskelighetsgrad. Vanskelighetsgraden bestemmes av hvor angstprovoserende oppgavene er for henne.

Behandleren

- **Navn:** Dr. Kari Hansen
- **Tittel:** Psykolog og Spesialist i Psykisk Utviklingshemming
- **Beskrivelse:** Dr. Kari Hansen er en behandler i spesialisthelsetjenesten som kombinerer ekspertise innen både psykologi og psykisk utviklingshemming. Hun jobber i en poliklinikk med behandling av personer med nedsatt kognitiv fungering.

Arbeidsmetoder og strategier:

- **Tett samarbeid med pårørende og personal:**
Dr. Hansen bygger relasjoner med pasientens nettverk gjennom veiledning mot kommunen.
- **Individuell tilpasning:**
Hun tilpasser sine metoder basert på den enkelte pasients behov og utfordringer, og bruker kreative løsninger når standardmetoder ikke er tilstrekkelige.
- **Videreutdanning:**
For å kompensere for det tynne kunnskapsgrunnlaget, er Dr. Hansen stadig på jakt etter ny forskning og deltar jevnlig i kurs og seminarer for å holde seg oppdatert.

Begrenset kunnskapsgrunnlag

- "Det er ekstremt tynt kunnskapsgrunnlag. Vi har ikke mye å støtte oss på av tidligere forskning."
- Dr. Hansen jobber innenfor et felt hvor det finnes svært lite forskning. Dette betyr at hun ofte må manuelt tilpasse behandlingssmetoder til sine pasienter.

Involvering av pårørende og personal

- "Det er ikke alltid like enkelt å involvere pårørende eller personale."
- Hun møter på utfordringer med å engasjere pårørende og personalet rundt pasienten, som er essensielle for å gi helhetlig omsorg og støtte.

Avhengighet av observasjoner

- "Man er veldig avhengig av observasjoner fra pårørende eller personal. Vi får jo et veldig lite snitt av livet deres når vi ser dem i poliklinikk."
- Dr. Hansen er svært avhengig av eksterne observasjoner fra pårørende og personal for å få et fullstendig bilde av pasientens tilstand. Dette er spesielt viktig innen psykisk utviklingshemming hvor pasientenes selvrapportering kan være begrenset.

Motivasjonsutfordringer hos pasientene

- "Noen pasienter er jo henvist av andre... De er kanskje ikke så motivert til å gjøre undersøkelser eller til å starte behandling."
- En betydelig utfordring er å arbeide med pasienter som kanskje ikke selv har ønsket behandling, men som er henvist av andre, noe som kan påvirke deres motivasjon og samarbeidsevne.

Ansvar for hjemmeoppgaver

- "Den største utfordringen er når det er pasienter som greier seg selv... da kan de fort bli glemt."
- Å sørge for at pasientene følger opp hjemmeoppgaver kan være krevende, spesielt når de er ansvarlige for sin egen hverdag og oppfølging av behandlingsverktøy.

Psykoedukasjon

- "Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten fordi det kan hjelpe andre med å forstå pasienten og det kan hjelpe pasienten rundt å få en forklaring på hvorfor de har det vanskelig."
- Dr. Hansen bruker psykoedukasjon som et viktig verktøy for å øke forståelsen både hos pasientene selv og deres omgivelser, noe som kan forbedre den samlede behandlingsprosessen.

Behandlingsplan for Julie

Julie har sosial angst og skal bli frisk gjennom eksponeringsterapi. Da benyttes det eksponeringsøvelser med gradvis økende vanskelighetsgrad.

Eksponeringsøvelser:

Mellom timene hos behandler skal Julie gjennomføre øvelser. Disse planlegges under timene på poliklinikken, og øker i vanskelighetsgrad utover behandlingsløpet.

Enkle øvelser:

1. Rolige situasjoner med venner, for eksempel å sitte sammen og snakke i små grupper.
2. Deltakelse i rolige aktiviteter i klasserommet, for eksempel å lese oppgaver høyt for klassen.
3. Se på kino alene eller med familie.
4. Besøke et kjøpesenter uten å måtte kjøpe noe.

Middels vanskelige øvelser:

1. Delta i samtaler med flere mennesker i friminuttet.
2. Svare på spørsmål i klasserommet uten å føle på for mye press.
3. Gå på kino med en liten gruppe venner.
4. Gå til et kjøpesenter og prøve å snakke med en butikkmedarbeider.

Vanskelige øvelser:

1. Initier samtaler med ukjente personer i friminuttet.
2. Delta i klassesamtaler og frivillige presentasjoner.
3. Organisere en kinotur med en større gruppe venner.

Mål for behandlingen til Julie

Deltakelse med venner i friminuttet

Rekke opp hånden og svare på spørsmål i klasserommet

Gå på kino og senter med venner

Vernepleieren

- **Navn:** Inger Johansen
- **Tittel:** Vernepleier
- **Beskrivelse:** Inger Johansen er vernepleier og jobber med personer med psykisk utviklingshemming. Hennes arbeid handler om å støtte og bistå brukerne.

Arbeidsmetoder og strategier:

- **Dokumentasjon:**
Inger sørger for nøye dokumentasjon av alle observasjoner og tiltak i brukerens journal. Slik kan informasjonen lett videreføres til nye ansatte, eller andre relevante tjenester.
- **Brukermedvirkning:**
Inger legger stor vekt på å involvere pasienten i beslutningsprosesser og sikre at de får uttrykke sine behov og preferanser, noe som øker deres motivasjon og tilfredshet med omsorgen.
- **Omsorgsperson:**
Mye av arbeidet til Inger går ut på å berolige brukeren gjennom samtaleterapi og å fungere som en omsorgsperson i livet deres. Dette gjelder å bistå der det trengs, om det er å lese brev eller ta med brukeren ut på tur for fysisk aktivitet.

Informasjonsflyt og kontinuitet

- "Det er ikke sikkert informasjonen og relasjonen mellom personal og pasient blir videreført dersom personalet slutter."
- Inger står ofte overfor utfordringer med å sikre at viktig informasjon om pasienten blir videreført ved personalendringer, noe som kan påvirke kontinuiteten i omsorgen og relasjonen til pasienten.

Tilfeldige kommunale tilbud

- "Det kan bli tilfeldig hva slags hjem pasienten kan få av kommunen da det avhenger av hva kommunen tilbyr og dette er individuelt for hver kommune."
- Kommunale tilbud kan variere betydelig, noe som kan føre til at pasienten får forskjellige omsorgsnivåer basert på hvor de bor, noe som skaper usikkerhet og inkonsistens i omsorgen.

Manglende deling av observasjoner

- "Det er nyttige observasjoner vi ikke får delt med andre tjenester, som de kunne dratt nytte av."
- Observasjoner gjort av omsorgspersoner blir ofte ikke delt med andre relevante tjenester, noe som kan hindre en helhetlig forståelse og behandling av pasienten.

Daglige praktiske hjelpebehov

- "De ansatte på arbeidsplassen er viktige å ha... De kan bli spurt om hjelp til å lese brev, søke om voksenopplæring, kjøre til byen og lignende."
- Hun bistår med en rekke praktiske oppgaver som å lese post, fylle ut skjemaer, og andre daglige aktiviteter som pasienten ikke klarer selv.

Samsvarende tiltak ved tilbakefall

- "Man kan oppleve tilbakefall i psykisk helse på arbeidsplassen... Da må man ha samtykke fra brukeren om å ringe inn om deres tilstand til en annen tjeneste."
- Ved psykiske tilbakefall på arbeidsplassen er det nødvendig å koordinere med psykisk helse, men dette krever ofte samtykke fra brukeren, noe som kan komplisere og forsinke prosessen.

Begrenset sosialt nettverk

- "Mange har et lite nettverk."
- Inger jobber ofte med personer som har et begrenset sosialt nettverk, noe som gjør hennes rolle enda viktigere for pasientens sosiale og emosjonelle velvære.

5.3 “Hvordan kan vi-påstand”

Jeg har definert noen forskningsspørsmål for å måle om løsningen svarer på det jeg ønsker å oppnå. Denne påstanden skal romme de problemene jeg ønsker å adressere.

5.3.1 Før samskappingsworkshop

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med nedsatt kognitiv fungering og psykiske lidelser, samtidig som vi forbedrer kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen?

5.3.2 Etter samskappingsworkshop

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?

5.4 Konseptkrav

Resultatene fra samskappingsworkshopen brukte jeg til å sette opp en MoSCoW-analyse som danner grunnlaget for konseptkravene til løsningen.

5.4.1 Må

- Lyd for påminnelser
- At det er individtilpasset er den største styrken
- Blir brutt ned i konkrete oppgaver

- Designet med utgangspunkt i denne gruppa
- Delmål og hovedmål
- Oppmuntrende støtte

5.4.2 Burde

- Kan legge inn bilder som illustrerer oppgavene
- Ha med filmsnutter med psykoedukasjon
- Man kan legge inn en samtykkeerklæring inne i appen
- Justere om pasienten får opp dagsplan, ukesplan, månedsplan basert på individuell tilpasning
- Belønning: Kan ta inspirasjon fra treningsklokker eller trenings-senter
- Ha det på mobilen gjør at de kan blende inn med resten av befolkningen og ingen ser hva de gjør eller hvilken app de er i.

5.4.3 Kan

- Man kan ha med egevaluering
- Ha med en “jeg fikk ikke gjort det-knapp”
- Behandler kan legge inn tekst som er påminnelser til pasienten og hva de skal huske på til neste time
- Man kan legge inn bilder av løste oppgaver som motivasjon
- Utvidet system slik at behandler kan velge ulike typer behandlings“pakker”.

5.4.4 Burde ikke

- Oppjustere nivå ved gode prestasjoner/gode perioder, belønning og forventning burde holdes på samme nivå med mindre behandler bestemmer noe annet

06

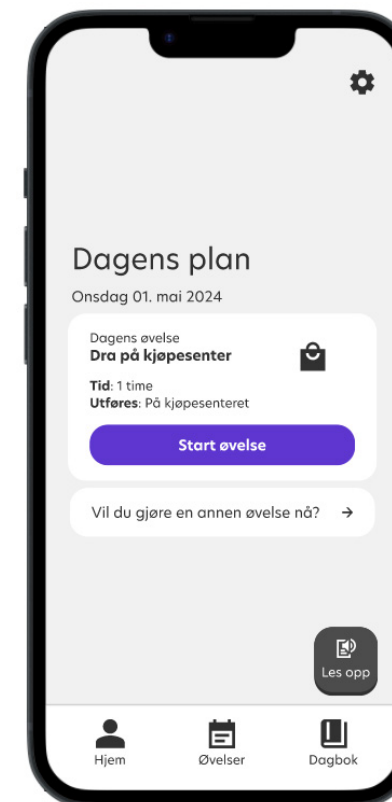
Designkonsept

Det ferdige konseptet er en selvhjelpsplattform der pasienter kan utføre øvelser som tilpasses og utdeles av behandler basert på pasientens kognitive fungering og psykiske lidelse. Appen er tredelt med tanke på at pasienten har en inngang via innlogging i appen, behandlere i spesialisthelsetjenesten har inngang ved å individtilpasse innholde pasienten får opp i appen og personal i kommunale helsetjenester kan følge opp pasientens fremgang.

124	Designvalg
128	Løsning
129	Site map
130	Prototype

iSpi

Inventorium for støttet psykologisk intervensjon

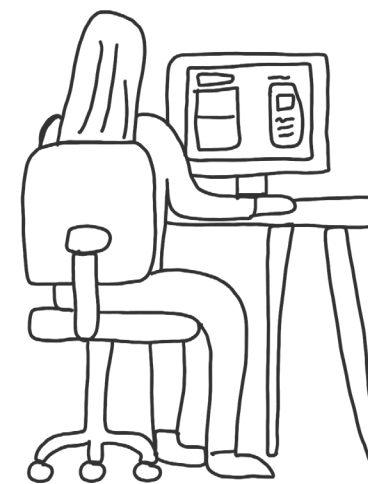


<https://www.figma.com/proto/0qodX-PJMEQ9NixitLmj1Ej/Master?page-id=722%3A4381&node-id=769-4342&viewport=-143%2C446%2C0.19&t=sSyLuKX-vDUYOGjwn-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=722%3A4449&show-proto-sidebar=1>

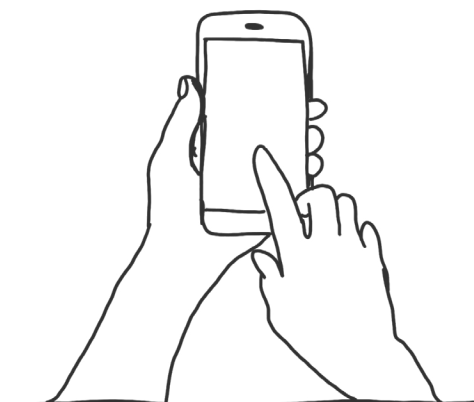
Brukerflyt



Pasient får tilpasset innhold



Behandler legger inn oppgaver og innhold dynamisk



Omsorgspersonen følger opp pasient

6.1 Designvalg

I løsningen er det tatt viktige designvalg for å gjøre løsningen brukervennlig for målgruppen. En oversikt over designelementer er presentert i tabell 4. Designvalgene jeg har tatt underveis i utviklingen av løsningen er presentert i tabell 5. I presenteringen av designkonseptet under 6.2 vises hvor de ulike designvalgene er implementert i løsningen.

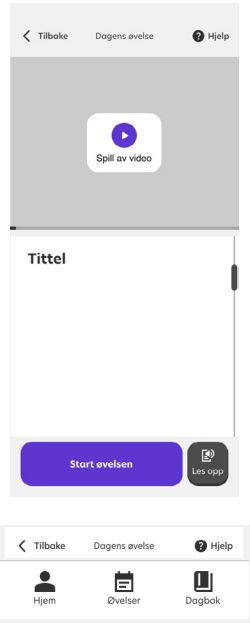
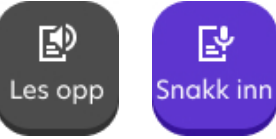

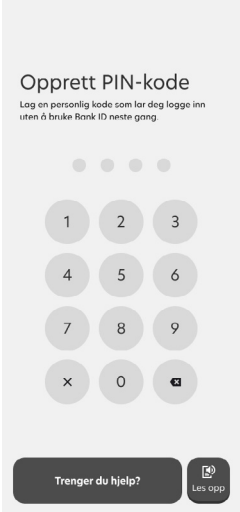

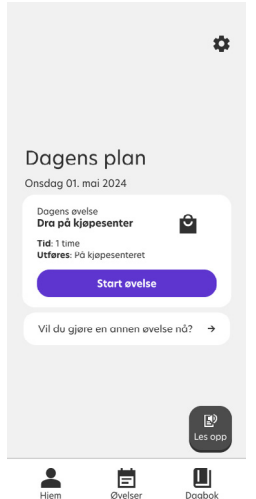
6.1.2 Oversikt over designvalg

Motivasjon	Vise fremgang
	Widgets med påminnelser
	Vise resultater ved å bruke grafer
	Oppmuntre til å gjennomføre ekstra oppgaver og anbefalte øvelser i tillegg til vanlige
	Legge inn at man kan dele gjennomførte øvelser med familie
Innhold	Alt av innhold er nøye utvalgt
	Ingenting kan være overflødig
	Man har en behandlingsplan, delt opp i bolker. Det viktigste å ha med er innholdet i denne. Hvordan få personen til å jobbe mot å bli frisk? <ul style="list-style-type: none"> Dele opp bolkene i helt konkrete oppgaver knyttet til delmål som er knyttet til hovedmålet. Poenget er at ved å utføre de konkrete oppgavene skal man bli frisk
	I tillegg er det nødvendig med oppmuntrende elementer for å motivere brukeren til å bruke appen
	Innholdet styres i stor grad av behandlingsplanen som settes av psykolog, designmessig gjelder det å presentere denne planen på en hensiktsmessig måte

Brukergrensesnitt	Vise innholdet gradvis, kun eksponere brukeren for det som er relevant i det tidspunktet de ser på appen. Aldri ha med overflødig informasjon eller elementer
	Ha en layout som er gjennomgående. Bygge opp moduler ut fra en mal
	Alltid beholde kontekst rundt det brukeren ser på og siden de er inne på
	Ha farger som passer målgruppen, fokus på sterk kontrast for de som trenger det. Følge WCAG
	Font med god lesbarhet
	Navigasjon må følge samme mønster gjennomgående
	Ha store gode knapper som er enkle og treffsikre
	Lesehjelp på samme plass hele tiden Tre alternativer
Informasjonsarkitektur	Ikke animasjoner
	Ikke pop-ups
	Appens struktur skal være enkel, forutsigbar og brukervennlig
	Den første skjermen man kommer til er dagen i dag, ikke for eksempel fremgang slik som er vanlig i andre apper med gamifiseringselementer <ul style="list-style-type: none"> Det er viktig at brukeren blir presentert med sine konkrete oppgaver og det de skal fokusere på her og nå. De må ikke navigere inne i appen for å finne frem til det de skal gjøre
	Oppgaver og konkrete øvelser har fått størst prioritet i appen. Samtidig er det viktig at fremgang vises og minner brukeren på at man kan jobbe aktivt for å klatre opp i nivåer. Derfor må fremgang være svært tilgjengelig og henge sammen med oppgavene
	Mindre viktige elementer blir da dagbok og psykoedukasjon, samt mål. Disse blir prioritert under konkrete oppgaver og fremgang

Tabell 4: Oversikt over designvalg

6.1.3 Designvalg

Designelement	Løsning	Teoretisk grunnlag
Layout og navigering		<p>Det er viktig at layout og navigasjon følger samme mønster gjennom tjenesten. Brukeren skal presenteres med relevant informasjon på et ryddig oppsett. Navigeringen skal være intuitiv og det skal være enkelt å finne frem til ønsket sted, og å gå tilbake.</p> <p>(Feng, Lazar m.fl. 2010, Dekelver, Kultsova m.fl. 2015, Pavlov 2014).</p>
Hjelpemidler		<p>Støtte for å få tekst opplest for de som ikke kan lese, eller har behov for støtte. Støtte for å lese inn tekst for de som ikke vil skrive, eller for de med motoriske utfordringer.</p>
Font og farger	<p>New Hero Regular New Hero Bold</p> 	<p>Font med god lesbarhet (sans serif), farger som har AAA standard kontrast.</p>
Enkel innlogging		<p>Noen med nedsatt kognitiv fungering har verget. Da har man ikke tilgang på for eksempel Bank ID som er den vanligste påloggingsmetoden for sikker innlogging.</p>
Tre alternativer		<p>Basert på brukertesting med målgruppen har det kommet frem at tre alternativer er sterkt foretrukket over fem eller andre antall.</p> <p>(Fang, Fleck m.fl. 2011, Power, Green m.fl. 2010, Dagnan, McEvoy m.fl. 1995)</p>
Relevant informasjon		<p>Kun ha med informasjon og elementer som er relevant. Ha få elementer per side.</p>

6.1.3 Designvalg

Designelement Løsning

Enkelt språk

Gå på kjøpesenter

Hvordan

- Dra til nærmeste kjøpesenter
- Gå inn i en butikk du liker
- Gå rundt i butikken og se på tingene uten å kjøpe noe

Hvor ofte

- Jo oftere du gjør dette, jo enklere blir det. Du vil føle deg tryggere for hver gang.

Hvorfor

- Å dra på kjøpesenteret selv om det kan være skummelt gjør at det etter hvert blir enklere å dra til ukjente steder på egenhånd.

Teoretisk grunnlag

Bruk enkelt språk slik at de med kommunikasjonsutfordringer forstår. Forenkle ord og setninger som inneholder komplekse formuleringer eller fagspråk.

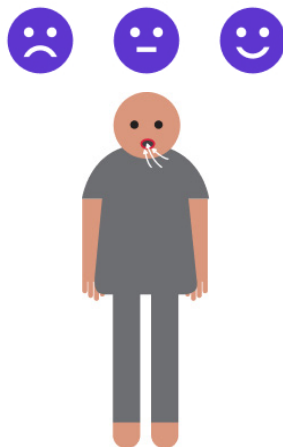
(Bell, Tonkin m.fl. 2018, Finlay og Lyons 2001, Finlay og Lyons 2002, Gjertsen 2019)

Beholde kontekst



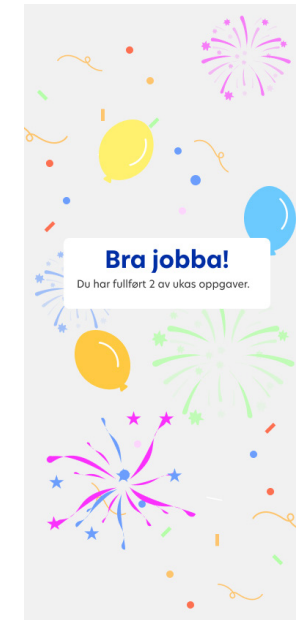
Alltid vise kontekst gjennom bilder eller overskrifter, slik at brukeren raskt kan fange opp denne igjen dersom den blir glemt. Bruk visuell støtte til tekst.

Visuell støtte



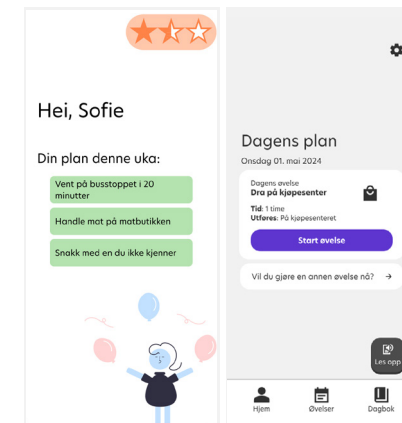
Bruke ikoner som helt spesielt illustrerer det man vil presentere. Bruke enkle videoer eller bilder for å gi ekstra betydning til kontekst. Ha med forklaring i form av tekst til ikoner og bilder.

Motivasjon



Motiver både ved å gjøre nivået tilgjengelig og vanskelighetsgraden tilpasset, men også ved å ha oppmuntrende belønninger og ved å vise fremgang. Det er også lagt inn mulighet for å dele fremgang med familie eller personal. Brukeren får varslinger og påminnelser om å gjennomføre øvelser. (Bayor, Brereton m.fl. 2021, Chou, Yu u.å.)

Unngå barnslig design



Første design vs. ferdig design

Ved forenkling av elementer kan en fallgrube være at designet blir oppfattet som barnslig. Brukergruppen kan være sensitive for at noe oppfattes som barnslig. De er opptatt av å bli tatt på alvor og ikke bli undervurdert. Derfor er det viktig at selv om informasjon skal forenkles og layout og navigasjon må være minimal, skal det ikke bli barnslig. Pass på ikoner og illustrasjoner.

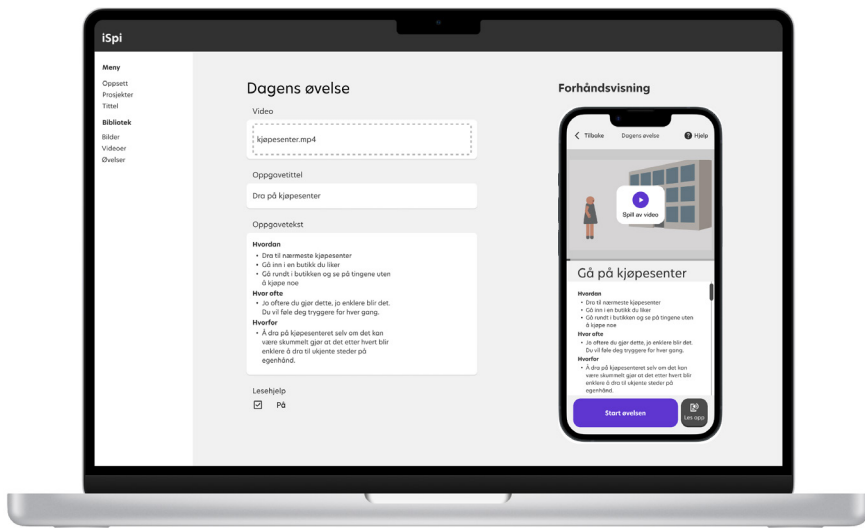
Tabell 5: Designvalg

6.2 Løsning

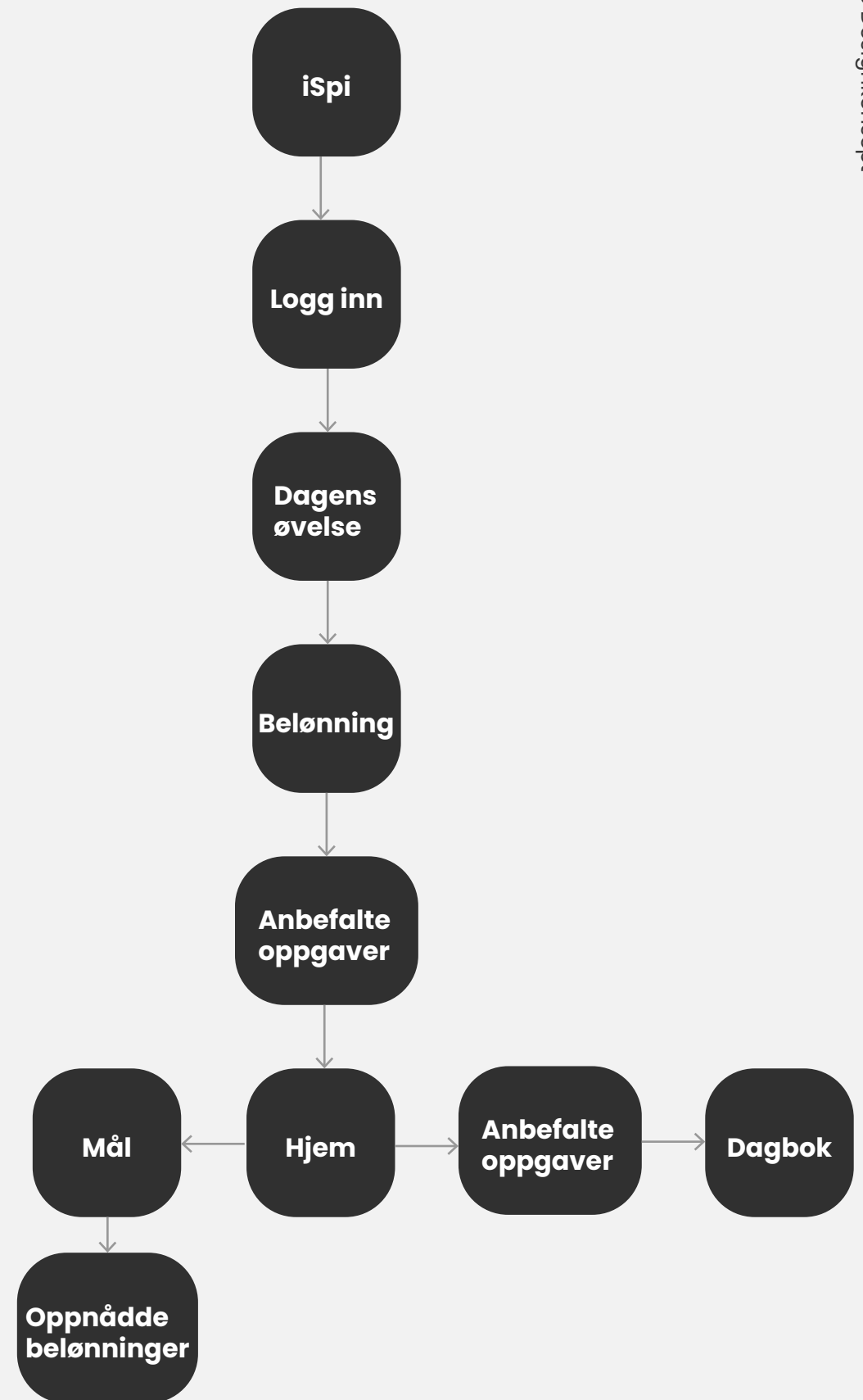
Løsningen er en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst og psykisk utviklingshemming



Prototype:

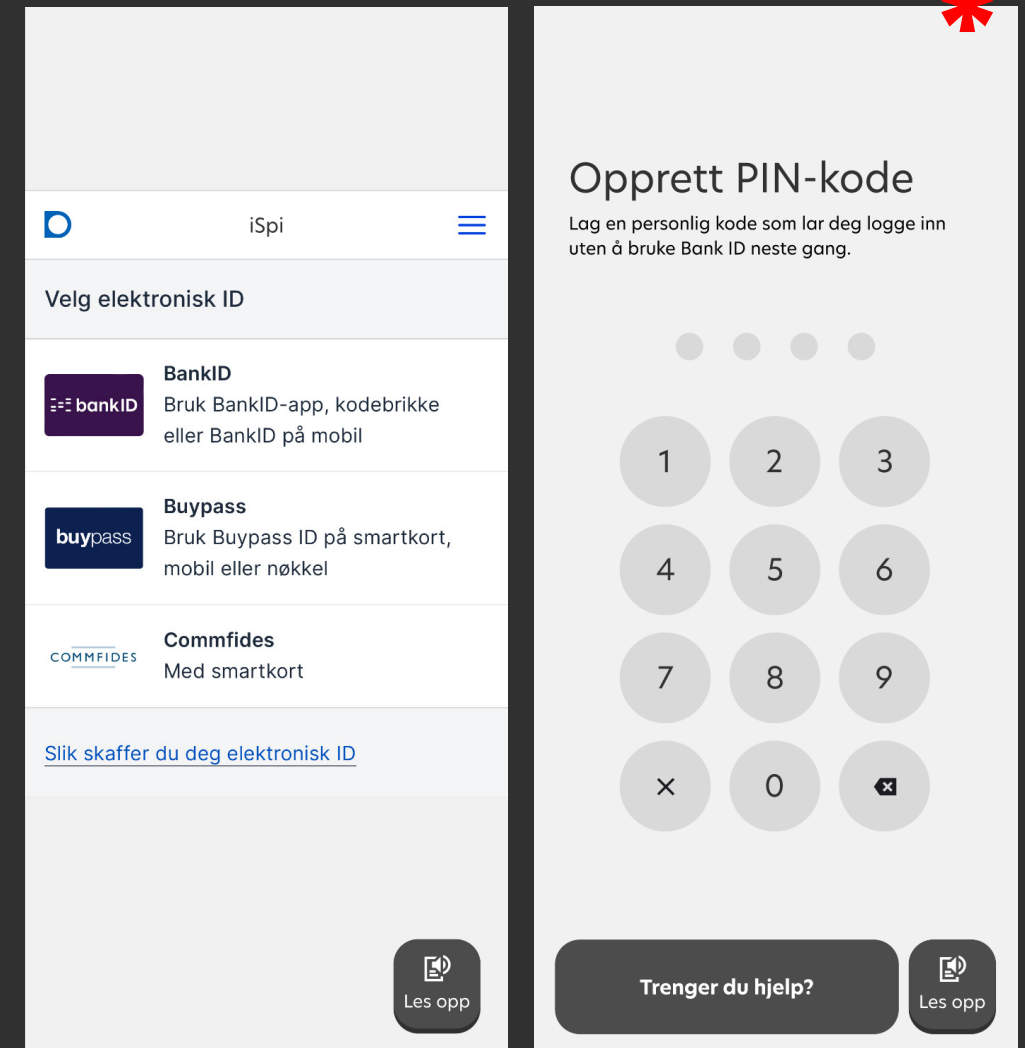
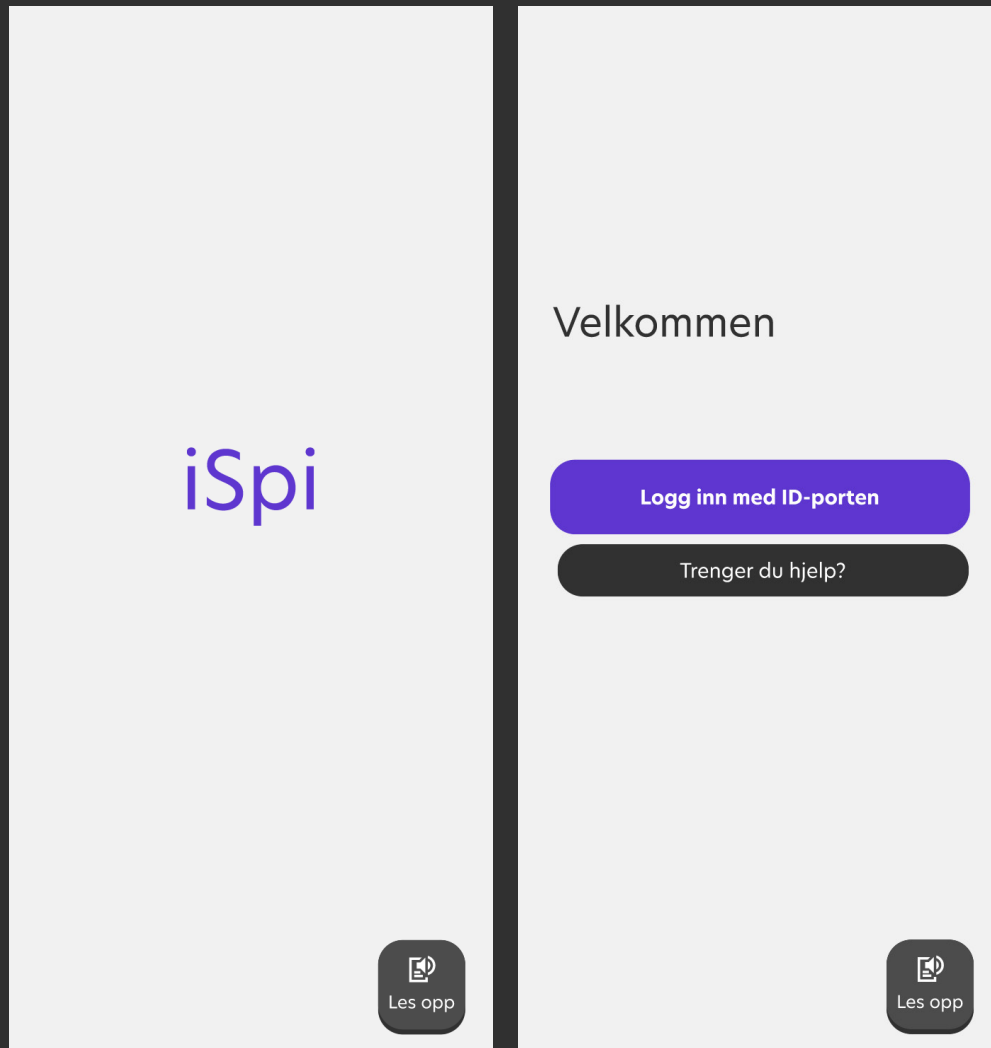



6.2.1 Site map



6.2.2 Innlogging

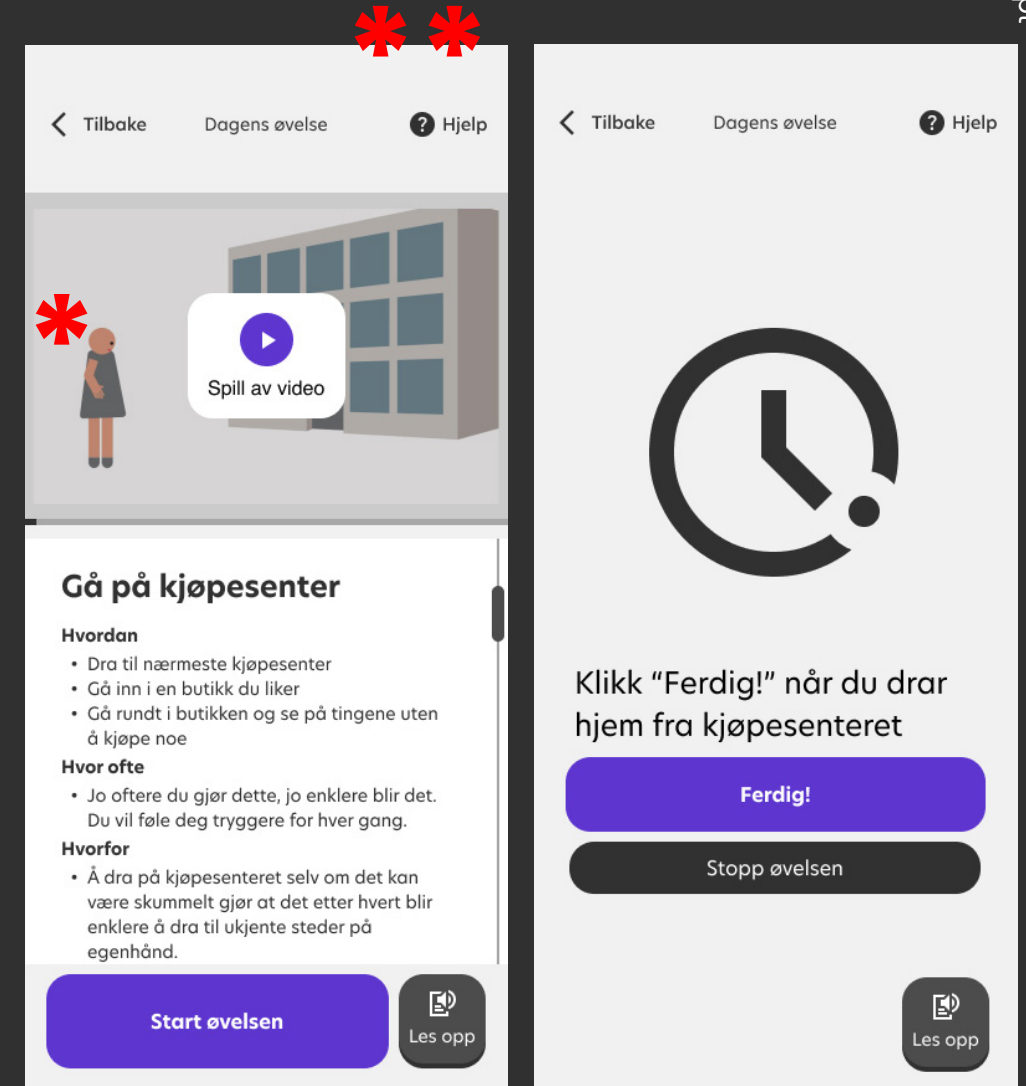
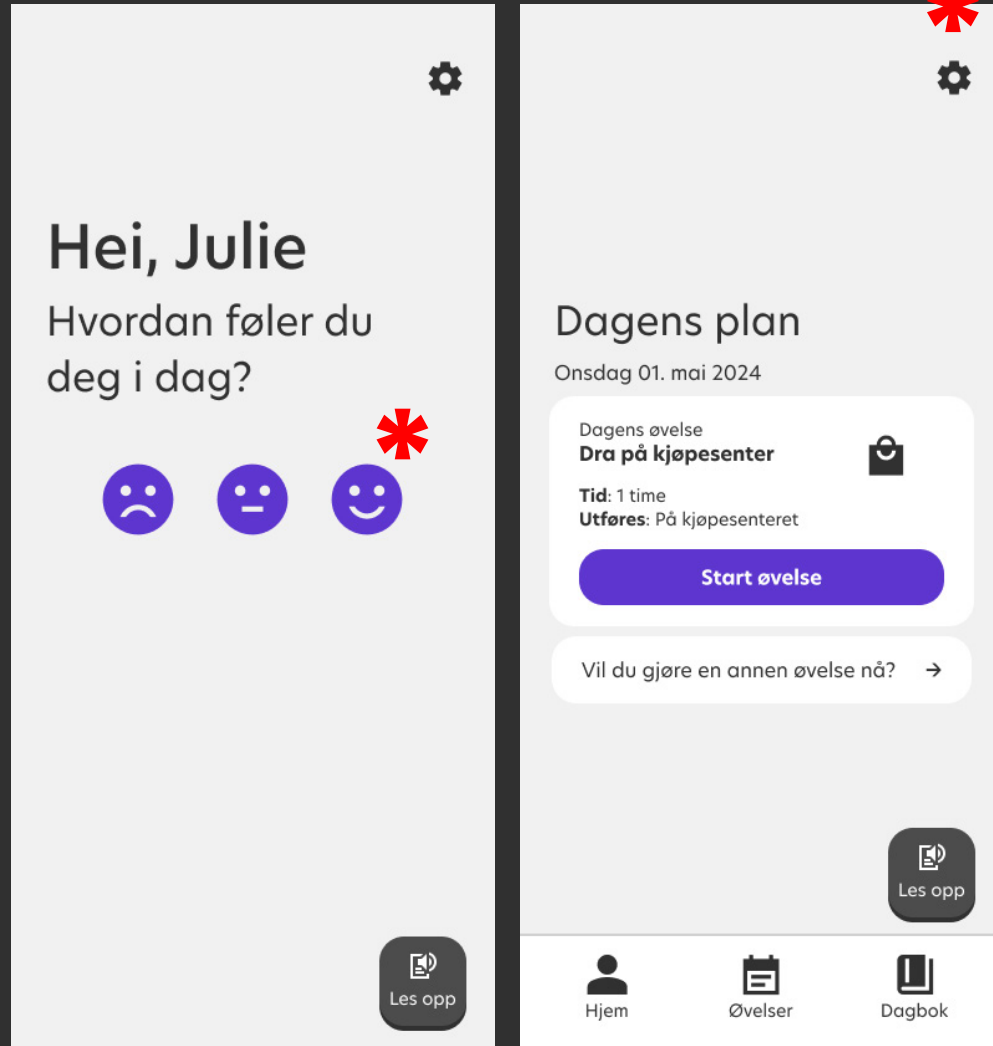
Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.



 Kognitivt design: Enkel innlogging uten Bank-ID

6.2.3 Dagens øvelse

Brukeren kommer til dagens plan med øvelse for dagen. Brukeren logger humøret sitt før de starter dagens øvelse slik at behandler får en oversikt over øvelsens effekt. Dagens øvelse forklares ved å ha en forklarende video øverst, overskrift, beskrivelse, knapp for å starte og lesehjelp. Når man starter en pusteøvelse vil man guides gjennom ved hjelp av illustrerende video.



* Kognitivt design: Tre avaralternativer

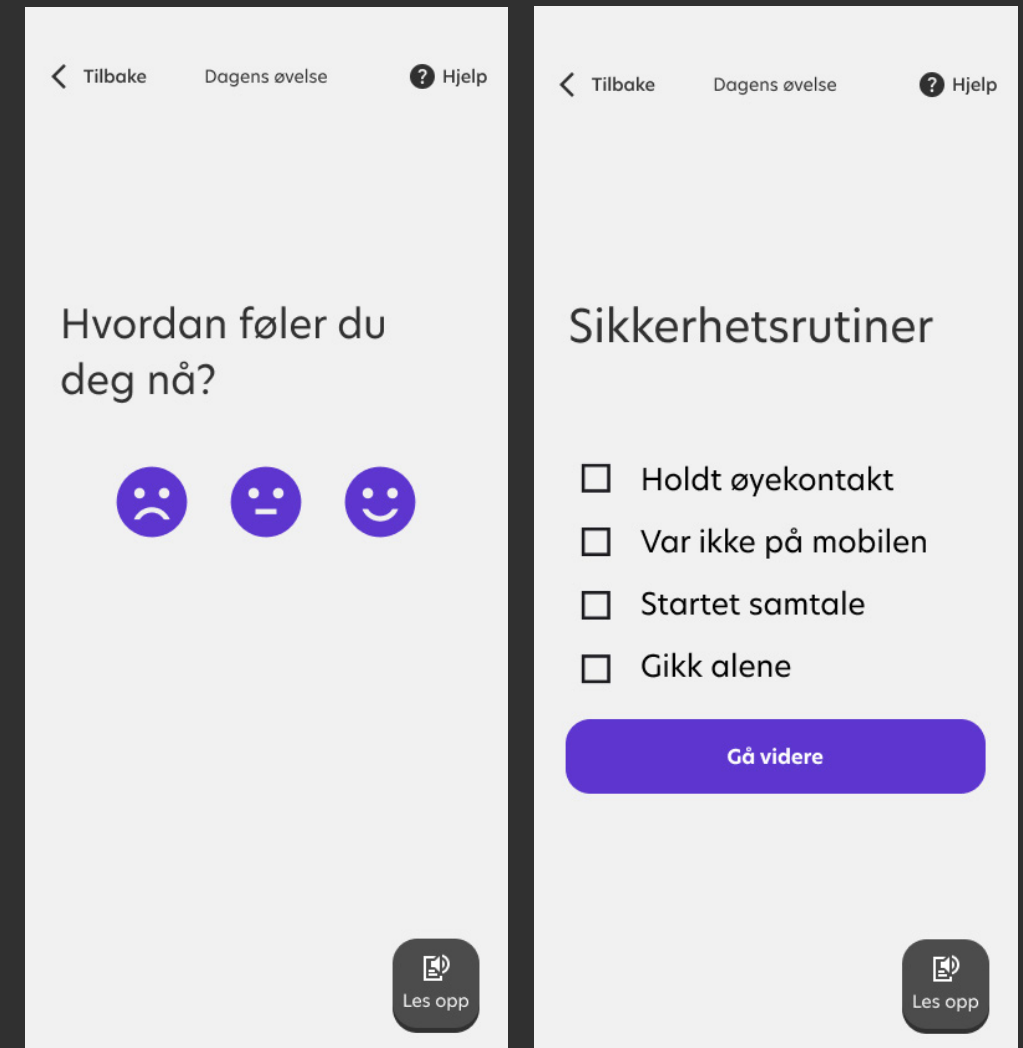
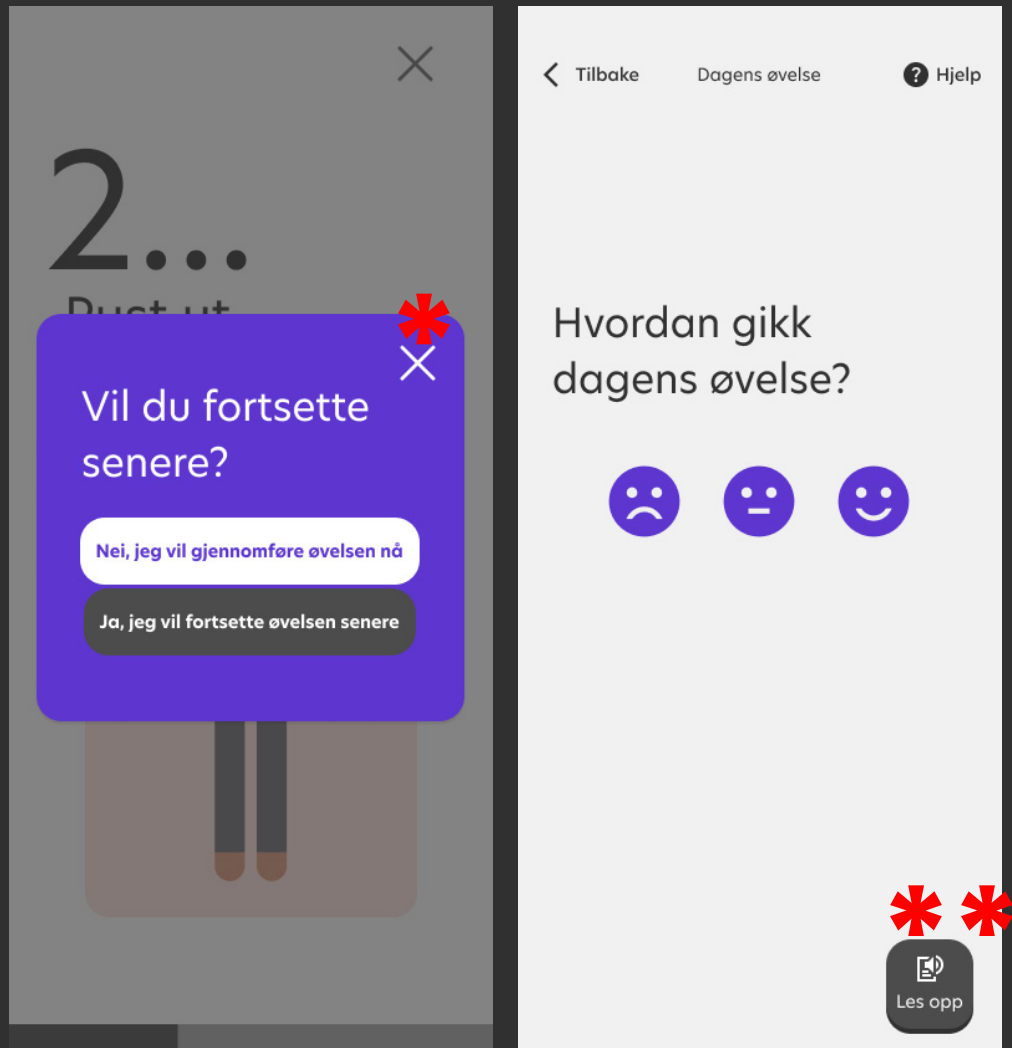
* * Kognitivt design: Få elementer

* Kognitivt design: Figuren i videoen heter Eir. Eir er utviklet av Oddbjørn Hove, og validert med brukere fra målgruppen. Derfor brukes Eir som visuell støtte i løsningen.

* * Kognitivt design: Beholde kontekst ved å ha overskrift og forklarende video i tillegg til tekst. La de tre være synlige samtidig.

6.2.4 Evaluering

Etter man har utført en øvelse kan man evaluere hvordan man syntes denne var. Man logger også humør slik at effekten kan måles.

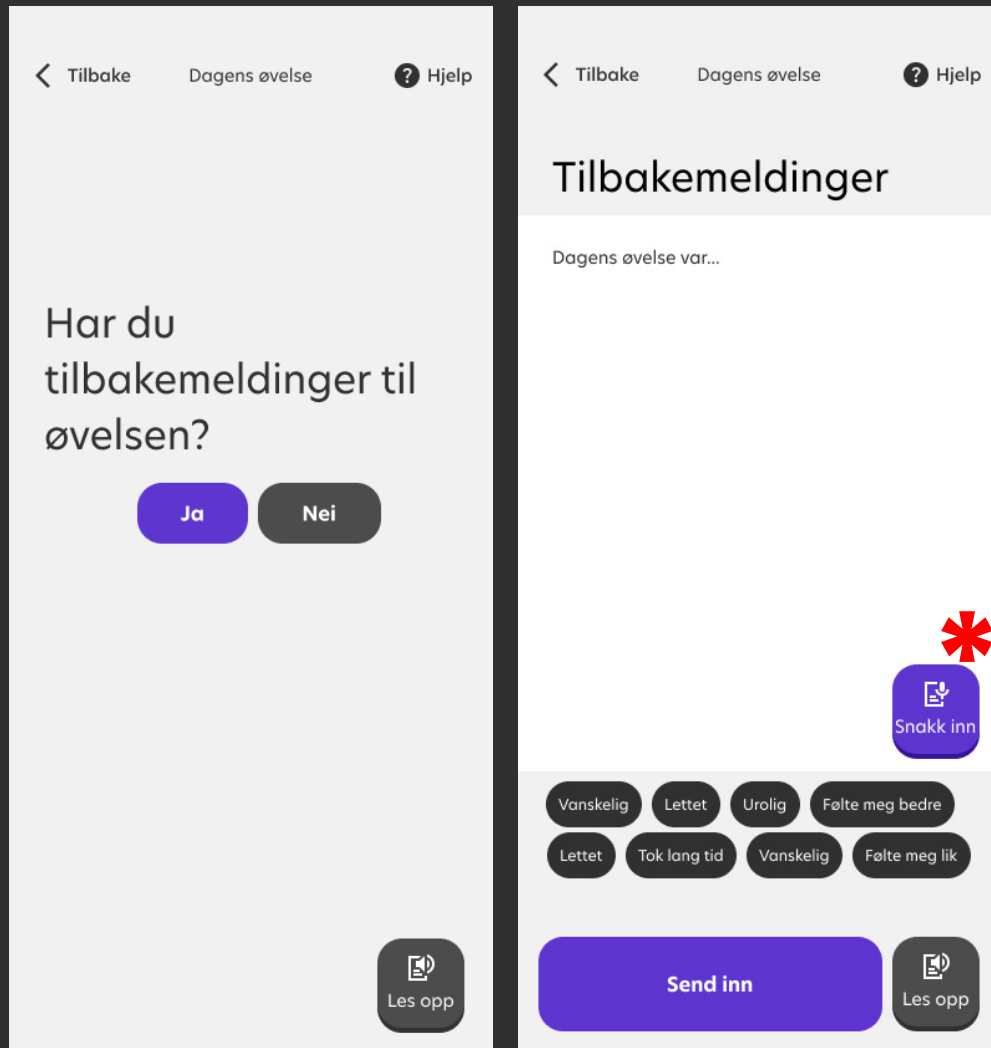
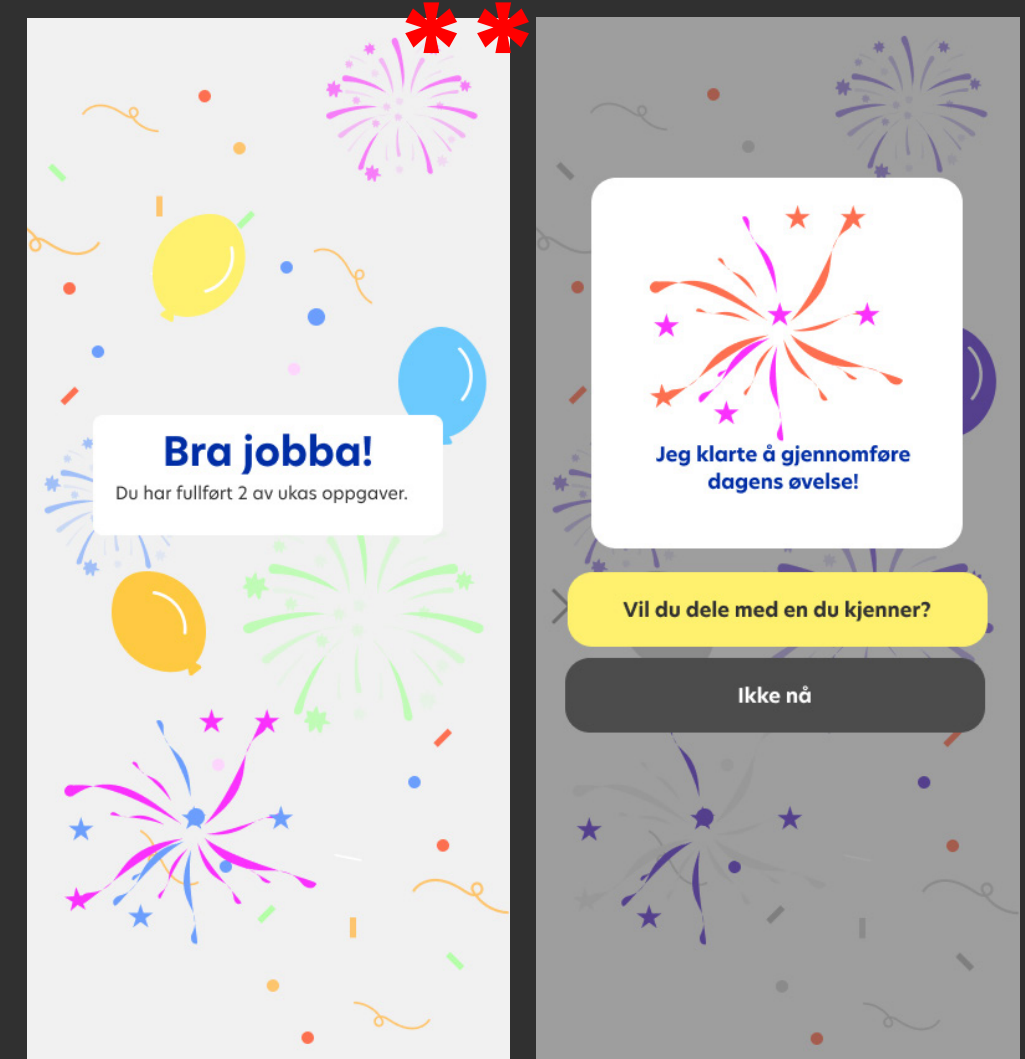


* Kognitivt design: La brukeren ta pause og fortsette senere. Brukeren kontrollerer tempo selv.

* * Kognitivt design: Hjelpemidler som kan skrues av i innstillinger. Tekstopplesning.

6.2.5 Belønning

Ved utført øvelse vil brukeren få belønning i form av fyrverkeri og konfetti. Brukeren får valget om å dele at de har utført øvelsen med familie, eller andre omsorgspersoner. Dette bidrar til at disse kan følge opp pasientens fremgang.



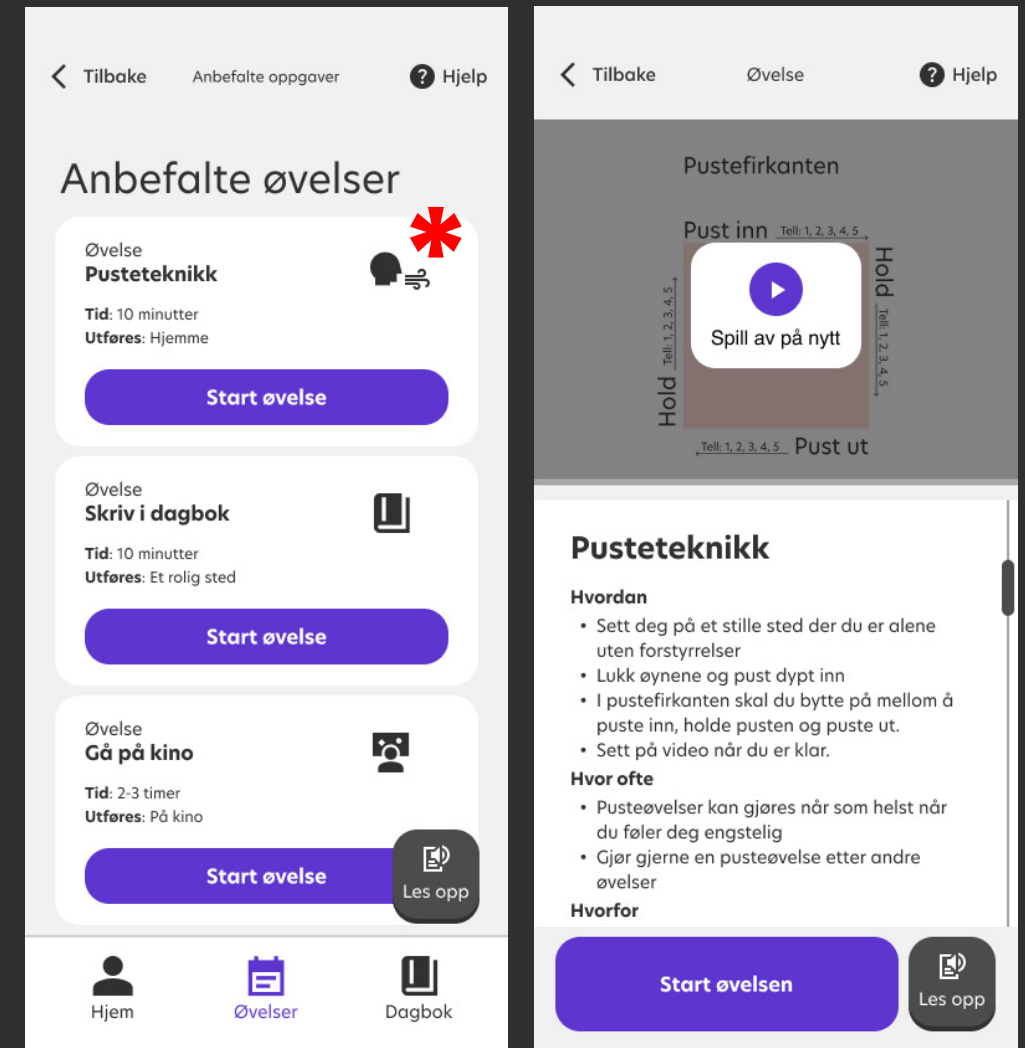
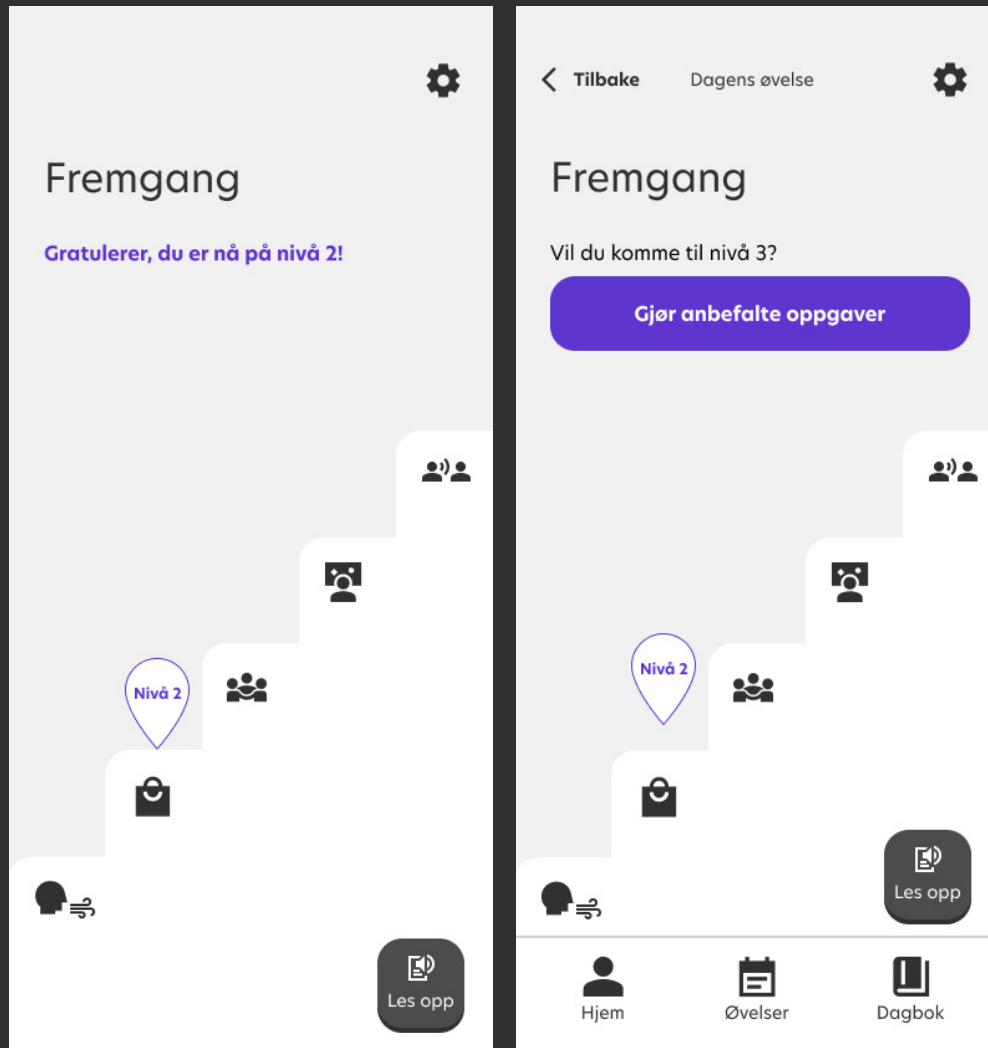
Kognitivt design: Hjelpemidler som å lese inn tekst i stedet for å skrive selv.




Kognitivt design: Oppmuntre brukeren og motiver til å gjøre øvelser.

6.2.6 Fremgang og anbefalte oppgaver

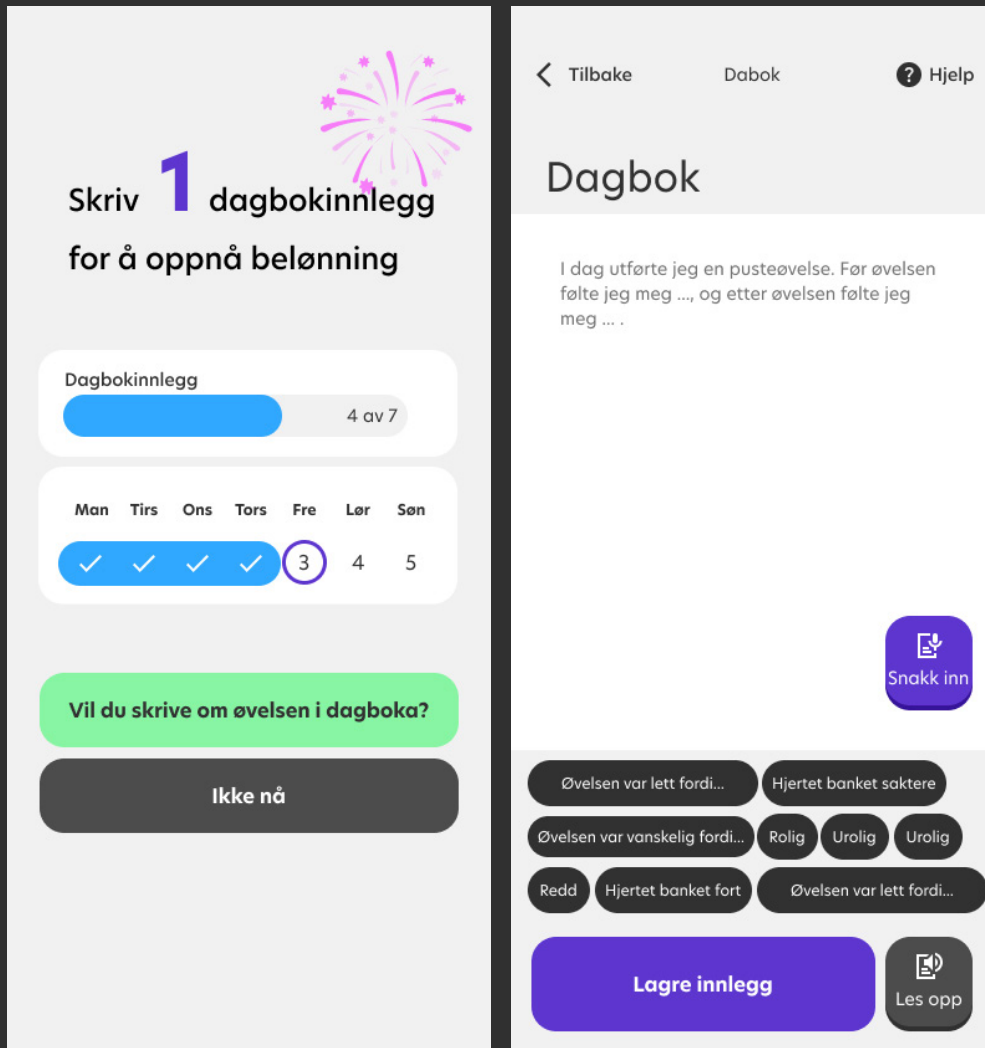
Etter fullført øvelse får man se fremgangen sin. Det er også tips til hvordan man kan nå lenger ved å gjøre anbefalte oppgaver.



 Kognitivt design: Bruke ikoner som visuell støtte til tekst.

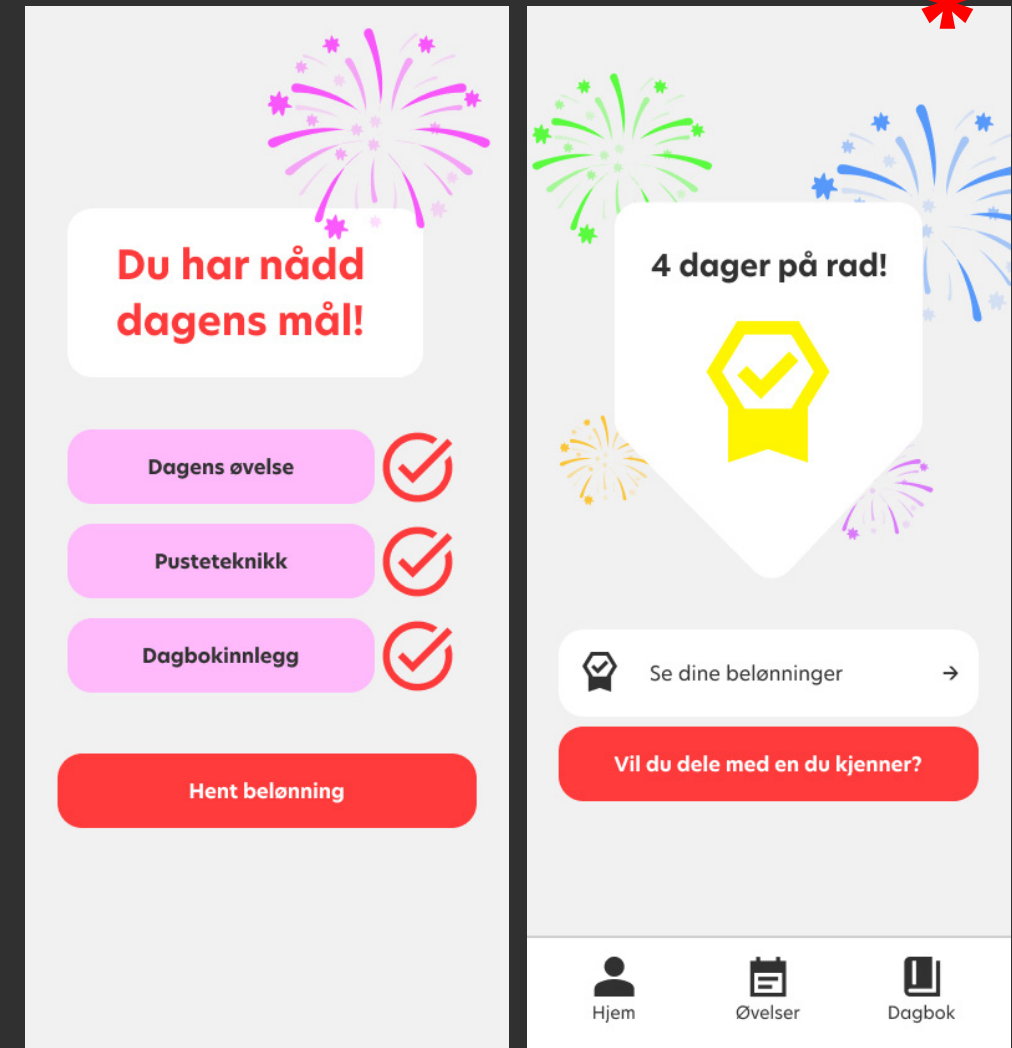
6.2.7 Anbefalte oppgaver

Brukeren oppfordres til å gjøre flere anbefalte oppgaver. Pasienten vil bli raskere frisk om de utfører så mange øvelser som mulig. Det kan også implementeres eksterne belønninger for å motivere til dette.



6.2.8 Dagens mål

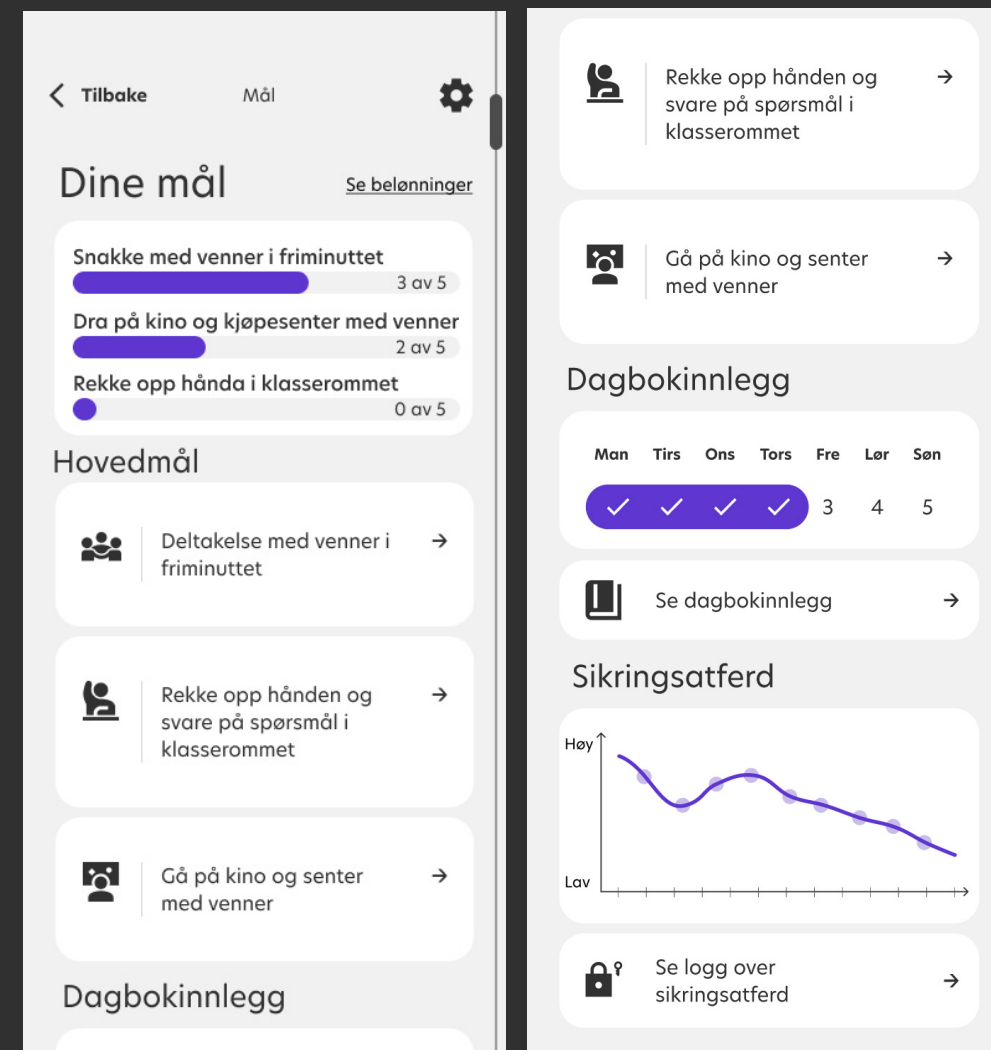
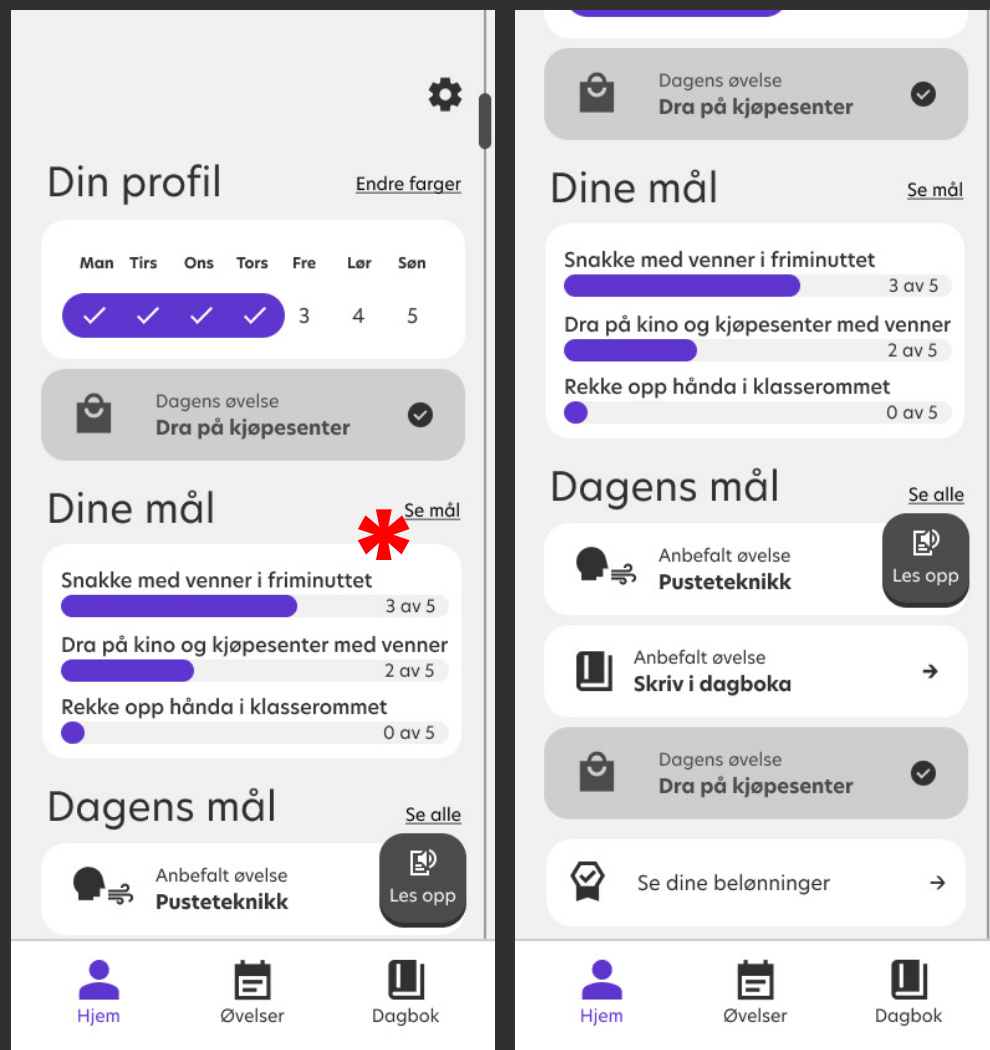
Ekstra oppmuntringer kommer ved å nå dagens mål. Dette vil fungere som en ekstra motivasjon til fullføre øvelser, i tillegg til oppmuntring fra behandler. For å sikre at brukeren ikke klikker seg gjennom øvelsen uten å fullføre oppgaven, kan en slik type belønning spille på samvittigheten til brukeren. (Referere til tabell over risikovurdering)



* Kognitivt design: Oppmuntre og motivere gjennom belønninger.

6.2.9 Profil og mål

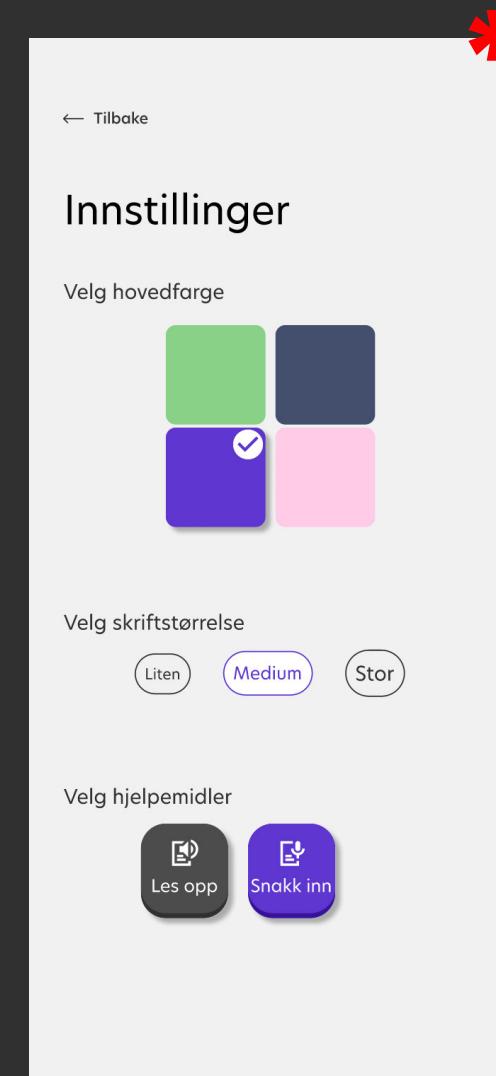
Brukeren har en hjem-skjerm kalt "Din profil" hvor det er en oversikt over dagens øvelse, mål og oppgaver for å nå målet.




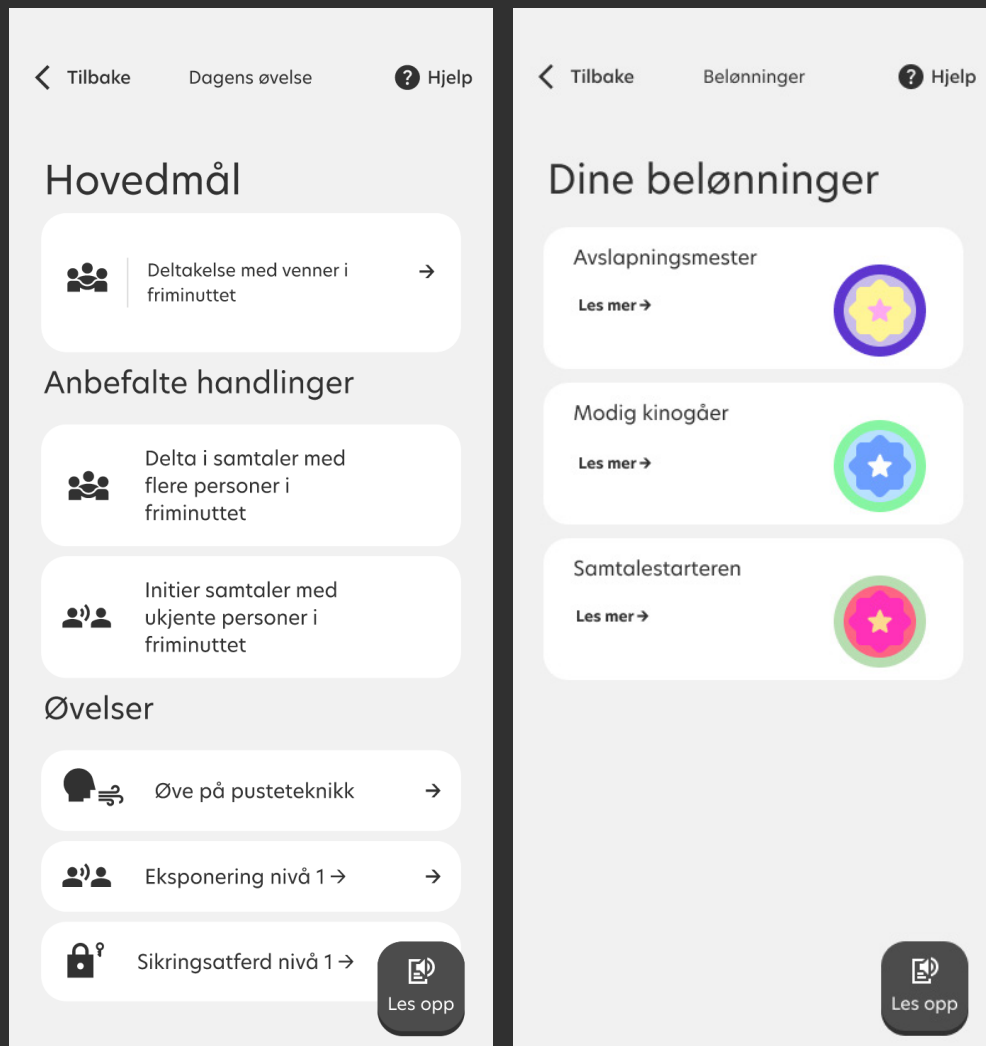
 Kognitivt design: Vise fremgang visuelt med enkle grafer

6.2.10 Innstillinger

Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.

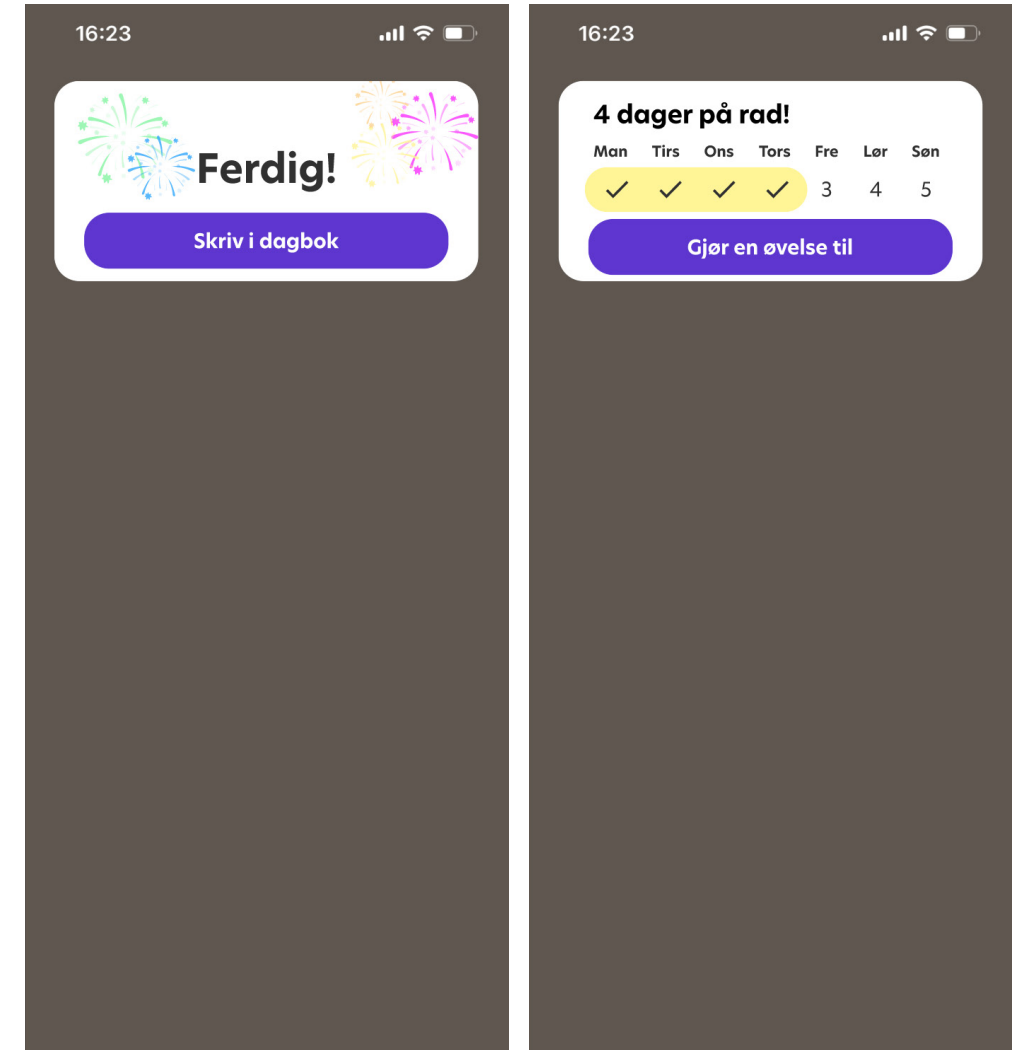
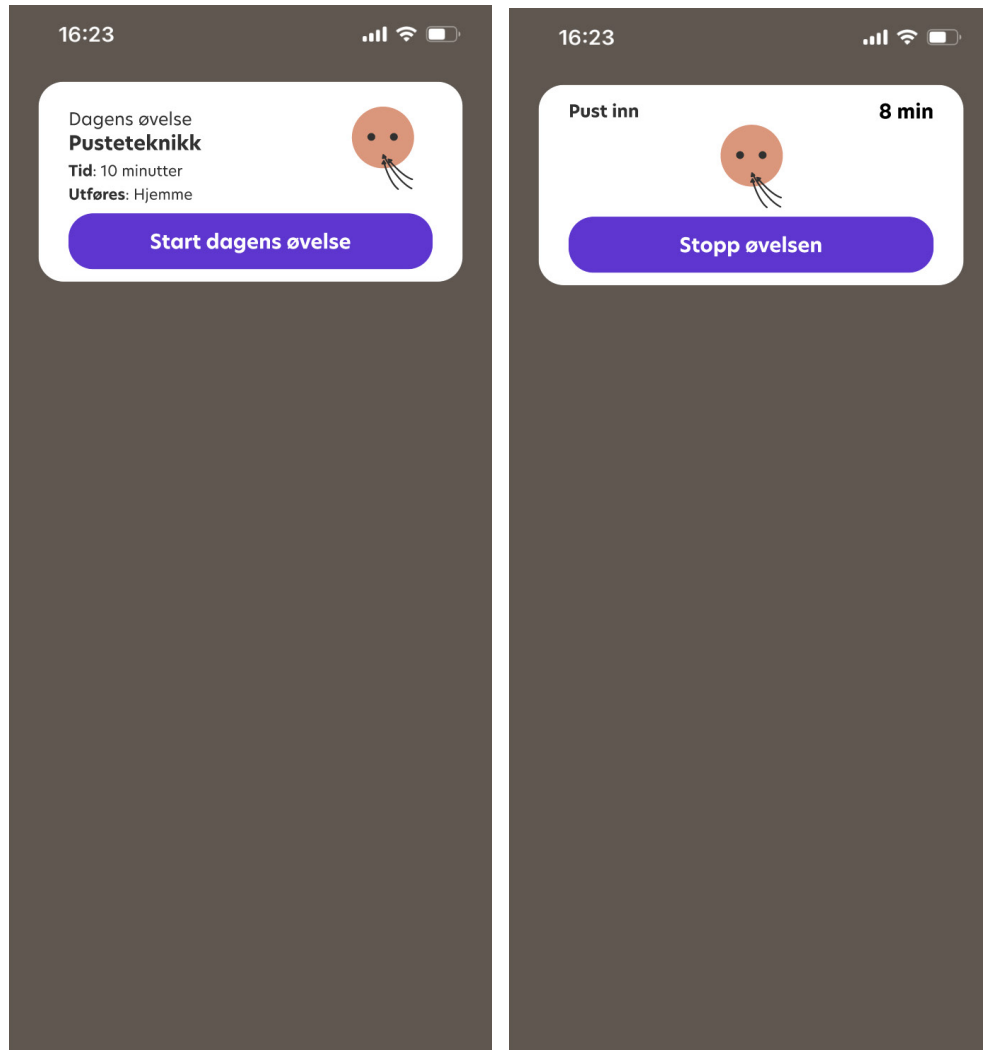


 Kognitivt design: La brukeren selv velge farger og hvilke hjelpemidler de trenger.



6.2.11 Widgets

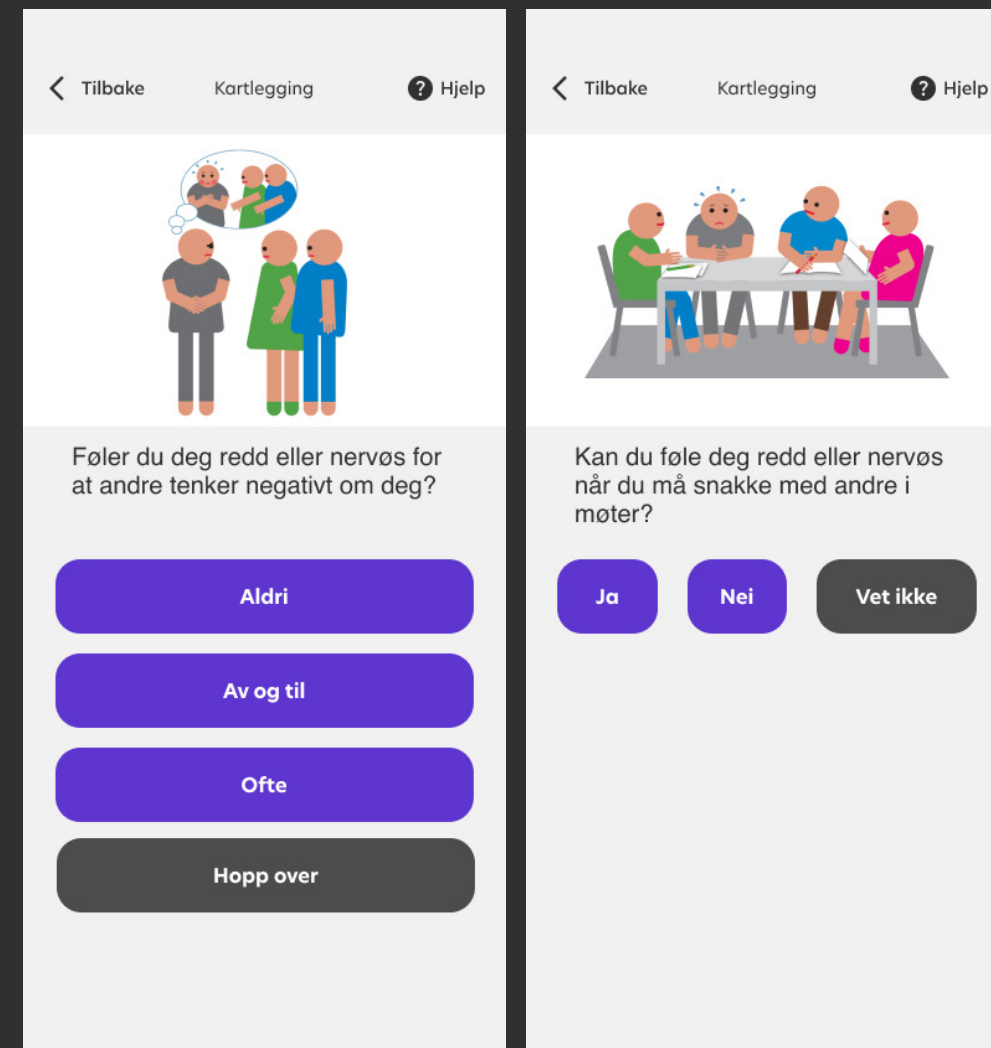
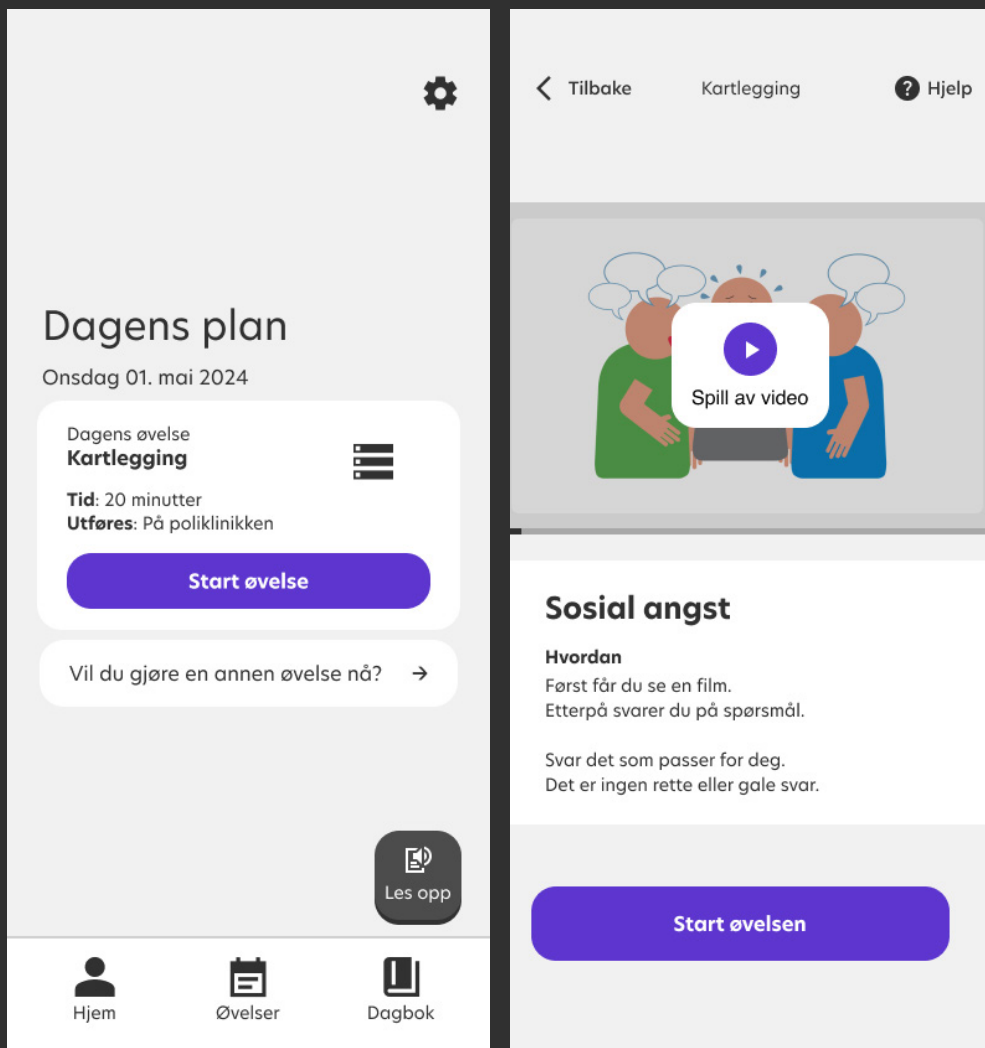
Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.



6.2.12 Integreere iSpe

Tidligere har jeg jobbet med å redesigne iSpe som er et kartleggingsverktøy tilpasset nedsatt kognitiv fungering, og brukes i startfasen ved kartlegging og diagnostisering av psykisk lidelse hos spesialisthelsetjenesten.

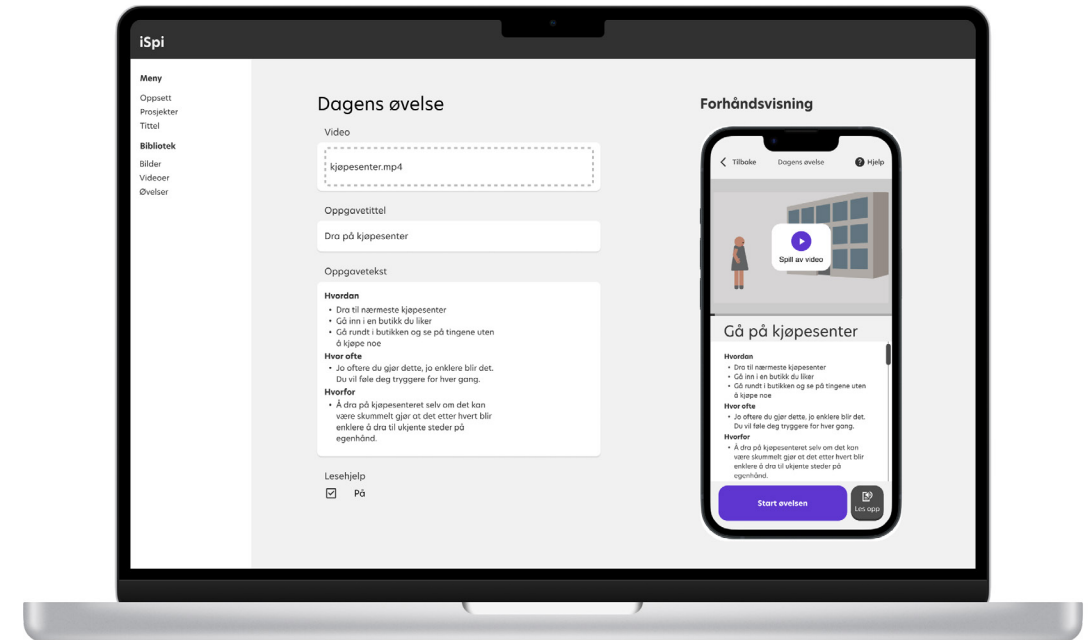
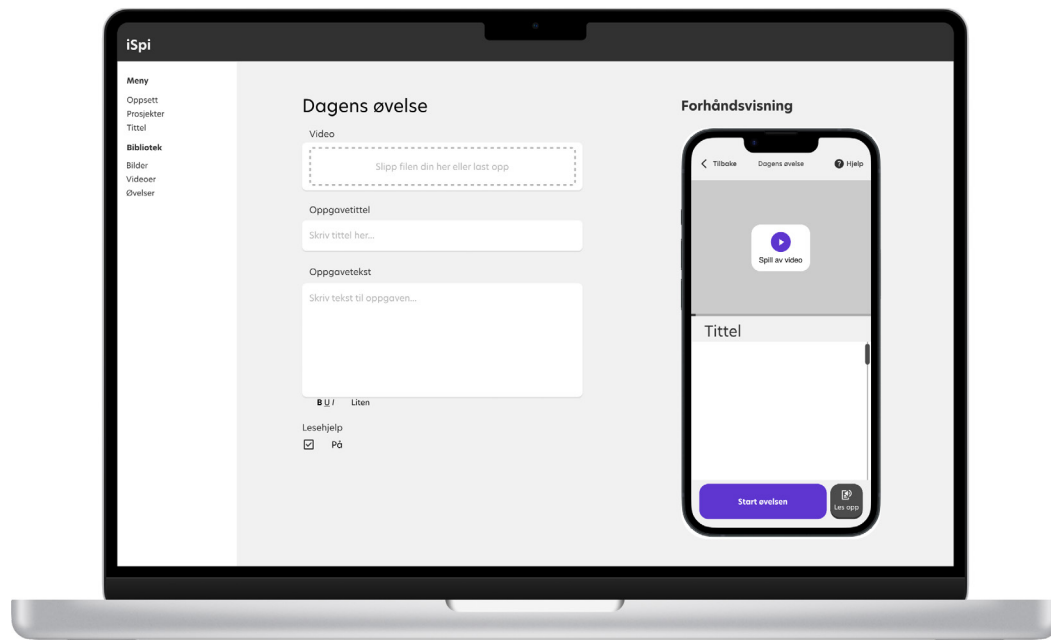
Løsningen i denne oppgaven har vist god mulighet for å integrere iSpe som øvelse. Her viser jeg hvordan iSpe vil se ut som øvelse i løsningen.



6.2.12 Adminpanel for behandleren

Pasienten skal få individtilpasset behandling via appen på sin mobil. Dette legges inn av behandler ved å bruke et adminpanel. Her vil behandler ha tilgang til å skreddersy behandlingsplan og øvelser basert på hver enkelt pasient og deres behov.

Når behandleren fyller ut feltene med video, tittel og oppgavetekst vil det legges til malen slik at øvelsen er klar for pasienten. Malen kan brukes med øvelser på tvers av diagnoser for å gjøre det enkelt for behandler.



07

Prototyping og brukertesting

Prototypingsprosessen har gått i iterasjoner der hver iterasjon har endringer basert på tilbakemeldinger fra andre designere eller eksperter som kjenner målgruppen. Viktige designvalg med begrunnelse er oppgitt under «Designvalg» under.

- 152 Designkritikk og designgjennomgang
- 152 Brukertest på papir
- 152 Geriljatesting av prototype i Figma
- 154 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming
- 164 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst

7.1 Designkritikk og designgjennomgang

Gjennom prototypingsprosessen har jeg med jevne mellomrom presentert prototypen for medstudenter, veileder og eksperter. Dette har gitt meg muligheten til å iterere hyppig basert på konkrete tilbakemeldinger.

7.2 Brukertest på papir

Ved å printe ut skjermbildene i prototypen fikk jeg testet denne på papir med medstudenter. Dette viste seg å være en effektiv metode for å bestemme flyt og brukervennlig navigasjon i appen. Ved å presentere appen i sin helhet på papir fikk utenforstående et tydelig overblikk over oppbygningen, og de kunne enkelt flytte rundt på skjermbildene.

7.3 Geriljatesting av prototype i Figma

Ved å laste ned Figma på mobiltelefonen har jeg kunnet utføre hyppige Geriljatester på medstudenter ved å la de klikke seg gjennom prototypen på appen. Dette er en enkel metode der man raskt ser hvor eventuelle endringer kan gjøres, og om noe mangler fra prototypen. Det var også nyttig å se hvordan andre interagerer med appen, for å se om den fungerte slik som tenkt.

UUtilsynet anbefaler stikkprøver der man tester løsningen på kolleger som ikke er kjent med innholdet (utilsynet, u.d.). Slik kan man teste brukervennligheten enkelt og hyppig.



7.4 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming

Brukertestingsmetodene presentert på forrige side ble brukt som en forberedelse til den virkelige brukertesten, nemlig en brukertest der personer med lett utviklingshemming fikk testet løsningen.

7.4.1 Mål

Det jeg ville teste under brukertesten var

- At flyten i appen var intuitiv for målgruppen
- At det var mulig å utføre «Dagens øvelse» slik som tenkt
- At støttefunksjonene slik som tekst-til-stemme og stemme-til-tekst ble brukt og forstått
- At oppsettet, navigasjon, font og farger fungerte bra

7.4.2 Hvor

Haugesund

7.4.3 Hvem

Til brukertesten fikk jeg hjelp av en jeg intervjuet tidligere til å rekruttere deltagere. Deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av at de mottar tilbud om tilrettelagt arbeidsplass. Deltagerne i brukertesten har lett utviklingshemming, men ikke psykisk lidelse. De var derfor ikke kjent med behandling for angst, eller konteksten rundt løsningen fra før.

7.4.4 Hvordan

Brukertesten ble fasilitert av en vernepleier jeg har samarbeidet med tidligere i prosjektet. Fasilitatoren hjalp til med å rekruttere deltakere til brukertesten som passer målgruppen. Deltakerne var ikke pasienter, så deltakerne passet kun kravet om å ha nedsatt kognitiv fungering og behov for tilpasning.

7.4.5 Oppsett

En oppdatert versjon av prototypen ble brukertestet på personer i målgruppa. Brukertesten ble utført i Haugesund og fasilitert av noen andre enn meg. Det var derfor viktig at alt var klart på forhånd og at personen som skulle fasilitere hadde informasjonen de trengte.

På forhånd sendte jeg et informasjonsskriv med instruksjoner for brukertesten, målet for brukertesten, gjennomgang og forklaring av prototypen og manus som skulle brukes under selve brukertesten.

Personen som fasiliterte brukertesten var med og observerte da jeg utførte brukertester i Haugesund til prosjektoppgaven min forrige semester. Likevel er ikke dette noe personen har gjennomført selv, og personen er ikke designer.

Jeg satte opp et skjema som fasilitatoren skulle fylle ut etter hver brukertest, som jeg baserte funnene fra brukertesten på.



Kjønn: Kvinne
Alder: 52
Utviklingshemning: Ukjent
Autisme: Nei
Genetisk syndrom: Nei
Andre diagnoser: Nedsatt funksjonsevne

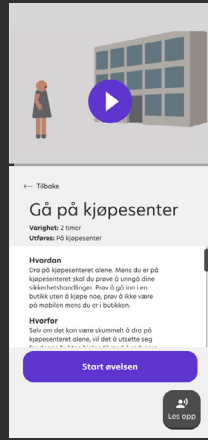

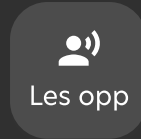

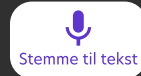




Kjønn: Mann
Alder: 58
Utviklingshemning: Lett
Autisme: Nei
Genetisk syndrom: Ukjent
Andre diagnoser: Nei

7.4.6 Resultat

Resultatet av brukertesten er oppsummert i tabell 6.

Testpunkt	Funn	Endring
Navigasjon og flyt	Kan være utfordrende, i hvert fall ved første bruk av appen. Spesielt utfordrende når man er ferdig med dagens øvelse og skal navigere rundt i appen. Finne frem til innholdet i menylinja.	Legge til tydeligere tilbakeknapp. Vise mer intuitivt hva man kan gjøre ved å komme til «aktiviteter» ved endt øvelse.
Lesehjelp og støttefunksjoner	Lesehjelp ble brukt av en person, men det er uklart hvor tydelig det var at knappen for lesehjelp kunne lese opp teksten på skjermen. Stemme-til-tale funksjonen ble ikke brukt eller forstått.	Gjøre endringer spesielt på stemme-til-tale knappen, endre navn og bytte ikon og bytte plassering.
Dagens øvelse	Dagens øvelse var intuitiv og greit å bruk. Det var ikke tydelig at videoen kunne spilles av for en av brukerne. Det var også noe vanskelig tekst og vanskelige ord.	Endre ikon for å spille av video, tydeliggjøre at dette er en video man kan se. Re-iterere på beskrivelse til øvelse, se om noe tekst kan fjernes eller forenkles.

Før	Etter
	
	
	
	

Tabell 6: Funn ved brukertesting

Testpunkt	Funn	Endring
Farger og font	Fargene var greie. En bruker ønsket gjerne flere farger, men syntes det var fint å kunne velge hovedfarge selv. Ingen negative tilbakemeldinger til farge generelt, men det skader ikke med flere farger på oppmuntringene. Fonten var tydelig og teksten lesbar, men i noen tilfeller var teksten for liten.	Endre skriftstørrelse der teksten var for liten. Tydeliggjøre at farger kan velges og tilpasses.
Brukervennlighet	Noen steder var det litt kronglete, og dette kan ha blitt påvirket av flere faktorer. Likevel verdt å tenke gjennom flyten en gang til og sikre at appen er enkel å navigere gjennom.	Vurdere å ha intro-beskrivelse for de som bruker appen første gang. Forenkle tekst. Tydeliggjøre navigasjon. Tydeligere flyt ved endt øvelse.
Ikoner	Ikonene var tydelige unntatt to tilfeller. Dette gjaldt stemmetil-tekst og den ene smiley-en.	Bytte ikon for stemmetil-tekst. Bytte ut smilende smiley.

Før

Etter

Tabell 6: Funn ved brukertest 1.

7.4.7 Oppsummering

Løsningen kan være utfordrende for målgruppen, særlig ved første gangs bruk. Navigeringen rundt i appen, spesielt etter fullføringen av dagens øvelse, og det å finne frem til innholdet i menylinja viste seg å være vanskelig. Det er en utfordring å skille mellom om dette skyldes at appen er helt ny for brukeren, eller om det er fordi de ikke kjenner konteksten rundt. For å få bedre innsikt foreslås det at appen brukertestes på flere personer. Jeg vil anbefale at behandler setter av tid til å vise pasienten rundt i appen før pasienten skal bruke den på egenhånd for første gang. Dette kan bidra til å styrke alliansen mellom pasient og behandler, og er et bedre alternativ enn å legge inn en brukerguide etter min personlige mening. Det å sette av tid til å gå gjennom appen sammen med pasienten kan være med å senke barrieren for å åpne appen, da man allerede har sett innholdet en gang tidligere.

Dagens øvelse ble oppfattet som intuitiv og enkel å gjennomføre, men det var ikke åpenbart for en av brukerne at videoen kunne spilles av, noe som indikerer behovet for å endre ikonet for avspilling. Lesehjelpen ble brukt av én person, men det var uklart om det var tydelig nok at knappen kunne lese opp teksten på skjermen. Stemme-til-tale funksjonen ble heller ikke brukt eller forstått, noe som indikerer et behov for endre designet på denne. De faktiske brukerne vil få en omvisning i appen av behandler, samt ha en grunnleggende forståelse av sin diagnose og behandlingsplan.

For personer med lett utviklingshemming var appen forståelig, og ingen hadde store problemer med navigering eller bruk. Dette er et positivt funn som indikerer at appen har potensiale for målgruppen.

Når det gjelder design og farger, var fargene generelt greie. En bruker ønsket flere farger, men likte muligheten til å velge hoved-

farge selv i innstillingene. Fonten ble sett på som tydelig og lesbar, selv om teksten noen ganger var for liten. Ikonene i appen var stort sett tydelige, men det var to unntak: stemme-til-tekst-ikonet og en av smiley-ene, som begge ble oppfattet som uklare.

Siden noen deler av appen var kronglete å bruke, må navigasjonen forbedres. Flyten i appen bør gjennomgås for å sikre enkel og brukervennlig navigasjon. I tillegg må belønningssystemet videreutvikles for å øke motivasjonen blant brukerne. Samlet sett viser brukertestene at appen har et godt potensiale, men at det er rom for forbedringer.

Videre bør appen utvikles slik at det legges inn nivåer basert på behandlingsplanen til pasienten. Det bør også lages et system for belønninger, både inne i appen og eksternt. De eksterne belønningene må bestemmes av pasienten og avtales med behandler. Dette belønninger som for eksempel å dra på kino, bestille valgri mat, gå på konsert eller andre ting pasienten selv velger.

7.5 Brukertest av prototype med personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst

En tidligere deltaker hjalp til med å rekruttere en pasient til en siste brukertest. Dette var sent i prosjektet, og derfor ble ingen endringer gjort basert på brukertesten. Likevel er utfordringene avdekket under brukertestet listet i tabell 7 for fremtidig utvikling.

7.5.1 Mål

Det jeg ville teste under brukertesten var det samme som i den forrige brukertesten.

- At flyten i appen var intuitiv for målgruppen
- At det var mulig å utføre «Dagens øvelse» slik som tenkt
- At støttefunksjonene slik som tekst-til-stemme og stemme-til-tekst ble brukt og forstått
- At oppsettet, navigasjon, font og farger fungerte bra

7.5.2 Hvor

Haugesund

7.5.3 Hvem

Det var en deltaker som brukertestet. Personene ble rekruttert av en behandler som har deltatt i prosjektet. Pasienten har

psykisk utviklingshemming og mottar behandling for angst. Brukeren er derfor kjent med behandlingsformen og diagnosen angst.

Kjønn: Mann

Alder: 19

Utviklingshemning: Lett utviklingshemming

Autisme: Nei

Genetisk syndrom: Nei

Andre diagnoser: Sosial fobi

7.5.4 Hvordan

Brukertesten ble fasilitert på vegne av meg slik som forrige brukertest, men jeg var ikke med for å observere digitalt. Fasilitatoren hjalp til med å rekruttere deltakere til brukertesten som passer målgruppen. Deltakerne var pasienter og brukertestet der de mottar behandling.

7.5.5 Oppsett

Oppsettet var likt som sist, se punkt 7.4.5. Eneste forskjell var at jeg ikke selv observerte. Funnene er derfor basert på fasilitatorens notater.

7.5.6 Resultat

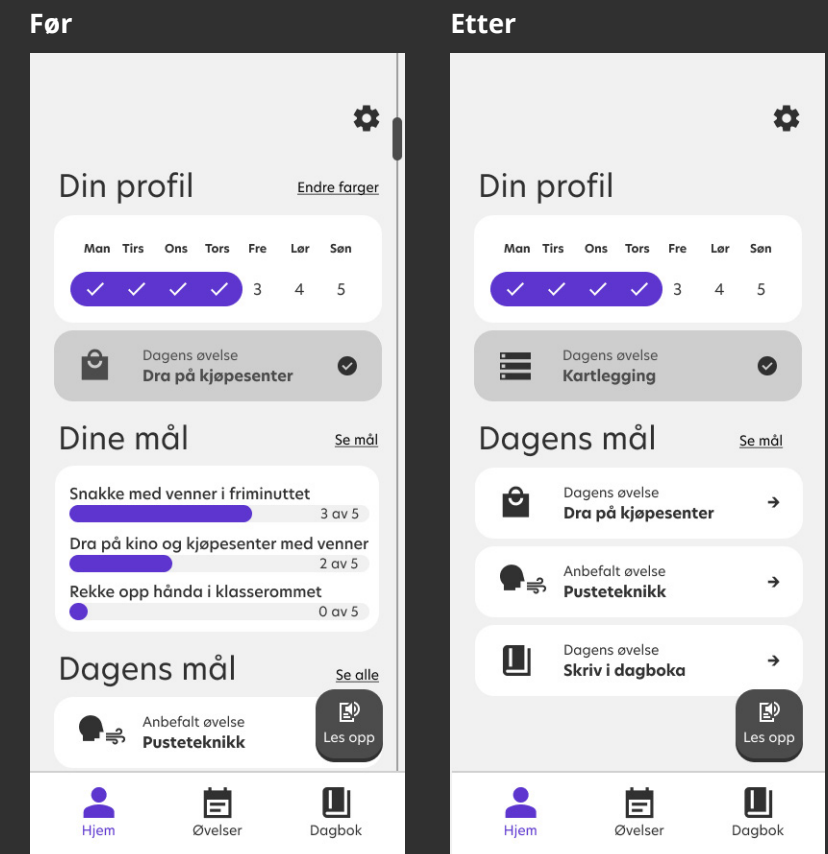
Resultatet av brukertesten er oppsummert i tabell 7.

Testpunkt	Funn	Endring
Navigasjon og flyt	Navigering var ikke logisk.	Forenkle navigasjon gjennom appen.
Lesehjelp og støt-tefunksjoner	Lesehjelp og stemme-til-tekst var ikke lett. Det var litt liten tekst. Bruker fant denne, etter å ha blitt guidet av fasilitator.	Fortsette iterasjon på disse hjelpemidlene. Vurdere å ha automatisk avspilling av tekst, som eventuelt kan slås av for de som ikke trenger dette.
Dagens øvels	Det gikk greit å gjennomføre dagens øvelse. Bruker brukte ikke video. Noe tekst var for vanskelig. Siden var oversiktlig.	Forenkle teksten i løsningen. Vurdere å ha automatisk avspilling av video.
Farger og font	Brukeren ga tilbakemeldinger på at fargene var fine, spesielt lilla. Teksten var for liten noen steder.	Endre skriftstørrelse der teksten var for liten.
Brukervennlighet	Bruker syntes appen var lett å bruke. Vanskelig å se at man kan scrolle på sider som "mål".	Forenkle enda mer, både navigering og tekst. Teste om dette løser problemet. Synliggjøre bedre der det er mulig å scrolle.
Ikoner	Ingen tilbakemeldinger.	-

Tabell 7: Funn ved brukertest 2.

Forslag til endring

For å forbedre brukervennligheten foreslås det å endre hjem-skjermen ved å fjerne elementer. Nedenfor vises forslag til endring.



7.5.7 Oppsummering

Det er fortsatt utfordringer med å bruke appen. Spesielt knyttet til navigering, forståelse av tekst og bruk av lesehjelp (tekst-til-tale). For å løse disse utfordringene kreves det videre testing etter å ha gjort de nødvendige endringene, for å se om utfordringene kan forbedres. Det beste er om en prototype av løsningen kan tas i bruk over en lengre periode, og basert på tilbakemeldinger gjøre endringer underveis.

Belønningssystemet kan være en faktor i at navigering blir for komplisert. Da må det vurderes om denne kan forenkles uten å miste motivering og oppfordring til å gjøre flere øvelser. Det kan vise seg at belønningssystemet tar bort fokuset og kun blir et forstyrrende element for brukeren, dette må testes videre.

Det er utfordrende å gjøre tekst leselig i et format slik som app. Elementer som lesehjelp burde ikke ta bort fokus fra hensikten til siden man er på, men siden ikoner må støttes med tekst må man finne balansen der teksten er leselig uten å fjerne fokus.

“Jeg fikk et veldig godt inntrykk av appen, og ser frem til å kunne bruke denne som verktøy i fremtidig behandling. Fint og oversiktlig layout. Mye nyttig innhold, med både informasjon om hvordan og hvorfor.”

- tilbakemelding fra behandler som fasiliterte brukertest

08

Diskusjon

I diskusjonen drøfter jeg resultatet, oppgavens begrensninger og presenterer til slutt noen designanbefalinger basert på målgruppen.

- 172 Resultat
- 172 Begrensninger
- 175 Designanbefalinger for personer med nedsatt kognitiv fungering og sosial angst
- 178 Refleksjon

8.1 Resultat

I oppgaven formulerte jeg problemstillingen "Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?". Dette har jeg svart på gjennom å designe en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst hos personer med psykisk utviklingshemming. Løsning en fungerer for pasient, behandler og omsorgspersoner.

8.2 Begrensninger

Gjennom prosjektet har jeg fått svært god hjelp av både hovedveileder og bi-veileder. Jeg er svært takknemlig for at jeg fikk holdt så mange intervjuer som jeg fikk holdt, at jeg fikk gjennomført en workshop med eksperter og at jeg fikk brukertestet løsningen min. Til tross for dette har jeg møtt på noen utfordringer og begrensninger. Dette er hovedsaklig begrensninger knyttet til at jeg jobber med et område der det eksisterer svært lite forskning. Dersom menneskter med psykisk utviklingshemming skal ha samme muligheter som andre i befolkningen blir forskere nødt til å inkludere denne gruppen fremover. Siden jeg har hatt en målgruppe som i praksis er pasienter har det vært utfordrende å få tilgang på brukere, både for intervju og for brukertesting. Å inkludere personer fra målgruppa kunne tilført dybde til prosjektet, men kunne også blitt for tidkrevende med tanke på prosjektets tidslinje. Dette er derfor en anbefaling til eventuelle doktorgrads-avhandlinger. Løsningen som endte med å svare best på forskningsspørsmålet viste seg å være en app. Dette har i seg selv noen begrensninger, særlig i form av motivasjon til å ta appen i bruk. Dette kan være en mulig utfordring for løsningen.

8.2.1 Tilgang på brukere

Et viktig resultat og poeng både i prosjektoppgaven og masteroppgaven min har vært at det å inkludere brukere fra målgruppen er essensielt for å utvikle løsninger som er brukervennlige. Som en person uten psykisk utviklingshemming er det ikke mulig for meg å validere en løsning på egenhånd, ei heller ved å brukerteste på personer uten psykisk utviklingshemming. Ikke bare burde løsningen brukertestes på personer i målgruppa, den burde helst utvikles og designes i samarbeid med personer i målgruppa. Slik vil deres perspektiv og behov inkluderes og være gjennomgående i hele løsningen og prosessen for å utvikle den.

Målgruppen i oppgaven er personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst, som betyr at personene i målgruppa er pasienter. Det gjør det mer komplisert å innhente brukere da mye er taushetsbelagt. Det å ikke ha tilgang på brukere har derfor vært en begrensning for å få til en slik samskapning og validering av løsningen. Jeg har vært heldig som har fått innspill fra mange gode eksperter på området, og fra personer som kjenner målgruppa godt gjennom flere års erfaring. Dette påvirker utviklingen positivt og har gjort det enklere å komme inn på rett spor.

8.2.2 Motivasjon til å bruke løsningen

Løsningen er utviklet for personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst. Å bli frisk når man har en psykisk lidelse krever at man jobber for dette på egenhånd ved å følge sin behandlingssplan og råd gitt av behandleren sin. Dette kan være krevende når man har det krevende, og man trenger en viss indre motivasjon og driv til å jobbe for egen helse. En faktor som spiller inn på denne moti-

vasjonen er arbeidsalliansen mellom pasient og behandler (Cruz og Pincus 2002, Garcia og Weisz 2002, Hartley, Redmond m.fl. 2022).

Forholdet mellom pasient og behandler er svært viktig for å sikre god behandling. Dette kan påvirke utfallet og graden av forbedring hos pasienten. Arbeidsalliansen kan være med å påvirke hvorvidt pasienten følger behandlingsplanen og anbefalinger gitt av behandler (Mushlin og Appel 1977, Starfield, Wray m.fl. 1981, DiMatteo og DiNicola 1982).

Dette kan være en viktig faktor når man introduserer digitale helsetjenester. Det er viktig å ikke prøve å heldigitalisere helsetjenesten, men at man supplerer med digitale støtteløsninger. Om disse digitale hjelpemidlene blir tatt i bruk eller ikke av pasienten kan påvirkes av arbeidsalliansen mellom pasient og behandler. Det er nødvendig med en solid arbeidsallianse i bunnen for at de digitale hjelpemidlene skal bli tatt i bruk. Dette er derfor en forutsetning for løsningen presentert i denne oppgaven, og det vil være visse forventninger til eksterne faktorer som må være på plass for at en digital løsning skal fungere i praksis.

I løsningen er det derfor lagt vekt på oppmuntring, motivasjon og belønningssystemer i selve appen, men den største drivkraften til pasientens motivasjon kommer fra god oppfølging fra behandler og en ekstern påvirkning og oppfordring til å bruke appen regelmessig. Dette er en løsning som skal fungere som et supplement og et hjelpemiddel for å følge sin behandlingsplan, det skal ikke erstatte behandling slik den er i dag.

8.2.3 Begrenset forskningsmaterieil

Universell design og interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming er et område der det mangler forskning. Dette kan til tider være utfordrende, spesielt med begrenset tilgang på brukere fra målgruppen som kunne blitt inkludert via samskapning og eksperter av erfaring.

8.3 Designanbefalinger for personer med nedsatt kognitiv fungering og sosial angst

I prosjektet er målgruppen preget av sin diagnose psykisk utviklingshemming og i tillegg sosial angst. Angstlidelse vil prege designvalg, spesielt når det kommer til forstyrrende elementer og elementer brukeren ikke får kontrollere selv. Dette kan være pop-ups og videoer med automatisk avspilling. På neste side i tabell 8 presenterer jeg designanbefalinger som er en oppsummering av det jeg selv har fulgt gjennom oppgaven basert på erfaringene jeg har opparbeidet.

Kognitiv nedsettelse	Hensyn personer med nedsatt kognitiv fungering	Ekstra hensyn for de med angstlidelse
Språk	Utfordringer med språk gjør det viktig å forenkle språk og vanskelig terminologi.	
Oppmerksomhet	Mindre kapasitet til å prosessere informasjon og kognitiv overbelastning betyr at kun nødvendig og relevant informasjon bør presenteres og hver side bør inneholde få elementer. Navigasjon på sidene må føle samme mønster, og gjerne også oppsette på layout slik at det blir forutsigbarhet for brukeren.	Pop-ups og videoer på automatisk avspilling kan være stressende og trigge angst
	Det er viktig å la brukeren utføre oppgaver og handlinger i eget tempo. Det kan også være hensiktsmessig å gi brukeren mulighet til å gå ut av en oppgave og fullføre den siden, slik at data blir lagret i mellomtiden.	En person med angst kan oppleve stort press om det er tidsbelagte oppgaver.
Hukommelse	Utfordring med hukommelse betyr at det ikke bør presenteres mye ny informasjon på én gang, men at informasjon presenteres litt etter litt på en forståelig og overkommelig måte. Her er det best å introdusere en ny ting om gangen.	

Læring	Det kan være vanskelig å identifisere og tolke egne følelser. Ved å bruke visuell støtte kan det bidra til å gjenkjenne og sette ord på følelser og kroppslige reaksjoner.	Behandling for angst innebærer psykoedukasjon som betyr opplæring i symptomer på angst og hvordan dette påvirker en. Derfor er det viktig å lære å gjenkjenne følelser og reaksjoner som er knyttet til angsten, og lære at dette er helt vanlige symptomer.
	Noen kan ha lesevansker der det blir viktig med støtte i form av tekst-til-tale eller støtte for eksterne skjermlesere.	
Motorikk	Vanskelig å treffe knapper som kan påvirke navigasjon og scrolling. Pass på at trykkflater er store og responsive.	Dersom knapper ikke reagerer som forventet kan det skape uro hos brukeren.
	Kan ha saktere bevegelser, slik at man må være påpasselig med tidspress og timere på å utføre oppgaver eller trykke på knapper.	

Tabell 8: Designanbefalinger for personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst

8.4 Refleksjon

Jeg har lært mye gjennom dette prosjektet, og noe jeg særlig tar med meg videre som designer er viktigheten av å følge og treffe kravene til tilgjengelighet og universell utforming. Som designer er dette noe jeg har hatt for lite fokus og kunnskap om tidligere, og noe jeg savner fra studiet. En utfordring når man jobber med universell utforming er å inkludere brukere, og dette er en forutsetning for å skape brukervennlige løsninger. Dette har vært utfordrende i dette prosjektet.

Jeg har vært heldig som har fått god hjelp til å rekruttere eksperter og også brukere i målgruppen, men på grunn av samarbeid med Helse Fonna har noen av metodene foregått digitalt på grunn av avstand. Å utføre brukertester digitalt gikk heldigvis bra, og uten noen forstyrrelser. Det eneste negative ved å utføre brukertester digitalt var å ikke kunne observere i samme rom, og jeg mistet da observasjoner av kroppspråk og lignende hos brukeren.

En annen utfordring har vært litteratursøk. Når man jobber innen et felt der det er store mangler forskningsmessig blir man ofte begrenset til generell forskning eller forskning innen andre domener som kan gjøre litteratursøk utfordrende. Her har jeg fått god hjelp av min bi-veileder som er ekspert på feltet. Han har gjennomført litteraturgjennomgang på området og har dermed god oversikt over eksisterende forskning. Det har da blitt opp til meg hvor jeg kan anvende forskning og hvor jeg må bruke generell forskning som en hypotese. Ved bruk av generell forskning må dette testes videre hvorvidt dette fungerer med målgruppen. Her kommer jeg igjen tilbake til rekruttering og involvering av brukere fra målgruppa, som en forutsetning også for å utvikle nye metoder og retningslinjer.

09

Konklusjon

182 Oppsummering
182 Bidrag
183 Muligheter

9.1 Oppsummering

Denne oppgaven har adressert problemstillingen: "Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?". Gjennom arbeidet har jeg designet en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst og psykisk utviklingshemming, som fungerer for pasienter, behandlere og omsorgspersoner.

Denne studien har vist at det er et tydelig skille mellom kommersielle apper som Duolingo, Headspace og Fitbit, og selvhjelpsapper utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering. Kommersielle apper er generelt bedre designet for brukervennlighet og engasjement, som bør overføres til digitale helseløsninger.

Gjennom utformingen av en digital selvhjelpsplattform har jeg demonstrert hvordan gamifiserte helseapper kan brukes som inspirasjon. Med god bruk av farger, leselig font og motiverende elementer som maskoter og animasjoner holder de brukerne engasjerte. Slike elementer er viktige å inkludere i apper der brukeren skal utføre oppgaver, for å gjøre appen mer attraktiv og oppmuntrende.

9.2 Bidrag

Min oppgave har bidratt til å dekke et behov som eksisterer i dagens behandling av psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming. Ved å fokusere på designprinsipper spesifikt rettet mot personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst. Dette har vist at brukermedvirkning, gjennom brukertesting og samskapning, er viktige metoder for å utvikle brukervennlige tjenester for målgruppen. Det har vært utfordrende å inkludere personer med psykisk utvikling-

shemming i denne oppgaven, noe som kunne gitt mer dybde til prosjektet. Dette skyldes i hovedsak tidsrammen jeg har forholdt meg til, men også at målgruppen er pasienter som jeg ikke har direkte tilgang til. Ved videreutvikling av løsningen oppfordres det til aktiv inkludering av målgruppen.

9.3 Muligheter

Videre bør det forskes mer på design for personer med nedsatt kognitiv fungering. Det burde forskes på metoder for å inkludere denne gruppen i designmetoder, slik at designere kan utvikle brukervennlige løsninger gjennom samarbeidende design. Universell design og interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming mangler forskning, noe som gjør det utfordrende å utvikle løsninger uten tilstrekkelig tilgang til målgruppen.

Motivasjon til å bruke appen er en utfordring, da denne avhenger av pasientens indre motivasjon i tillegg til arbeidsalliansen mellom pasient og behandler. En solid arbeidsallianse er nødvendig for at digitale hjelpemidler skal bli tatt i bruk, og dette påvirker også om pasienten følger behandlingsplanen. Løsningen legger vekt på oppmuntring, motivasjon og belønningssystemer i appen, men god oppfølging fra behandlere og ekstern påvirkning er avgjørende for å sikre regelmessig bruk av løsningen.

Til slutt viser denne oppgaven at det finnes potensiale for å utvikle brukervennlige løsninger for målgruppen. Det er viktig at videre forskning og utvikling tar hensyn til de spesifikke behovene til personer med psykisk utviklingshemming, slik at vi kan skape løsninger som støtter deres psykiske helse og selvstendighet.

Referanser

- Arcscott, K., Dagnan, D., & Kroese, B. S. (1998). *Consent to psychological research by people with an intellectual disability*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 77-83.
- Bakken, T. L. og H. Sageng (2016). *Mental health nursing of adults with intellectual disabilities and mental illness: A review of empirical studies 1994-2013*. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 286-291.
- Bakken, T. L. Evensen, O. O. Bjørgen, T. G. Nilsen, I. T. Bang, N. Pedersen, U. Berge, K. Ellingsen, K. E. Baasland, T. og Helverschou, S. B. (2018) *Mental health services for adolescents and adults with intellectual disabilities in Norway: a descriptive study*. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, Vol. 12 Issue: 3/4, pp.121-134, <https://doi.org/10.1108/AMHID-03-2018-0012>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., & Torgersen, L. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. [https://www.helse-bergen.no/ebehandling/om-emeistring/](https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykiskhelse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/Bredesen, M., & Schmidt, I.(2017). Ungdom og fritids medvirkningshåndbok, 148.</p><p>Bayor, A. A., Brereton, M., Sitbon, L., Ploderer, B., Bircanin, F., Favre, B., & Koplick, S. (2021). <i>Toward a competency-based approach to co-designing technologies with people with intellectual disability</i>. <i>ACM Transactions on Accessible Computing (TACCESS)</i>, 14(2), 1-33.</p><p>Bell, N., Tonkin, M., Chester, V., & Craig, L. (2018). <i>Adapting measures of social climate for use with individuals with intellectual developmental disability in forensic settings</i>. <i>Psychology, Crime & Law</i>, 24(4), 362-378.</p><p>Bergen, H. (u.å.). <i>Om eMeistring</i>. Hentet 28.05.2024, fra <a href=)
- Chou, Y.-k. (u.å.). *What is Gamification?*. Hentet 24.05.2024, fra <https://yukaichou.com/gamification-examples/what-is-gamification/>.
- Council, B. D. (u.å.). *The Double Diamond*. Hentet 27.03.2024 fra <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/>.
- Cruz, M. og H. A. Pincus (2002). *Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment*. *Psychiatric Services* 53(10): 1253-1265.
- Dagnan, D., McEvoy, J., & Sturmey, P. (1995). *The psychometric properties of a brief scale for assessing challenging behaviour*. *The Irish Journal of Psychology*, 16(1), 21-28.
- Daniel, C. (u.å.). *Duolingo Users and Growth Statistics (2024)*. Hentet 21.05.2024, fra <https://www.usesignhouse.com/blog/duolingo-stats>.
- Dekelver, J., Kultsova, M., Shabalina, O., Borblik, J., Pidoprigora, A., & Romanenko, R. (2015). *Design of mobile applications for people with intellectual disabilities*. *Communications in Computer and Information Science*, 535, 823-836.
- DiMatteo, M. R. og D. D. DiNicola (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*.
- Erland Skogli, K. H.-G., Christine Mee Lie og Tonje Glenne Arnesen (2020). *STIMULAB – KUNNSKAPSOPPSUMMERING*: 28-33.

Evensen, I. og J. B. Omfjord (2019). *Designing game-inspired mobile applications to promote physical activity for individuals with intellectual disabilities*, NTNU.

Fang, J., Fleck, M. P., Green, A., McVilly, K., Hao, Y., Tan, W., ... & Power, M. (2011). *The response scale for the intellectual disability module of the WHOQOL: 5 point or 3 point?* Journal of Intellectual Disability Research, 55(6), 537-549.

Feng, J., Lazar, J., Kumin, L., & Ozok, A. (2010). *Computer usage by children with down syndrome: Challenges and future research*. ACM Transactions on Accessible Computing (TACCESS), 2(3), 1-44.

Finlay, W. M. og E. Lyons (2001). *Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation*. Psychological assessment 13(3): 319.

Finlay, W. M. og E. Lyons (2002). *Acquiescence in interviews with people who have mental retardation*. Mental retardation 40(1): 14-29.

Fonna, H. "nventorium for støttet psykologisk evaluering. Hentet 24.05.2024, fra <https://www.helse-fonna.no/avdelinger/forskning-og-innovasjon/inventorium-for-stottet-psykologisk-evaluering-ispe-forskningsdrevet-innovasjon>.

Garcia, J. A. og J. R. Weisz (2002). *When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 70(2): 439.

Gibbons, S. (2016). *Design Critiques: Encourage a Positive Culture to Improve Products*. Hentet 07.05, 2024, fra <https://www.nngroup.com/articles/design-critiques/>.

Gibbons, S. (2021). *5 Prioritization Methods in UX Roadmapping*. Hentet 26.05.2024, fra <https://www.nngroup.com/articles/prioritization-methods/>.

Gjertsen, H. (2019). *People with intellectual disabilities can speak for themselves! A methodological discussion of using people with mild and moderate intellectual disabilities as participants in living conditions studies*.

Grandgeorge, M. og N. Masataka (2016). *Atypical color preference in children with autism spectrum disorder*. Frontiers in psychology 7: 227653.

Hanington, B. og B. Martin (2019). *Universal methods of design expanded and revised: 125 Ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions*, Rockport publishers.

Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). *Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff*. PLoS One, 17(1), e0262070.

Headspace. "About us." Hentet 28.05.2024, fra <https://www.headspace.com/about-us>.

Helsedirektoratet (2018). *Om psykisk utviklingshemming*. Hentet 28.05, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>.

Helsedirektoratet (u.å.). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsenorge (2022). *Kva er psykisk helse?* Hentet 29.05.2024, fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

Ikeda, E., Krägeloh, C., Water, T., & Hinckson, E. A. (2016). *An exploratory study of self-reported quality of life in children with autism spectrum disorder and intellectual disability*. Child Indicators Research, 9, 133-153.

Interaction Design Foundation - IxDF. (2017, June 29). *What is Behavioral Design?*. Interaction Design Foundation - IxDF. Hentet 29.05.2024, fra <https://www.interaction-design.org/literature/topics/behavioral-design>

Jalote-Parmar, A., Hara, D. T., Guldbrandsøy, I., Woodhouse, A., & Hara, K. W. (2023, November). *Multistakeholder Service Design Framework for Design of Patient Care Pathways-A case of joint management of pain patients in the health, labour and welfare services in Norway*. In Service Design and Innovation Conference (pp. 495-507).

Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). *Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33(2), 126-138.

Mushlin, A. I. og F. A. Appel (1977). *Diagnosing potential noncompliance: physicians' ability in a behavioral dimension of medical care*. Archives of internal medicine 137(3): 318-321.

Myhr, S., Kongsgård, B., Johannesen, A., & Bakken, T. L. (2022). *Tilrettelegging av sosiale møteplasser for voksne med utviklingshemming i eit kommunalt bufellesskap*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 19(4), 260-269.

Nair, A. S., Priya, R. S., Rajagopal, P., Pradeepa, C., Senthil, R., Dhanalakshmi, S., ... & Zuo, X. (2022). *A case study on the effect of light and colors in the built environment on autistic children's behavior*. Frontiers in psychiatry, 13, 1042641.

NHI (7. juli 2021). *Sosial angst*. Hentet 26.05.2024, fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/sosial-angst>.

Nichols, J. (2021). *Gorilla User Testing: Using Primates to Advance Human-Centered design*. Medium. Hentet 29.05.2024, fra <https://medium.com/truthabout-design/gorilla-user-testing-using-primates-to-advance-human-centered-design-dc03a4c46c99>

Norsk Kompetansesenter for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP) (2024). *Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming*. NKUP. https://www.oslo-universitetssykehus.no/4914a1/contentassets/01805ce00df549cbbd6a3a0a0e110484/nkup_digital-oppslag.pdf

O'Keeffe, L., Guerin, S., McEvoy, J., Lockhart, K., & Dodd, P. (2019). *The process of developing self-report measures in intellectual disability: A case study of a complicated grief scale*. British Journal of Learning Disabilities, 47(2), 134-144.

Pavlov, N. (2014). "User interface for people with autism spectrum disorders." Jour-

nal of Software Engineering and Applications 2014.

Power, M. J., Green, A. M., & WHOQOL-DIS Group. (2010). *The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties*. Journal of Intellectual Disability Research, 54(9), 860-874.

Reid, G., Vallerand, R. J., Poulin, C., & Crocker, P. (2009). *The development and validation of the pictorial motivation scale in physical activity*. Motivation and Emotion, 33, 161-172.

Schwartz, A. E., Kramer, J. M., & Longo, A. L. (2018). *Patient-reported outcome measures for young people with developmental disabilities: incorporation of design features to reduce cognitive demands*. Developmental Medicine & Child Neurology, 60(2), 173-184.

Scott, H. M. og S. M. Haverkamp (2018). *Comparisons of self and proxy report on health-related factors in people with intellectual disability*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31(5): 927-936.

Shrestha, V. og S. Fagernes (2017). *Achieving Accessible Websites-A study of Design and Development Processes in NRK*. Norsk IKT-konferanse for forskning og utdanning.

Sigstad, H. M. H. og V. Garrels (2018). *Facilitating qualitative research interviews for respondents with intellectual disability*. European Journal of Special Needs Education 33(5): 692-706.

Skullerud, E., Linaker, O. M., Svenning, A. C., & Torske, H. (2000). *Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for Den norske legeforening.

Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). *The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care*. American Journal of Public Health, 71(2), 127-131.

Statista "Fitbit - statistics & facts.". Hentet 28.05.2024 fra, <https://www.statista.com/topics/2595/fitbit/#topicOverview>

Stickdorn, M. og J. Schneider (2012). *This is service design thinking: Basics, tools, cases*, John Wiley & Sons.

Uutilsynet. "Kva seier forskrifta?". Hentet 28.05.2024, fra https://www.uutilsynet.no/regelverk/kva-seier-forskrifta/153#applikasjonar_appar.

Uutilsynet "Om oss.". Hentet 28.05.2024, fra <https://www.uutilsynet.no/om-oss/om-oss/251>

Uutilsynet "Kognisjon". Hentet 28.05.2024, fra <https://www.uutilsynet.no/brukerutfordringer/kognisjon/160>

White-Koning, M., Arnaud, C., Bourdet-Loubère, S., Bazex, H., Colver, A., & Grandjean, H. (2005). *Subjective quality of life in children with intellectual impairment-how can it be assessed?*. Developmental medicine and child neurology, 47(4), 281-285.



Vedlegg

- A Samtykkeskjema
- B Intervjuguide
- C Affinitetsdiagram
- D Plan for workshop
- E Presentasjon workshop
- F Protokoll for brukertest

A – Samtykkeskjema



Ønsker du å delta i prosjektet:

En undersøkelse av behandlingsprotokoller anvendt av psykologer som møter personer med kognitiv nedsatt fungering

Formål og prosjektbeskrivelse

Dette prosjektet er i samarbeid med Helse Fonna. Det involverer utformingen av en digital planleggingsapplikasjon basert på nåværende behandlingsprotokoller for pasienter med nedsatt kognitiv fungering. For å utvikle et brukervennlig system, ønsker vi å involvere deg som deltaker. Både klinikere og forskere vil bli invitert til å samdesignere verktøyet med oss for å hjelpe oss med å forstå kravene til et slikt verktøy. For dette trenger vi dine innspill om tidligere erfaringer og din kunnskap om behandling for å utvikle et pasient-sentrert og kliniker-sentrert system for bedre håndtering av mentale helse-vurderinger og planlegging rundt behandling. Du blir bedt om å delta i denne studien fordi du passer inn i brukergruppen som dette prosjektet sikter på å utvikle en løsning for.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for Design (ID) er ansvarlig for prosjektet.

Hovedveileder (ID): Ashis Jalote Parmar - ashis.jalote.parmar@ntnu.no

Biveileder (MH): Oddbjørn Hove - oddbjorn.hove@helse-fonna.no

Det vil også inkludere noen masterstudenter som vil jobbe med dette prosjektet for å levere sin masteroppgave fra Institutt for Design.

Hva betyr det for deg å delta?

Du blir bedt om å delta i:

- Semi-strukturert intervju. Her vil du bli stilt spørsmål knyttet til dine erfaringer med behandling.
- Samdesignworkshop. Dette vil være en workshop som tar sikte på å utvikle skisser og generere ideer for et potensielt konsept eller prototype.
- Brukertest av lavfidelitets-prototype. Dette vil være en lavfidelitets-prototype som demonstrerer konseptet og innholdet i verktøyet for klinikere. Testingen vil innebære initielle kommentarer og meninger om verdien av funksjonalitetene som tilbys i det nydesignede verktøyet.

Hvis du velger å delta i prosjektet vil det ta omtrent 30/60 minutter for intervjuet, en arbeidsdag for samdesignworkshopen og noe avsatt tid i løpet av en lengre periode i arbeidssammenheng for å teste løsningen. For intervjuet vil dine svar og tilbakemeldinger bli registrert både muntlig og elektronisk.

Data som blir samlet inn om deg

Det vil bli samlet inn persondata. Det som vil samles inn om deg vil være

- navn
- nettidentifikator
- stemme på opptak

Under intervjuene og co-design workshopen samles data via

Lydopptak. Disse vil bli slettet etter at dataene er transkribert og analysert.

Under den endelige testingen av lavfidelitets-prototypen samles data via

Videopptak av prototypens bruk (uten ansikt). Disse vil bli slettet etter at dataene er transkribert og analysert.

Deltakelse er frivillig

Deltakelse i prosjektet er frivillig. Hvis du velger å delta, kan du trekke tilbake samtykket når som helst uten å oppgi noen grunn. Alle dine personlige data vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern - hvordan vi lagrer og bruker informasjonen din

Vi vil bare bruke informasjonen din til det formålet vi har forklart i dette brevet. Vi behandler informasjonen som konfidensiell og i samsvar med personvernregelverket. Bare medlemmer av prosjektet vil ha tilgang til informasjonen. Dataene vil bli lagret på sikrede NTNU-servere med koder for å anonymisere brukerdata. Denne koden vil være tilgjengelig for prosjektlederene så snart e-posten mottas fra deltakerne for å slette dataene deres. Deltakerne vil bli informert om det samme.

Hva skjer med dataene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Informasjonen vil bli anonymisert når prosjektet er fullført/oppdraget er godkjent, noe som er planlagt å være innen 30.08.2024. Ved denne datoen vil behandlingen av dataene avsluttes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg basert på ditt samtykke.

A – Samtykkeskjema

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å få tilgang til hvilken informasjon vi behandler om deg, og å motta en kopi av informasjonen
- å få rettet opp informasjon om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å klage til Datatilsynet om behandlingen av personopplysningene dine

Hvis du har noen spørsmål om studien

Eller ønsker å vite mer om eller utøve dine rettigheter, vennligst ta kontakt med:

Masterstudent: Madelen Gamborg-Nielsen - bjorgmg@stud.ntnu.no

Hovedveileder (ID): Ashis Jalote Parmar - ashis.jalote.parmar@ntnu.no

Biveileder (MH): Oddbjørn Hove - oddbjorn.hove@helse-fonna.no

NTNU's personvernombud: Thomas Helgesen - thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSDs vurdering av prosjektet, vennligst kontakt:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post

(personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 555 82 117

B – Intervjuguide

Intervjuguide

Forklar formålet med intervjuet;

- Intervjuet gjennomføres i forbindelse med min masteroppgave ved NTNU. Jeg studerer Industriell design og har siden august samarbeidet med psykologspesialist Oddbjørn Hove. Tidligere jobbet jeg med å sette design på kartleggingsverktøyet han jobber med, mens i år skal jeg jobbe mer bredt for å se på hvordan behandlingen kan utformes for å bedre tilpasses personer med nedsatt kognitiv fungering.
- Behandle vilkårene for konfidensialitet;
- Forklar formatet på intervjuet; semi-strukturert intervju
- Angi hvor lang tid intervjuet vanligvis tar; 1 time
- Fortell dem hvordan de kan kontakte deg senere hvis de ønsker det;
- Spør dem om de har noen spørsmål før dere begge starter intervjuet;
- Interessert i å delta på co-design workshop?? Uke 9 (27.feb-1.mars), 10 (6. mars) eller 11 (12.-15.mars).

Case: Vi har en pasient med navnet Ole. Ole har generelle lærevansker og autisme. En ting Ole opplever at vi ikke er gode nok på er informasjon til han som pasient. Dette gjelder informasjon om kartleggingsresultater, diagnoser, formidling av hvorfor vi anbefaler han ulike typer behandling eller intervensjoner. Dette påvirker Oles motivasjon til å gjennomføre endringer og høre på det legen sier. Resultatet er dermed fravær av effekt eller mindre effekt av behandlingen og Ole får ikke den endringen han trenger.

Kategorier

1. Medisinsk ekspertise og rolle
2. Informasjon som blir lagret om pasienten
3. Hvordan deles informasjon med andre profesjoner
4. Deres ønsker og behov

Generelle spørsmål

1. Hvordan ble du interessert i psykisk helsevern, og hva motiverte deg til å forfølge en karriere innen dette feltet?
2. Hva er dine hovedansvarsområder og oppgaver i denne posisjonen?
3. Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg?
4. Hvilken type behandling bruker du i din praksis? (f.eks. kognitiv atferdsterapi?)
5. Jobber du tverrfaglig, og i så fall, hvordan er samarbeidet med andre profesjoner?
6. Hvordan opplever du kommunikasjonen mellom ulike profesjoner i psykisk helsevern?
7. Er det noen spesifikke områder der du mener det kan være forbedringspotensial?
8. Hvordan ser behandlingsløpet for pasientene ut i din enhet?
9. Ser du potensielle forbedringsmuligheter i disse behandlingsløpene?
10. Hvordan ser kommunikasjon med pasienten ut?
11. Hvilken informasjon blir delt til pasienten?
12. Hvilke opplysninger blir hentet ut og lagret om pasienten?

B – Intervjuguide

Brukermedvirkning

1. Hvordan kan brukermedvirkning og pasientperspektiver integreres i forskningsprosjekter for å sikre at omsorgstilbudet er tilpasset behovene og preferansene til denne pasientgruppen?

Forskertilpassede spørsmål:

1. Kan du gi en oversikt over det nåværende landskapet innen psykiatrisk behandling for pasienter med kognitiv nedsatt fungering i Norge?
2. Hva er de primære utfordringene helsepersonell står overfor når det gjelder å gi effektiv behandling til denne pasientgruppen?
3. Kan du gi oss en oversikt over dine forskningsinteresser og tidligere arbeid relatert til psykiatrisk omsorg for pasienter med kognitive funksjonshemninger i Norge?
4. Hvilke metodologier eller tilnæringer har du funnet mest nyttige i din forskning på dette området?
5. Hvordan ser du på samspillet mellom forskning og praksis når det gjelder å forbedre omsorgen for denne pasientgruppen?
6. I forskningen din, hvilke tilnæringer har vist seg å være lovende for å forbedre pasientbehandling innen psykiatrisk behandling for individer med kognitiv nedsatt fungering?

Tverrfaglig samarbeid

2. Hvordan ser du på rollen til tverrfaglig samarbeid i å imøtekomme de komplekse behovene til disse pasientene?
3. Hva er de eksisterende hullene eller områdene for forbedring i de nåværende prosessene for pasientplanlegging og behandling?
4. Kan du dele eksempler på vellykkede pasient-sentrerte initiativer eller programmer som har som mål å forbedre kvaliteten på omsorgen for personer med kognitiv nedsatt fungering i psykiatriske settinger?
5. Hvordan påvirker kulturelle og samfunnsmessige faktorer tilbudet av psykiatrisk behandling for denne pasientgruppen i Norge?
6. Fra ditt perspektiv, hva er de viktigste hensynene eller prinsippene som bør informere utformingen av tjenester skreddersydd for å møte behovene til pasienter med kognitiv nedsatt fungering i psykiatriske behandlingsmiljøer?
7. Hvordan ser du for deg integrasjonen av teknologi og digitale løsninger for å forbedre tilgangen til og levering av psykiatrisk behandling for personer med kognitiv nedsatt fungering?
8. Hvilke forskningshull eller ubesvarte spørsmål finnes det innen dette feltet som kunne ha nytte av ytterligere utforskning?
9. Hva er noen av de viktigste funnene fra dine studier som kan ha relevans for utformingen av tjenester for disse pasientene?
10. Hvordan tror du forskning kan bidra til å adressere de nåværende utfordringene innen psykiatrisk omsorg for personer med kognitiv nedsatt fungering i Norge?
11. Kan du dele noen eksempler på suksessfulle samarbeidsprosjekter mellom forskningsmiljøer og kliniske praksiser innenfor dette feltet?
12. Hvordan tror du fremtidig forskning kan bidra til å forbedre kvaliteten på omsorgen for personer med kognitive funksjonshemninger i psykiatriske settinger i Norge?
13. Hvordan kan funnene fra din forskning informere beslutningstakere og interessenter i utformingen av politikk og praksis for denne pasientgruppen?

C - Affinity map

Kommunikasjon med kommunen og andre tjenester



Bilde: Affinitetsdiagram

Kommunikasjon med pasienten

Må bli flinkere på samhandling med pasientgruppen

Madelén

Jeg tenker det er ekstremt viktig å ha med brukerstemmen. For vi kan fantasere ganske mye om hva som er bra for den gruppen, og hva som vil fungere. Men vi vet ikke. Så det å få noen som faktisk har store lærevansker med til å teste, til å si sine meninger om hvordan vi bør gjøre det, det er jo kjempebra.

Madelén

Man må være litt tålmodig. Det må modne litt for pasienten det vi har lyst til å gjøre. At vi ikke nødvendigvis kan kjøre på fra første time med alt det vi ønsker. Men ta det litt til og litt. Noen ganger må man også bruke litt tid på å få til en allianse, bli kjent. At pasienten på en måte er komfortabel med meg som behandler.

Madelén

På et overordnet nivå har jeg nå bare med pårørende som brukermedvirkere. Det har vært kjempefruktbart, med gode innspill. Men etter hvert vil jeg ha faktiske pasienter med til brukertesting. Men jeg har hørt fra andre at det kan være utfordrende når du har en brukermedvirkere på overordnet nivå, som kanskje ikke fungerer skikkelig.

Madelén

Med kognitiv nedsatt fungering er det større behov for tilrettelegging. Enklere måter å snakke på og legge frem ting på, om det for eksempel er en hjemmeoppgave at det må repeteres flere ganger.

Madelén

Noen pasienter er jo henvist av andre, om det er foreldre, det er personale i bolig. De er kanskje ikke så motivert til å gjøre undersøkelser eller til å starte behandling.

Madelén

Noen har kanskje kortere timer hvis de blir fort sliten. Det kan bli mye å fordøye. En annen tilnærming enn for personer uten kognitiv nedsatt fungering. Følger derfor opp lenger enn på for eksempel DPS.

Madelén

For å tilpasse bruker vi ikke vanskelige ord og begreper og vi prøver å forenkle. Vi utdyper ikke, men holder det kort og enkelt.

Madelén

Hvis det er psykoterapi, og for eksempel for en sosial angst, så er jeg også et fobiobjekt. Det kan jo sammenlignes med at hvis du skal behandles for en edderkopp-fobi, så skal du snakke med en stor edderkopp. Det er ikke nødvendigvis det mest behagelige du gjør.

Madelén

Bilde: Affinitetsdiagram

C - Affinity map



Bilde: Affinitetsdiagram

D – Plan for workshop

Plan

Detaljer

Hva	Samskapningsworkshop
Mål	Målet med workshopen er å diskutere konsepter og få ekspertuttalelser om konseptet gjennom samskapningsdesign.
Når	20. mars
Hvor	Møterommet til LUP i Strandgata 202

Tidsskjema

12.30 - 13.00	Velkomst og presentasjon av konseptet
13.00 - 13.45	Diskusjon av konsepter i team (oppgaver under)
13.45 - 15.00	Teamene vil presentere sine ideer og tanker (20 min)

Oppgaver

- 1. Tilbakemeldinger**
Diskuter konseptet og skriv ned tilbakemeldinger, positive og konstruktive.
- 2. Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?**
Er fordelene klare og overbevisende? Adresserer det effektivt behovene til brukergruppen?
- 3. Hvordan kan løsningen svare på problemene?**
Hvilke krav må løsningen ha for at konseptet skal være velfungerende?
- 4. Potensielle risikoer**
Brainstorm potensielle risikoer og utfordringer knyttet til konseptet. Diskuter strategier for å redusere disse risikoene og sikre vellykket implementering.
- 5. Oppsummering**
Oppsummer neste steg og utvikle en handlingsplan. Bestem hvilke endringer eller tilpasninger som må gjøres for at konseptet kan bli vellykket.

Beskrivelse av konsept som skal diskuteres på workshop 20. mars

Hvorfor:

Personer med nedsatt kognitiv fungering har større sjanse for å utvikle psykiske lidelser. De samme metodene brukes i behandling som for andre mennesker, men det er lite forskning på behandling for denne gruppen. Behandling baserer seg ofte på kognitiv atferdsterapi, som er en terapiform der pasienten jobber selv mellom terapitimer. Det er ulikt hvordan pasienter følger behandlingsløpet utenfor terapitimer, basert på koordinering av tjenester og pasientens fungering.

Barrierer:

- Hjemmeoppgaver i dag er ofte avhengig av personal og oppfølging i eller utenfor timene
- Pasientgruppen er heterogen og trenger tilpasset behandling basert på individuelle behov
- Det er usikkerhet rundt om pasienten leser materialet de har med hjem som deles ut av behandler, og pasienten kan glemme å utføre hjemmeoppgaver og å ta med mappen med oppgaver til neste time

Konsept 1

Dynamisk verktøy for individtilpasset hjemmebehandling

Målgruppe: Primærbruker 1 og 2: Pasient og behandler, sekundærbruker: Personal og pårørende

Hovedfunksjoner

Bruker 1: Pasient

1. Tilgang til oppgaver og behandlingsplan i eget hjem
2. Påminnelser om å gjennomføre oppgavene
3. Motivasjon (Belønningssystem)

Bruker 2: Behandler

1. Kan legge til individuelle oppgaver dynamisk
2. Direkte kontakt med kommune, personal eller pårørende
3. Frigjøring av tid til andre ting enn hjemmeoppgaver i timene med pasient.

Bruker 3: Kommune

1. Kan følge opp pasienten uten å besøke
2. Kan sende melding til pasienten
3. Kan utvikle belønninger sammen med pasienten og bidra til å motivere

Behov

Konseptet skal utvikles for å dekke et behov som ikke møtes for pasientgruppa i dag. Det vil minke barrieren mellom spesialisthelsetjenesten og personal/pårørende og åpner opp for direkte kommunikasjon. Det vil også gjøre det mulig for behandlere i spesialisthelsetjenesten å dynamisk tildele oppgaver basert på individuelle behov.

E – Presentasjon Workshop

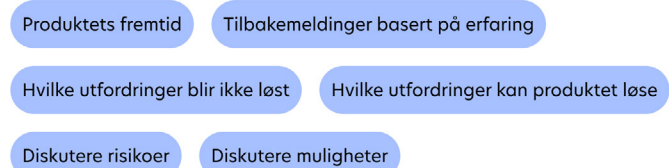
Gruppeinndeling



Deres rolle

- Være kritiske
- Gi tilbakemeldinger
- Skriv ned alt, ingenting er selvsagt eller åpenbart
- Ingen spørsmål er dumme
- Dere er ekspertene!

Mål: Validere foreslått løsning



Agenda

01

(20-30 min)
Presentasjon av
problemområder og
konseptforslag

02

(45 min)
Diskusjon av konsept i
team

03

(60 min)
Diskusjon av
konseptene i plenum

E – Presentasjon Workshop

Hypoteser

Møte pasienten hjemme

Tragge omgivelser og gode relasjoner til tjenesteytere er spesielt viktig for at pasientoppfølging skal føle ut det er trygg og trygg opp. Mange pasienter opplever å ha samme barrierer. Å ikke gå ut til å bygge relasjoner til pasientene og for å bli kjent er viktig.

Manglende støtte til dagligdags oppgaver

For pasienter med lett utviklingshemming er det viktig med å bli selvstendig og bli i bedrifter som omhandler oppfølging. Det er også viktig å være selvstendig, trenger man støtte og trenger pasienter rundt seg. De som har ulene er utsatt for ensomhet, mindre aktivitet og beredhet. Noen mangler støtte til å utføre oppgaver som å lese brev og innkallinger. Det kan også være fra motværende å utføre husholdning. Det kan være utfordrende å husholdning oppgaver som gir ut av behandling.

Personavhengig kommunikasjon

Tjenesteytere gjør sitt beste for å sikre kommunikasjon og gode relasjoner til brukere. Likevel kan mye bli personavhengig når det gjelder kommunikasjon mellom tjenesteytere. I tillegg til utøvelsen, ferdigheter og samarbeid forekommer blant annet, noe som kan gi negative utvirkninger og forverre kommunikasjon til under tjenestene. Kommunikasjon foregår fortsatt over mail og telefon.

Koordinering av egne tjenester

Personer med nedsatt kognitiv funksjon kan ha ulike koordinerte sine egne tjenester. Dette kan føre til ut pasienter faller mellom flere instanser, og mangler den støtten de trenger i hverdagen. Derfor kan det være utfordring, hvilke tjenester en person mottar tilbud fra, og hvem som er ansvarlig for tjenestene å kommunisere med tjenestene.

Overvurdering av pasientens forståelse

I et behandlingsplan i psykisk helse vil en person med nedsatt kognitiv funksjon, trenger tilrettelegging som er tilpasset deres behov. Pasienten må bli med på sitt nivå med tanke på kommunikasjon og evner eller oppgaver. De med høy funksjon kan ha oppgaver som å lese brev og innkallinger. Det kan også være utfordring å utføre husholdning. Det kan være utfordrende å husholdning oppgaver som gir ut av behandling.

Dele observasjoner på tvers av tjenester

Personer med nedsatt kognitiv funksjon mottar tilbud fra flere ulike tjenester, og kanne stort nytte av et godt samarbeid mellom disse tjenestene. Noen tjenester observerer og noterer med hensyn til, noe som kan gjøre det utfordrende å følge opp den helhetlige tilstanden til pasienten og å se hele mennesket.

Heterogen brukergruppe

- Lett** Selvstendig, lite oppfølging, koordinerer egne tjenester
- Moderat** Mye praktisk bistand, koordinerte tjenester, individuell plan
- Alvorlig**
- Dyp**



Målgruppe - Lett utviklingshemming

Bor alene Ofte overvurdert Mindre praktisk bistand Overlatt til seg selv

Få sosiale relasjoner Dårligere psykisk helse Dårligere fysisk helse

Ny brukerreise

1 - start

Sofie er ensom og sitter mye inne. Sofie vegrer seg for å ta buss fordi det er mange mennesker der.

2

Personal på hjemmebesøk legger merke til forandret atferd hos Sofie.

3

Personal ringer fastlegen med godkjenning. Fastlege kontakter psykisk helsevern.

4

Sofie og personal drar på inntakssamtale på poliklinikken.

5

Poliklinikken tar kartleggingsprøver og innhenter bakgrunnsinformasjon og historikk om Sofie.

6

Sofie får etter hvert behandling for sosial angst og laster ned en app med hjelp av behandler. Behandler viser hvordan appen fungerer.

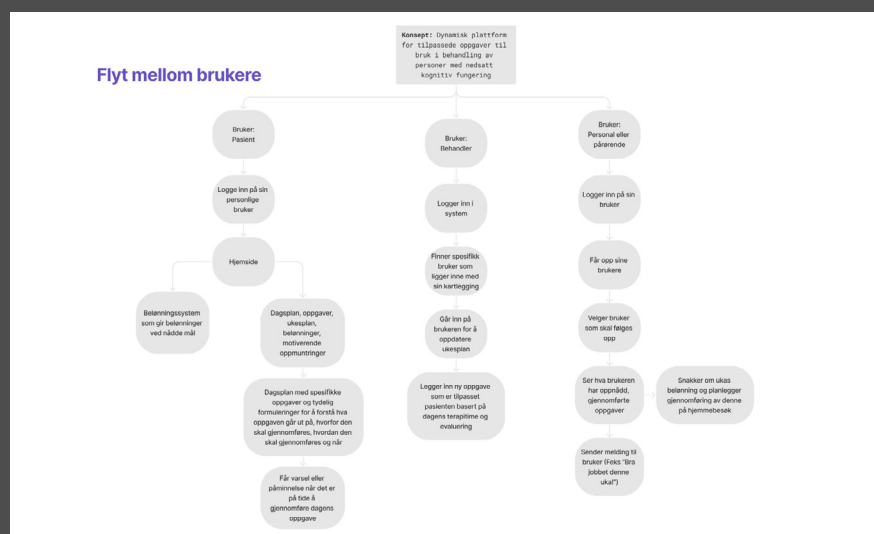
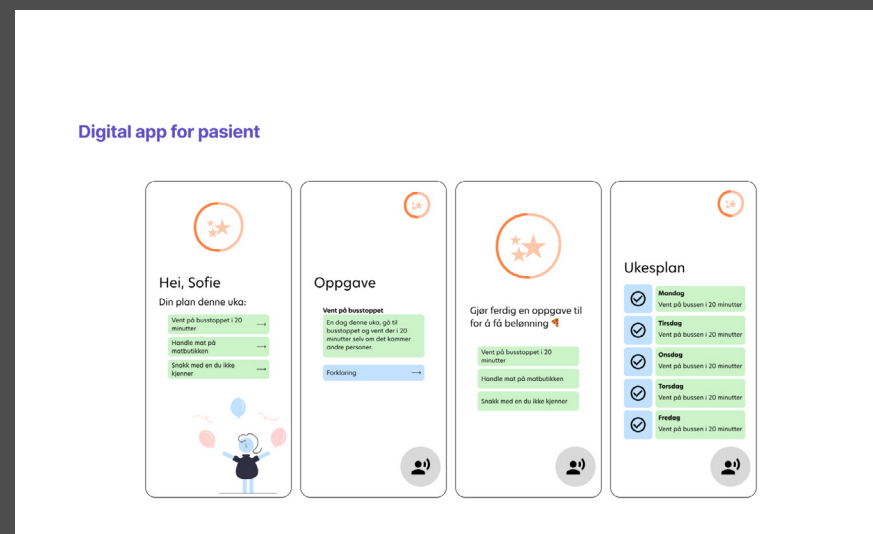
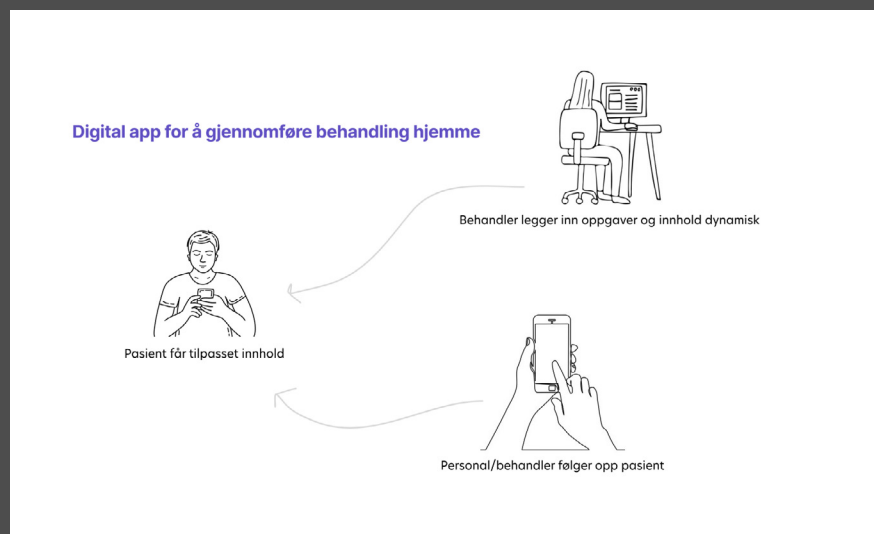
7

Sofie gjør hjemmeoppgaver i appen på mobiltelefonen sin når hun får varslinger eller når hun føler seg engstelig.

8 - slutt

Sofie får belønning for gjennomførte hjemmeoppgaver og drar på en konsert hun har lyst til å dra på.

E – Presentasjon Workshop



5 minutter - Drøft hypotesene (individuell oppgave)

Se over hypotesene

- Var det noen som skilte seg ut? Hvorfor?
- Var det noen du ikke var enig i?
- Var det noen du ville formulert annerledes?
- Var det noe som stemte godt overens med dine erfaringer?

10 min - Diskuter med partner

Oppgave

Skriv ned tilbakemeldinger på post-it lapp og klistre på hypotesen det gjelder. Diskuter og sammenlign med partner.

E – Presentasjon Workshop

10 minutter - Diskusjon i team

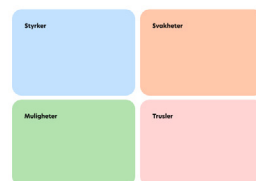
- Tilbakemeldinger
- Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?
- Potensielle risikoer

⚡ Oppgave

Bruk diskusjonspunktene som er utdelt og diskuter med din partner.

5 minutter - SWOT analyse

Oppsummer funnene fra diskusjonen i de fire rutene i SWOT-analysen.



15 minutter - Prototyping

5 min - Bruk arkene med ruter til å komme med forslag til hvordan appen kan se ut for pasienten.

5 min - Vis hvordan kommunikasjon med personal/pårørende kan se ut.

5 min - Vis hvordan belønningssystemet kan fungere

⚡ Oppgave

Bruk utdelt materiale til å designe en app som vil hjelpe og motivere brukeren til å gjennomføre øvelser hjemme. 2 minutter per rute.

15 min - Plenumsdiskusjon

Hver gruppe deler sine tanker og funn og til slutt prototypene de har designet.

Begge grupper kommer med innspill og tilbakemeldinger.

E – Presentasjon Workshop

Oppsummering

Hva har vi kommet frem til?

Felles enigheter eller uenigheter.

A collection of icons and shapes for a workshop. It includes a grid of blue and green rectangles, a set of four grey circles, a central grid of icons (person, speaker, lightning bolt, crossed-out speech bubble, speech bubble, bell, envelope, star, gift, gift, star, trophy, star), a set of four grey rounded rectangles, a set of four orange rounded rectangles, a set of four grey rounded rectangles, and two illustrations of a person holding balloons. Below the main grid are five white rounded rectangles.

Diskusjon i team

1. Tilbakemeldinger

Diskuter konseptet og skriv ned tilbakemeldinger, positive og konstruktive.

2. Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?

Er fordelene klare og overbevisende? Adresserer det effektivt behovene til brukergruppen? Hvilke krav må løsningen ha for at konseptet skal være velfungerende?

4. Potensielle risikoer

Brainstorm potensielle risikoer og utfordringer knyttet til konseptet. Diskuter strategier for å redusere disse risikoene og sikre vellykket implementering.

5. Oppsummering

Oppsummer neste steg og utvikle en handlingsplan. Bestem hvilke endringer eller tilpasninger som må gjøres til konseptet basert på den mottatte tilbakemeldingen.

E – Protokoll for brukertest

Informasjonsskriv for brukertest av prototype

Link til prototpye:

<https://www.figma.com/proto/0qodXPJMEQ9NixitLmJ1EJ/Master?page-id=594%3A1703&node-id=594-1954&view-port=-152%2C396%2C0.19&t=0WvTOntU1VYABC6C-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=594%3A1781>

Gjennomgang og beskrivelse av prototype
Se vedlegg (beskrivelse av app.PDF)

Huskeliste

- Be brukeren tenke høyt og fortelle det de ser og det de gjør som om de forklarer til en som ikke kan se
- Still åpne spørsmål
- o Brukeren skal helst tenke selv
- Ikke legg føringer
- o Se hvor de føler det er naturlig å trykke, i stedet for å guide de til det som er riktig
- o Målet er å se om den som brukertester forstår og klarer å bruke appen på egenhånd
- o Skriv ned dersom de trykker «feil» eller sier noe annet enn det som er «rett» måte å utføre oppgaven.

Avvik

Det er noen funksjoner som ikke fungerer enda, slik som lesehjelp og tale-til-tekst. Det er også noen videoer som skal byttes ut som kun er midlertidig. Noen knapper kan man ikke trykke på, men de er ikke relevante i det som testes nå.

Evalueringskjema

<https://forms.gle/6W4UxCxiqE57xJae7>

-Noter gjerne ned observasjoner underveis og send disse også

Mål

Finne ut om appen er brukervennlig og om en bruker fra målgruppa kan gjennomføre en øvelse.

Manus

Vis appen og gi de mobilen.

- Kan du fortelle hva du ser på skjermen? Fortell om hvilke farger du ser, hva som står der, hva appen vil at du skal gjøre
 - Kan du logge inn
 - Lag en kode som du husker
- Vent til de svarer på hvordan de føler seg i dag

(kommer til skjerm med dagens plan)

- Kan du fortelle hva du ser? Fortell alt du ser på skjermen, hva tror du at appen vil du skal gjøre?
- Kan du gjøre dagens øvelse?

(de kommer nå til en side med informasjon om øvelsen)

- Kan du få teksten lest opp høyt?
- Kan du fortelle hva du ser på siden?
- Hva tror du appen handler om? Hva skal du gjøre?
- Kan du se videoen?

(ser video om hvordan man utfører øvelsen)

Svarer på hvordan de føler seg etter øvelsen

Svarer på hvordan øvelsen gikk å utføre

(kommer til skjerm gi tilbakemeldinger)

- Kan du fortelle hva du ser på skjermen?
- Hva tror du at du kan gjøre her?
- Du vil ikke gi tilbakemelding i dag

(kommer til side med «bra jobba», så til siden med fremgang)

- Kan du fortelle hva du ser på siden?
- Kan du komme videre til nivå 3?
- Hva må du gjøre for å komme til nivå 3?
- Kan du gjøre en anbefalt oppgave?

(kommer til siden med anbefalte oppgaver)

- Hva ser du på siden?
- Hva kan du gjøre her inne?
- Kan du gjøre «gå på kjøpesenteret»?
- Kan du starte øvelsen?

E – Protokoll for brukertest

(kommer inn til øvelsen «gå på kjøpesenter»)

- Hva ser du på skjermen?
- Kan du gjøre øvelsen etter du har sett på videoen og lest teksten?
- Kan du stoppe øvelsen og starte den igjen?
- Hva gjør du når du er ferdig med øvelsen?
- Klikk på smiley for å komme videre x2

Sammendrag

Personer med psykisk utviklingshemming er mer utsatt for psykiske lidelser og bør ha samme rett på tilgang til psykiske helsetjenester som andre i befolkningen. Tilgang til teknologi er ofte en utfordring i hverdagen på grunn av mangel på tilpasning. I dag er de norske helsetjenestene fokusert på den generelle befolkningen, men tar ofte ikke hensyn til mennesker med psykisk utviklingshemming.

Målet med oppgaven er å utvikle en digital helsetjeneste som er universelt utformet og fremmer selvstendighet og egenmestring hjemme. Slik kan individtilpasning av terapien som gis av psykologer i poliklinikken forbedres. Løsningen er en digital tjeneste som fungerer som et supplement for behandling av sosial angst for mennesker med psykisk utviklingshemming. Samarbeidende metoder innen brukersentrert design, prinsipper for interaksjonsdesign, iterativ eksperttesting/analyse og retningslinjer for universell utforming har ledet utviklingen av løsningen. Løsningen ble testet med sluttbrukere, kommunale omsorgspersoner og spesialister i spesialisthelsetjenesten. Selv om de første resultatene er positive, gjenstår det mye arbeid for å gjøre løsningen brukervennlig for sluttbrukere og også validert av behandlere for bruk i klinikker.

Abstract

For people with intellectual disabilities are more exposed to mental disorders and should have the same right to access mental health services as others in the population. Access to everyday technologies is often a challenge due to a lack of adaptation. Currently, the Norwegian health services are focused on the general population but often do not consider people with intellectual disabilities.

The aim of this thesis is to create universally designed mental health services that encourage independence and self-management at home, to improve the adaptability and personalization of therapy provided by psychologists at the clinic. The solution is a digital service that acts as a supplement for social anxiety treatment for people with intellectual disabilities. Collaborative user-centered design research methods, interaction design principles, iterative expert testing/analysis, and universal design guidelines guide the solution development. The solution was tested with end users, municipal caregivers, and healthcare experts. Although initial results are positive, much needs to be done to make the solution user-friendly for end users and also validated by therapists for its use in clinics.

Masteroppgave for student Madelen Gamborg-Nielsen /Master thesis for student Madelen Gamborg-Nielsen

Psykiske helsetjenester tilpasset unge voksne med nedsatt kognitiv fungering
Mental Health Interventions Adapted for Youth with Developmental Disabilities

Unge i dag opplever i økt grad psykiske plager. For personer med nedsatt kognitiv fungering er sannsynligheten større for å få psykiske plager, og de har i tillegg større utfordringer med å sette ord på tanker og følelser. For å forbedre prosessen med å diagnostisere personer med nedsatt kognitiv fungering bør deres perspektiv inkluderes i større grad enn i dag. I dag blir foreldre og andre støttepersoner involvert, noen ganger på bekostning av å involvere den faktiske pasienten. Hvordan kan vi ved hjelp av design skape løsninger som senker terskelen for å involvere personer med nedsatt kognitiv fungering i deres mentale helse vurdering, samt forsikre at informasjonen som oppgis er troverdig?

Prosjektet er samarbeide med psykologspesialist Oddbjørn Hove ved Helse Fonna. I denne oppgaven vil jeg ta i bruk relevante metoder og prosesser fra designmetodologi.

- Sekundærforskning for å undersøke status innenfor dette feltet, forstå nasjonalt pasientforløp og hvordan spesialhelsetjenesten fungerer i dag.
- Primærforskning som kan inkludere intervjuer, brukerundersøkelse og/eller observasjoner.
- Brukerreise og/eller service blueprint for å kartlegge problemområder
- Konseptutvikling basert på utvalgt(e) problemområde(r)
- Brukertesting og evaluering av konsept

Oppgaven fokuserer på å undersøke hvilke metoder som kan tas i bruk for å forstå hvilke tanker og følelser personer med nedsatt kognitiv fungering har og bruke dette i kartleggingen av deres mentale helse. Forventet resultat er å oppdage hvilke problemområder som eksisterer og hvilke(t) av disse som bør fokuseres på ved valg av mulige løsninger. Mulige løsninger som kan oppstå er for eksempel å designe et brukergrensesnitt, en veileder eller intervju, eller designe en verktøykasse ment for enten foreldre eller psykologer.

Oppgaven utføres etter ”Retningslinjer for masteroppgaver i Industriell design”.

Hovedveileder: Ashis Jalote Parmar

Biveileder: Oddbjørn Hove, Psykologspesialist ved Helse Fonna

Utleveringsdato: 12. januar 2024

Innleveringsfrist: 31. mai 2024

NTNU, Trondheim, 11.01.2024



Ashis Jalote Parmar
Veileder

Marikken
Fungerende stedlig leder



Forord

Denne masteroppgaven er skrevet av Madelén Gamborg-Nielsen ved Institutt for design på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2024. Oppgaven presenterer en digital selvhjelpstjeneste for personer med psykisk utviklingshemming som et supplement til behandling for sosial angst.

Jeg vil gjerne takke min hovedveileder Ashis Jalote Parmar for å ha veiledet meg gjennom prosjektoppgaven og masteroppgaven min, gitt meg uvurderlige tilbakemeldinger og guidet meg på rett vei. Jeg vil takke Helse Fonna for muligheten til å jobbe med dette prosjektet. Bi-veileder Oddbjørn Hove vil jeg takke for hans hjelp med det teoretiske aspektet til oppgaven, for hans hjelp med å rekruttere deltakere til intervju og for å bistå med materiell til videoer og grafikk brukt i løsningen. Jeg ønsker å takke Siv-Helen Strand og Ida Marie Nesse for rekruttering av deltakere til brukertest og for fasilitering av disse. Takk til alle som har deltatt enten på intervju, samskappingsworkshop eller brukertest, det er takket være dere prosjektet har hatt grunnlag for å vokse. Takk til leder for NKUP, Ellen Kathrine Munkhaugen, for at du delte din ekspertise og kompetanse ved å stille til intervju.

Innhold

1 Introduksjon	12	3 Sekundærinnsikt	40
1.1 Motivasjon	14	3.1 Digital universell utforming	42
1.2 Bakgrunn	14	3.2 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming	44
1.3 Samarbeid	15	3.3 Gamifisering	46
1.4 Interessenter	16	3.4 Inspirasjon	47
1.4.1 Interessentkart	17	3.4.1 Apper fra andre domener	47
1.5 Tidligere arbeid	18	3.4.1.1 Duolingo	48
1.6 Mål	19	3.4.1.2 Headspace	52
1.7 Psykisk utviklingshemming	20	3.4.1.3 Fitbit	56
1.8 Psykisk lidelse	22	3.4.2 Apper fra samme domene	59
1.8.1 Sosial angst	22	3.4.2.1 eBehandling	60
1.9 Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse	22	3.4.2.2 Constant Therapy	62
1.10 Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse (NKUP)	23	3.4.3 Oppsummering	64
1.10.1 Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming	24	3.5 Oppsummering av sekundærinnsikt	65
1.11 Spesialisthelsetjenesten	24	4 Primærinnsikt	66
1.11.1 Poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP)	25	4.1 Studie 1 - intervjuer	68
1.11.2 Behandlingsløp	26	4.1.1 Metode	70
1.11.3 Arbeidsallianse	26	4.1.2 Hovedfunn	70
1.11.3 Kommunale tjenester	27	4.1.2.1 Smertepunkter	72
1.12 Bidrag	27	4.1.3 Oppsummering	74
1.13 Forskningsspørsmål	28	4.2 Studie 2: Samskapningsworkshop med eksperter	76
1.13.1 Forskningsspørsmål 1	28	4.2.1 Metode	78
1.13.2 Forskningsspørsmål 2	28	4.2.2 Hovedfunn	79
2 Prosess og metoder	30	4.2.2.1 Hypoteser	79
2.1 Den triple diamanten	32	4.2.2.2 SWOT-analyse	83
2.1.1 Prosess	33	SWOT-analyse: Spesialisthelsetjenesten	84
2.1.1.1 Diamant 1: Definere omfang	34	SWOT-analyse: Kommunen	86
2.1.1.2 Diamant 2: Utforske og definere	35	4.2.2.3 Prototyping	88
2.1.1.3 Diamant 3: Utvikle og levere	35	Prototyping: Spesialisthelsetjenesten	89
2.2 Menneskefokusert design	36	Prototyping: Spesialisthelsetjenesten	90
2.2.1 Universell utforming	36	4.2.3 Oppsummering	92
2.2.2 Tjenstedesign	36	4.2.4 Avvik	92
2.2.3 Interaksjonsdesign	36	4.3 Analyse	94
2.3.2.1 Affinitetsdiagram	37	4.3.1 Studie 1: Intervjuer	94
2.3.2.2 MoSCoW	37	4.3.2 Studie 2: Samskapningsworkshop	98
2.3.3 Samarbeidende design	37	Hypoteser	98
2.3.4 Brukertest	38	SWOT-analyse	100
2.3.4.1 Designkritikk og gjennomgang	38	4.3.3 Oppsummering	104
2.3.4.2 Lavfidelitets papirtesting	38	4.4 Retning	104
2.3.4.3 Geriljatesting	39	5 Problemformulering	106
2.4 Atferdsdesign	39	5.2 Brukergruppe	108
		5.2.1 Primærbruker - Pasienten	108
		5.2.2 Sekundærbruker - Behandleren	109
		5.2.3 Tertiærbruker - Omsorgspersonen	109
		Behandlingsplan for Julie	114
		Mål for behandlingen til Julie	115

5.3 "Hvordan kan vi-påstand"	118
5.3.1 Før samskapningsworkshop	118
5.3.2 Etter samskapningsworkshop	118
5.4 Konseptkrav	118
5.4.1 Må	118
5.4.2 Burde	119
5.4.3 Kan	119
5.4.4 Burde ikke	119

6 Designkonsept 120

6.1 Designvalg	126
6.1.2 Oversikt over designvalg	126
6.1.3 Designvalg	128
6.1.3 Designvalg	130
6.2 Løsning	132
6.2.1 Site map	133
6.2.2 Innlogging	134
6.2.3 Dagens øvelse	136
6.2.4 Evaluering	138
6.2.5 Belønning	141
6.2.6 Fremgang og anbefalte oppgaver	142
6.2.7 Anbefalte oppgaver	144
6.2.8 Dagens mål	145
6.2.9 Profil og mål	146
6.2.10 Innstillinger	149
6.2.11 Widgets	150
6.2.12 Integrere iSpe	152
6.2.12 Adminpanel for behandleren	154

7 Prototyping og brukertesting 156

7.1 Designkritikk og designgjennomgang	158
7.2 Brukertest på papir	158
7.3 Geriljatesting av prototype i Figma	158
7.4 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming	160
7.4.1 Mål	160
7.4.2 Hvor	160
7.4.3 Hvem	160
7.4.4 Hvordan	161
7.4.5 Oppsett	161
7.4.6 Resultat	164
7.4.7 Oppsummering	168
7.5 Brukertest av prototype med personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst	170
7.5.1 Mål	170
7.5.2 Hvor	170
7.5.3 Hvem	170
7.5.4 Hvordan	171
7.5.5 Oppsett	171
7.5.6 Resultat	172
7.5.7 Oppsummering	174

8 Diskusjon 176

8.1 Resultat	178
8.2 Begrensninger	178
8.2.1 Tilgang på brukere	179
8.2.2 Motivasjon til å bruke løsningen	179
8.2.3 Begrenset forskningsmaterieell	181
8.4 Refleksjon	184

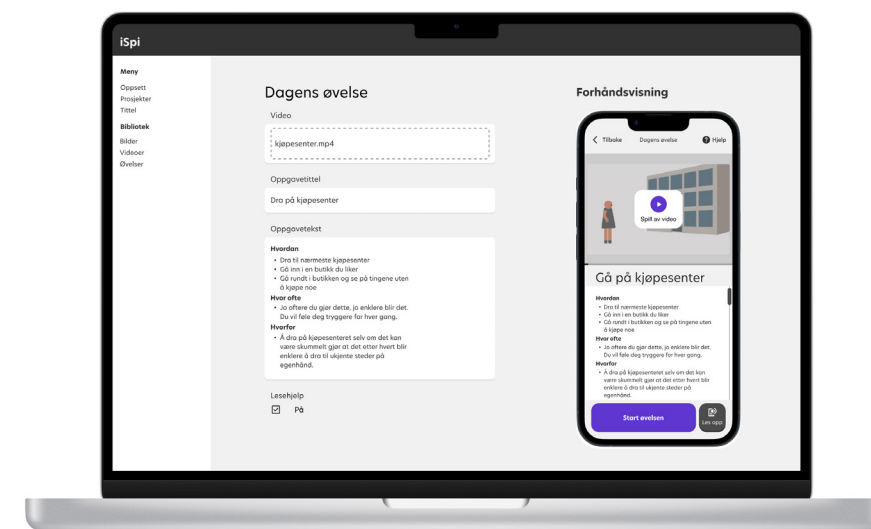
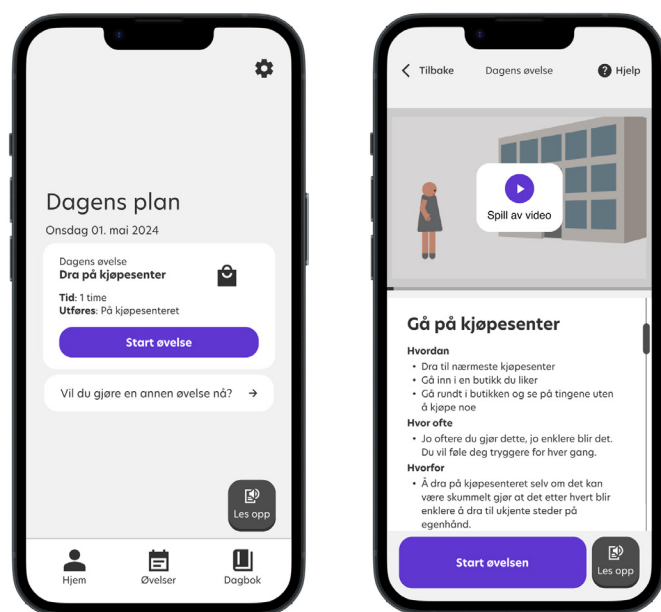
9 Konklusjon 186

9.1 Oppsummering	188
9.2 Bidrag	188

Referanser 190

Vedlegg 196

iSpi



Link til prototype:

<https://www.figma.com/proto/0qodXPJMEQ9Nix-itLmJ1EJ/Master?page-id=722%3A4381&node-id=769-4342&viewport=-143%2C446%2C0.19&t=sSy-LuKXvDUYOGjwn-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=722%3A4449&show-prototype-sidebar=1>



01

Introduksjon

Personer med psykisk utviklingshemming har større sannsynlighet for å bli psykisk syke, men har ikke tilgang på like god psykisk helsehjelp som andre i befolkningen (NKUP 2024). Personer med utviklingshemming blir i tillegg utelatt fra forskning og brukermedvirkning når behandling for psykiske lidelser utvikles. Designere har for lite fokus på tilgjengelighet og brukervennlighet (Shrestha, V. et.al., 2017), noe som spesielt påvirker hverdagen til personer med psykisk utviklingshemming. Å sørge for at det vi designer er brukervennlig kan bidra til økt livskvalitet og økt selvstendighet hos sårbare grupper. De offisielle retningslinjene for universell design er ikke utviklet basert på behovene til de med psykisk utviklingshemming, slik at å følge disse vil ikke være nok. Det er mangler i forskningen om hva som er retningslinjer for design av løsninger for personer med psykisk utviklingshemming. Målet med oppgaven er å utvikle en digital tjeneste som fungerer som et supplement for behandling av sosial angst for mennesker med psykisk utviklingshemming. Målet er at denne skal testes på personer fra målgruppen for å validere brukervennligheten.

12	Motivasjon
12	Bakgrunn
13	Samarbeid
14	Interessenter
16	Tidligere arbeid
17	Mål
18	Psykisk utviklingshemming
20	Psykisk lidelse
20	Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse
22	Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse (NKUP)
22	Spesialisthelsetjenesten
25	Bidrag
25	Forskningsspørsmål

1.1 Motivasjon

Etter designteori og Design 9 begynte jeg å forstå viktigheten av å designe løsninger som er brukervennlige og tilgjengelige. Personer med lett psykisk utviklingshemming, som lever selvstendige liv, mangler gode nok digitale hjelpemidler. Mange har økonomisk verge og har ikke tilgang på egen bank ID som man trenger for å for eksempel kjøpe bussbillett, konsertbillett eller andre tjenester digitalt. Dette kan være et stort hinder i hverdagen. Disse menneskene kan bli overvurdert med tanke på hvor mye de forstår (NKUP 2024). Flere med mild utviklingshemming har dårlige leseferdigheter og trenger tilpasninger med tanke på forenkling av språk. Noen har ikke leseferdigheter i det hele tatt, og sliter med å søke for eksempel voksenopplæring. Derfor kan det være utfordrende å bruke apper og digitale løsninger som det er antatt at alle bruker. I tillegg til utfordringer med å ta i bruk slike løsninger kan designet også gi ekstra utfordringer.

1.2 Bakgrunn

Seniorforsker og psykologspesialist ved Helse Fonna Oddbjørn Hove er leder for poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP). Han har de siste årene jobbet med MindMe og utviklingen av inventarium for støttet psykologisk evaluering (iSpe) i Helse Fonna. Dette prosjektet handler om utviklingen av kognitivt tilgjengelige helsetjenester. Verktøyet er et digitalt kartleggingsskjema som kartlegger psykisk lidelse hos personer med nedsatt kognitiv fungering. For å utvikle løsningen tok Oddbjørn kontakt med NTNU som oppførte prosjektet under valgbare prosjektoppgaver for studentene ved industriell design.

1.3 Samarbeid

Gjennom min prosjektoppgave og masteroppgave har jeg samarbeidet med Oddbjørn Hove i Helse Fonna. Dette har dannet grunnlaget for min motivasjon og interesse for prosjektet og er grunnen til at jeg startet arbeidet. Helse Fonna eies av Helse Vest RHF og er et lokalt helseforetak. Helse Fonna skal gi helsetjenester til innbyggere i Sunnhordland, Indre Hardanger og Nord-Rogaland.



1.4 Interessenter

Dette prosjektet er relevant for helsesektoren, og spesielt de som jobber i psykisk helse eller habilitering. Spesifikt vil det være av interesse for de som er spesialister på området psykisk helse og personer med psykisk utviklingshemming.



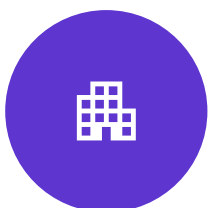
Pasient



Pårørende



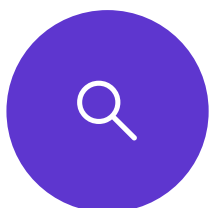
Psykisk helsevern



Kommune

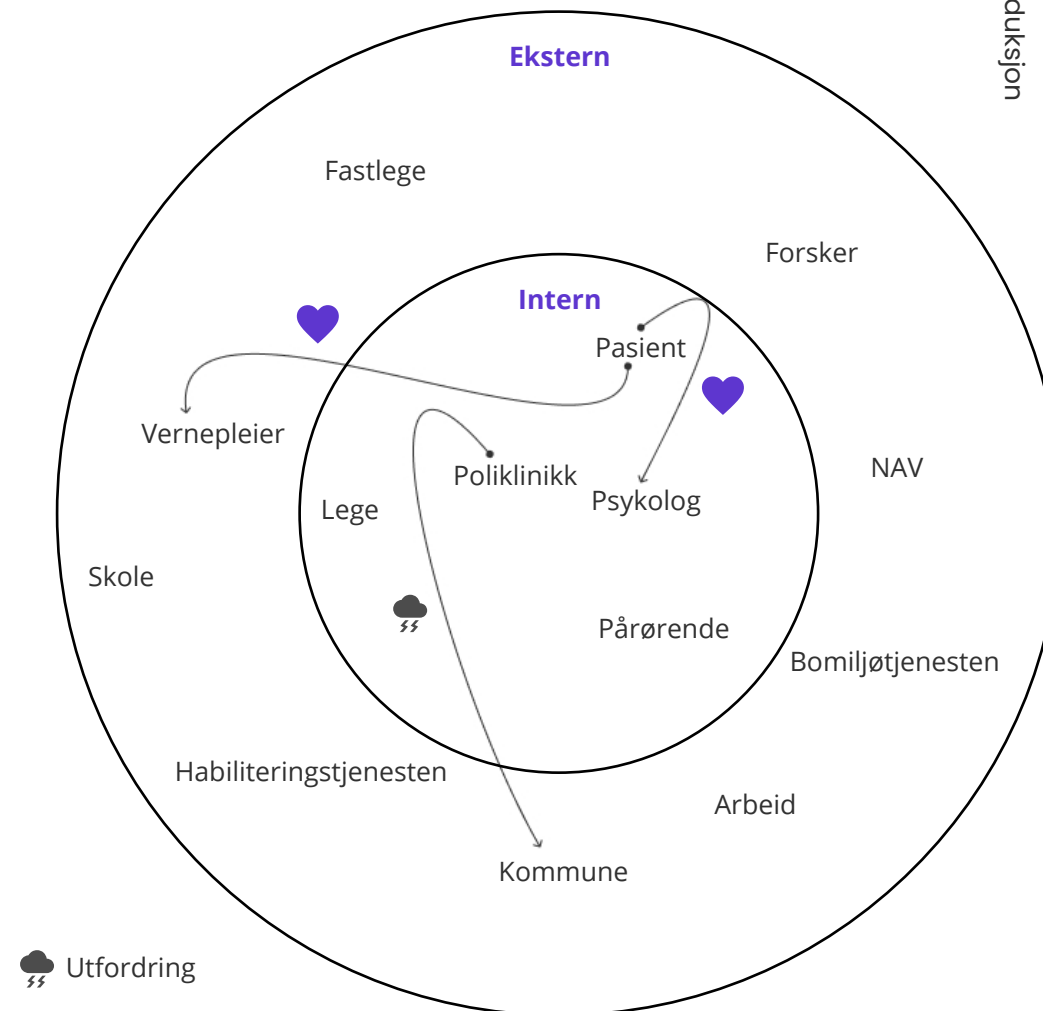


Habiliterings-tjenesten



Forskere

1.4.1 Interessentkart



☁️ ⚡️ Utfordring

♥️ God relasjon

☁️ ⚡️ Poliklinikk - Kommune
Poliklinikken synes det er vanskelig å vite hvem de skal kommunisere med i kommunen.

♥️ Pasient - Behandler
Pasienten har et godt forhold til behandler

♥️ Pasient - Vernepleier
Pasienten har et godt forhold til vernepleieren

1.5 Tidligere arbeid

Masterprosjektet er en fortsettelse på arbeidet jeg gjorde i Design 9. I Design 9 samarbeidet jeg med Helse Fonna for å redesigne deres iSpe-applikasjon, som er utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering (Helse Fonna, u.å.). Applikasjonen brukes som et verktøy i prosessen med å diagnostisere psykiske lidelser. Personer med kognitive utfordringer (for eksempel lærevansker, autisme, utviklingshemming) har vanskeligheter med å uttrykke og formidle sine behov knyttet til mental helse. Egenrapportering og pasientdeltakelse er særlig viktig i vurdering og behandling av mentale helseproblemer. De eksisterende metodene for egenrapportering av symptomer på mentale lidelser er ikke utviklet for å imøtekomme behovene til personer med kognitiv nedsatt fungering (Schwartz, Kramer et al. 2018). Ved å designe kognitivt tilgjengelige selvrapporteringstiltak kan den gyldige egenrapporteringen blant personer med nedsatt kognitiv fungering økes betydelig.

I masteroppgaven ønsket jeg å fortsette dette arbeidet og har derfor videreført mitt samarbeid med psykologspesialist Oddbjørn Hove. Jeg ønsket å bruke det jeg lærte i prosjektoppgaven, men jeg savnet et bedre overblikk over domenet. Derfor satte jeg som mål å forstå problemområdet på et mer overordnet nivå gjennom tjenestedesignmetoder.

1.6 Mål

Mitt mål er å designe en digital løsning som er utviklet for mennesker med utviklingshemming og angstlidelser som målgruppe. Målet er at løsningen skal være brukervennlig for personer med lett utviklingshemming. Slik kan de som tar i bruk løsningen kan leve selvstendig, og selv ta ansvar for å jobbe aktivt med å forbedre angstlidelsen.

Grunnen til at jeg har valgt personer med lett utviklingshemming er at dette er en gruppe med lite oppfølging, få krav til tjenester og en forventning om at skal leve selvstendige liv (Myhr, Kongsgård m.fl. 2022). Dette betyr at gruppen er sårbar for å ikke motta den hjelpen de trenger for å klare seg selv. Samtidig er det en gruppe som har gode forutsetninger for, og ofte et sterkt ønske om, å leve selvstendig.

Jeg ikke skal designe selve innholdet i behandlingsplanen. Dette blir utformet av psykologspesialister og er basert på forskning og kognitiv atferdsterapi. Jeg har blitt tilsendt et oppsett for hvordan en behandlingsplan kan se ut. Derfor bruker jeg sosial angst som et eksempel i løsningen, men denne skal også fungere for andre lidelser.

Løsningen skal være dynamisk og individtilpasset, slik at den vil fungere likt for pasienter med andre psykiske lidelser. Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det er umulig å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å inkludere perspektivene til de faktiske menneskene. Det er derfor et mål for oppgaven å inkludere målgruppen og eksperter i designprosessen for å presentere et designkonsept som er validert og brukervennlig for målgruppen.

1.7 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming defineres i ICD-10 som “en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale” (Helsedirektoratet, u.å.). Personer med psykisk utviklingshemming er en svært heterogen gruppe. En grunn til dette er at det er ulike grader av utviklingshemming som bestemmes av faktorer som blant annet IQ. Det skilles derfor mellom lett, moderat, alvorlig og dyp grad av utviklingshemming.

I tillegg er personer med psykisk utviklingshemming utsatt for flere tilleggslidelser, tilleggsdiagnoser og nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD og autismspekterlidelse. Rundt en tredjedel av personer med psykisk utviklingshemming har en psykisk lidelse (Mazza, M., m.fl. 2020).

Grad	IQ-nivå	Mental alder	Beskrivelse
Lett	50-69	Fra 9 til under 12 år	Lærevansker gjennom skolealder, ofte sosiale og følelsesmessige vansker/forsinkelser. Mange voksne kan klare en enkel, praktisk jobb og inngå i gode sosiale relasjoner.
Moderat	35-49	Fra 6 til under 9 år	Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. Trenger varierende grad av bistand i voksenlivet.
Alvorlig	20-34	Fra 3 til under 6 år	Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. trenger varierende grad av bistand i voksenlivet.
Dyp	Under 20	Fra 3 til under 6 år	Store begrensninger i selvhjelpsferdigheter, kommunikasjon og mobilitet.

Tabell 1: Informasjon om psykisk utviklingshemming hentet fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, u.å.).

1.8 Psykisk lidelse

Psykisk helse er noe alle har, men noen sliter med psykiske plager eller psykiske lidelser (Helsenorge, 2022). Psykisk lidelse er et begrep som brukes kun når en klinisk diagnose er satt. Det vil si at personen har hatt symptomer over tid og av en viss grad og karakter som blir vurdert som en diagnose av fagpersoner. Dette er lidelser som kan gå utover det å leve et normalt liv. En psykisk lidelse kan føre til tap i funksjon og kan påvirke jobb, skole og familieliv. Det finnes flere ulike diagnoser innen psykiske lidelser, og de vanligste i Norge blant voksne er angstlidelser, depresjon og rusmiddellidelser (Martin Steen Tesli 2023). Som et eksempel har jeg derfor valgt ut sosial angst som fokus for oppgaven.

1.8.1 Sosial angst

Sosial angst er den vanligste angstlidelsen i Norge (NHI, u.å.). Den kjennetegnes av en vedvarende frykt om at andre tenker negativt om en. Sosial angst kan føre til at en person ikke klarer å delta i sosiale sammenhenger som de ønsker, og kan føre til en negativ påvirkning på familieliv, arbeidsliv, skolegang og andre viktige sosiale arenaer.

1.9 Psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse

Personer med utviklingshemming har en høy risiko for å utvikle psykiske lidelser. Personer med lett utviklingshemming antas å ha dobbel risiko for en psykisk lidelse, mens personer med alvorlig utviklingshemming har en risiko på tre til fem ganger høyere enn det som er vanlig (Skullerud, Linaker et al. 2000). Store deler av

de felles ressursene til helse- og omsorgstjenesten i landet går til denne pasientgruppen, til tross for at det er en liten pasientgruppe generelt (NKUP, 2024). Behandling av pasienter med psykisk utviklingshemming vil ofte kreve samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. Behandling og involverte parter avhenger av flere faktorer, blant annet personens grad av utviklingshemming, type psykisk lidelse og pasientens evne til medvirkning i behandlingen.

Man kan benytte samme metoder for behandling av psykiske lidelser som de som benyttes i allmenpsykiatrien (Bakken and Sageng 2016). Dersom metodene skal benyttes på personer med psykisk utviklingshemming må de individuelt tilpasses pasienten og deres funksjonsnivå.

Noen tilpasninger må gjøres ved behandling av personer med nedsatt kognitiv fungering (Bakken, 2012). Dette er tilpasninger som å tilrettelegge for at pasienten trenger mer tid, har mindre forståelse for behandlingen og egen diagnose, samt mindre erfaring. Det kan være nødvendig å presentere én ting av gangen og å gjenta viktig informasjon. Dersom det vurderes at pasienten skal ta medisiner bør dette være i tillegg til annen behandling (Bakken, 2012).

1.10 Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP)

Nasjonalt kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse er en kompetansetjeneste som retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Målet er kompetanseheving og kunnskaps- og erfaringsdeling, slik at kunnskapen om utredning og behandling av mennesker med utviklingshemming/autisme og samtidig psykisk lidelse blir bedre.

1.10.1 Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming

I 2024 publiserte NKUP en rapport om tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming. I rapporten kommer det fram at det finnes barrierer på alle forvaltningsnivå, og at dette fører til at personer med utviklingshemming ikke får like god tilgang på helsehjelp i alle deler av landet. Rapporten presenterer anbefalinger knyttet til tilgang på psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming. Rapporten er resultatet av et tjenstedesignprosjekt der deltakerne møttes til workshop to ganger á to dager for først å samle innsikt, og deretter idégenerere basert på barrierer som ble avdekket første dag.

I rapporten presenteres det anbefalinger inkludert anbefalte tiltak som kan minimere barrierene som ble avdekket. Disse anbefalingene adresserer blant annet utfordringene som finnes i spesialisthelsetjenesten. Hovedbarrierene som avdekkes i rapporten er barrierer knyttet til kompetanse, organisering og ressurser. Som inngang i mitt prosjekt har det vært naturlig å se på spesialisthelsetjenesten grunnet tidligere samarbeid med Psykologspesialist Oddbjørn Hove som er leder for poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser i Haugesund. Rapporten til NKUP bekrefter at spesialisthelsetjenesten er en relevant aktør og belyser hvilke barrierer som eksisterer i dag.

1.11 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestens ansvar er fordelt i to. En som har ansvar for de spesialiserte psykiatriske helsetjenestene generelt (psykisk helsevern) og en for personer med utviklingshem-

ming (spesialisert habiliteringstjeneste). Personer med utviklingshemming og samtidig psykiske lidelser trenger ofte tverrfaglig spesialiserte tjenester (Bakken m.fl., 2018, NKUP, 2024).

De deler av spesialisthelsetjenesten som er relevant for denne oppgaven er psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenestens sentrale oppgave i psykisk helsevern er å følge nasjonale behandlingsløp for psykisk helse. Utfordringen knyttet til psykisk helse for personer med utviklingshemming er at de kan falle mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenesten. Dette er fordi psykisk helsevern er spesialisert på psykisk helse, og habiliteringstjenesten er spesialisert på utviklingshemming. Det kreves derfor en dobbeltkompetanse for å behandle psykisk helse hos personer med psykisk utviklingshemming. Ett eksempel på dette er poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP) i Helse Fonna.

1.11.1 Poliklinikk for lærevansker og utviklingsforstyrrelser (LUP)

Poliklinikken er spesialisert på psykisk helse og utviklingshemming, og består av et team av psykologer, psykologspesialister, leger og vernepleiere. Behandlerne i poliklinikken har en dobbeltkompetanse både på psykisk helse og på utviklingshemming. Dette er viktig kompetanse å ha ved behandling av personer med utviklingshemming og psykisk lidelse. Pasientene har utfordringer på grunn av nedsatt kognitive fungering, og derfor må behandlingen tilrettelegges pasientens nivå og tilpasses individuelt. Til tross for at dette er en poliklinikk med mye erfaring, er det vanskelig å videreføre denne erfaringen til andre klinikker. Dette skyldes i stor grad manglende forskning. Manglende forskning er også hovedgrunnen til at de samme metodene og verktøyene benyttes som på normalbefolkningen. Dette betyr at behandlerne selv må tilpasse eventuelle metoder til hver enkelt pasient og deres funksjonsnivå.

1.11.2 Behandlingsløp

Ved henvisning går pasienten inn i et nasjonalt pasientforløp (Helse- direktoratet, u.å.). Det blir da satt en behandlingsplan. Her vil noen få en individuell plan, som også gir en koordinator (Helsedirek- toratet u.å.). En individuell plan betyr at det er flere personer som samarbeider om behandlingen og koordinerer tjenestene rundt. Ofte vil behandlingen inkludere flere tilbud fra kommunale tjenester, slik som dagsenter, arbeid, hjemmetjeneste og lignende.

De som ikke har en individuell plan vil i større grad koordinere egne tjenester. Eller få hjelp av fastlege, pårørende eller andre til å gjøre dette. Da vil man i hovedsak følge det nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus. Det er ofte fastlegen til pasienten som sender henvisningen videre til spesialisthelsetjenesten ved mistanke om psykisk lidelse. Det er psykolog- spesialister i spesialisthelsetjenesten som avgjør om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke, og om de skal inn i et pasientforløp. Når pasienten er i pasientforløpet vil de møte opp på poliklinikken ved avtale. Pasienten vil likevel være avhengig av god støtte fra kommunale tjenester, også mens de får behandling hos spesialisthelsetjenesten.

1.11.3 Arbeidsallianse

Et viktig aspekt av behandling i psykisk helsevern er arbeidsalliansen mellom behandler og pasient (Cruz og Pincus 2002, Garcia og Weisz 2002, Hartley, Redmond m.fl. 2022). Dette er forholdet pasienten har til behandler, og bestemmes i stor grad av om behandler legger til rette for å skape en god relasjon med pasienten. Gjennom en sterk arbeidsallianse har pasienten tillit til behandler, og pasient og behandler jobber mot et felles mål (Mush- lin og Appel 1977, Starfield, Wray m.fl. 1981, DiMatteo og DiNicola 1982).

En svak arbeidsallianse kan føre til at pasienten mangler motivasjon og til og med at pasienten avslutter behandlingsløpet tidlig (Garcia and Weisz 2002). Dette er dermed en svært viktig del av behandling i psykisk helsevern, og kan være viktig i utviklingen av digitale helsetjenester.

1.11.3 Kommunale tjenester

Kommunale tjenester er sentralt for personer med psykisk utviklingshem- ming, og kan spille en rolle for de med psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2021). Disse tjenestene varierer fra kommune til kommune, og tjeneste- mottakerens behov og krav. Et eksempel er at en kommune har tilbud om tilrettelagt arbeid, dagsenter og bofellesskap, mens en annen kommune kan ha arbeid via dagsenteret og boliger betjent av bomiljøtjenesten. Personer med nedsatt kognitiv fungering har krav på ulike tjenester i kommunen. De søker da på de tjenestene de trenger, og får vedtak på disse fra kommunen. Hver kommune har et ansvar om å tilby tjenes- tene, men det er opp til hver kommune hvordan disse er utformet.

1.12 Bidrag

Oppgaven bidrar med verdifulle designkonsepter med utgang- spunkt i brukervennlighet for personer med nedsatt kognitiv funger- ing. Verktøy som er designet med og for denne brukergruppa er viktig for å inkludere synspunktene og perspektivene til bruker- gruppa. Dette er et lite steg mot å sikre god helsehjelp for personer med nedsatt kognitiv fungering på lik linje med normalbefolkningen.

Funnene i denne oppgaven vil være verdifulle for behandlere i spesialist- helsetjenesten og helsepersonell i kommunen. For spesialisthelse- tjenesten mangler det i dag et verktøy som gir muligheten til å

individtilpasse behandling, noe som kreves i behandlingen av personer med nedsatt kognitiv fungering. For personale i kommunale helsetjenester, slik som vernepleiere, vil det være nyttig å kunne følge brukere og deres progresjon uten å måtte dra på hjemmebesøk. Hjemmebesøk kan oppleves som inntrengende for noen brukere.

1.13 Forskningsspørsmål

Prosjektet er en videreføring av arbeidet jeg gjorde i min prosjektoppgave. Før prosjektstart hadde jeg derfor et brainstormingsmøte med min bi-veileder for å definere en problemstilling og vinklingen jeg skulle gå inn i prosjektet med. Underveis i prosjektet videreutviklet jeg problemformuleringen og spisset denne etter hvert som jeg opparbeidet mer innsikt. Under står første og andre iterasjon av problemdefinisjonen formulert som forskningsspørsmål 1 og 2.

1.13.1 Forskningsspørsmål 1

Hvordan kan vi inkludere perspektivene til personer med nedsatt kognitiv fungering i deres psykiske helsetilbud?

1.13.2 Forskningsspørsmål 2

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?

“
Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?
”

02

Prosess og metoder

I oppgaven har jeg brukt metoder fra designteori. Jeg har hentet disse fra rammeverk som tjenstedesign, design thinking, interaksjonsdesign og samarbeidende design.

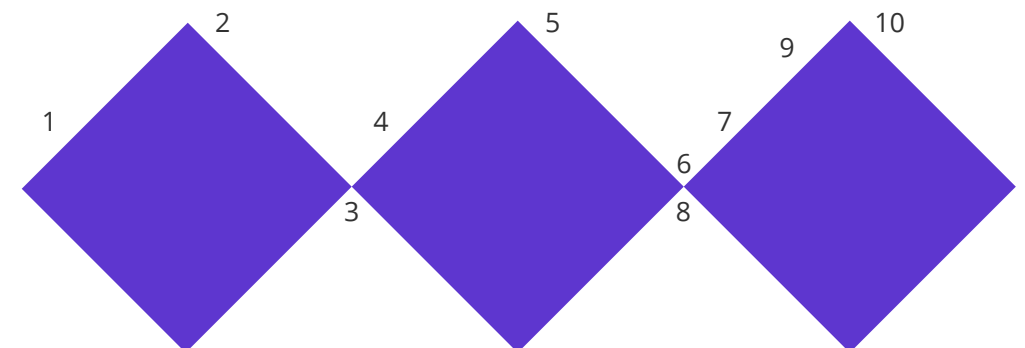
30	Den triple diamant
31	Prosess
34	Menneskesentrert design
36	Brukertesting

2.1 Den triple diamanten

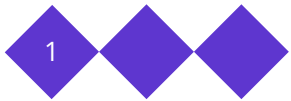
Proessen jeg har fulgt kan visualiseres med den triple diamantmetoden, utviklet av StimuLab (Erland Skogli 2020). Den triple diamanten er basert på Double Diamond, utviklet av British Design Council i 2003 (British Design Council u.å.), som har blitt en svært populær metode for designere. Forskjellen på den doble diamanten og den triple, er at den triple diamanten har en ekstra fase, representert ved en ekstra diamant. Dette var relevant for prosjektet da jeg hadde en prosess ved oppstart hvor jeg definerte og avgrensede forskningsspørsmålet til oppgaven.

2.1.1 Prosess

1. Idégenerering
2. Konseptforslag
3. Problemdefinering
4. Intervjuer
5. Analyse
6. Problemdefinisjon
7. Samskappingsworkshop
8. Konseptkrav
9. Prototyping
10. Brukertestning



Bilde: Min prosess vist med metoden den triple diamanten



2.1.1.1 Diamant 1: Definere omfang

I forkant av prosjektets oppstart definerte jeg noen mål for oppgaven. Dette inneholdt blant annet at jeg ønsket å utvikle og brukerteste en løsning, som jeg skulle utvikle og presentere som et ferdig forslag til løsning. Derfor startet jeg prosjektet med en diamant for å definere avgrensningen til prosjektet og formulere forskningsspørsmålet. Sammen med min bi-veileder og ekspert på området, psykologspesialist Oddbjørn Hove, ble en problemstilling definert. Vi kom frem til ideen om å lage en verktøykasse tilpasset behandlere i spesialisthelsetjenesten. For å samle informasjon og metoder som er tilpasset behandling for personer med utviklingshemming. Problemet i dag er at personer med psykisk utviklingshemming ikke inkluderes i forskning gjennom brukervedvirkning. En hovedgrunn til å fokusere på behandlere i spesialisthelsetjenesten er at det er krevende å involvere brukergrup-

pen gjennom samskapningsdesign i tidslinjen til prosjektet. Derfor ble behandlere valgt som målgruppen for løsningen. Slik kunne jeg involvere behandlere gjennom intervjuer og samskapningsmetoder og utvikle en ferdig løsning ved prosjektets slutt. Personer med psykisk utviklingshemming vil da få bedre behandling og derfor bli positivt påvirket i forlengelse.



2.1.1.2 Diamant 2: Utforske og definere

Innsiktsfasen bestod av desk research, samtaler med bi-veileder og intervjuer. Jeg gjennomførte til sammen ni intervjuer, og intervjuet behandlere i spesialisthelsetjenesten, vernepleiere i kommunen og leder for NKUP for å samle innsikt basert på erfaringen til eksperter. Innsikten fra intervjuene analyserte jeg før jeg dro til Hauge-sund og fasiliterte en samskapningsworkshop for de samme ekspertene. Her var målet å validere problemområdene jeg identifiserte under intervjuene samt validere konseptet som jeg hadde utviklet siden starten av semesteret og definert basert på analyse av intervjuene. Etter samskapningsworkshopen reviderte jeg forskningsspørsmålet, og flyttet fokuset til personer med lett utviklingshemming som målgruppe.



2.1.1.3 Diamant 3: Utvikle og levere

Etter analyse av samskapningsworkshopen og problemfjerning, startet jeg prototyping i Figma. Prototypen ble testet hyppig gjennom designkritikker, designgjennomganger, geriljatester, low fidelity tester og til slutt brukertestet på personer med lett psykisk utviklingshemming. Etter brukertesten gjorde jeg endringer på designet basert på tilbakemeldingene og gjorde prototypen klar til å presenteres som en ferdig løsning. Rett før leveranse ble prototypen testet en siste gang på pasienter som treffer målgruppen.

2.2 Menneskefokusert design

Når målgruppen har nedsatt kognitiv fungering blir det spesielt viktig å ha mennesket i fokus for å sikre brukervennlige løsninger. Derfor har jeg valgt metoder som baserer seg på menneskefokusert design.

2.2.1 Universell utforming

For denne oppgaven vil det være mest relevant å lære om brukerens behov og å teste løsningen hyppig med brukere i målgruppen. I tillegg vil det være relevant å følge retningslinjene i Web Accessibility Guidelines (WCAG) for å oppfylle kravene til universell utforming (Uutilsynet, u.å.).

2.2.2 Tjenstedesign

I prosjektet har jeg benyttet verktøy fra tjenstedesignprosessen slik som interessentkart og brukerreise (Stickdorn and Schneider 2012). Jeg ville få et bredere overblikk over psykisk helse som tjeneste for pasienter med utviklingshemming. Ved å finne smertepunkter i dagens brukerreise ønsket jeg å finne områder som kan forbedres i spesialisthelsetjenesten slik at personer med utviklingshemming kan få en bedre psykisk helsetjeneste.

2.2.3 Interaksjonsdesign

I Design 9 lærte jeg hva som er viktig å tilpasse når man designer for personer med utviklingshemming, og jeg fikk førstehåndserfaring ved å teste prototyper med målgruppa. I dette prosjektet ønsket jeg å utnytte og bygge videre på denne erfaringen. En av lærdommene

jeg tok med meg var at deltakende og samarbeidende design er svært viktig for denne brukergruppa. I denne oppgaven ønsker jeg å bruke interaksjonsdesignprinsipper for å designe et brukervennlig digitaltprodukt.

2.3.2.1 Affinitetsdiagram

I intervjuprosessen brukte jeg Affinitetsdiagram for å kategorisere dataene. Affinitetsdiagram er en metode hvor man samler observasjoner og innsikt som ligner hverandre i respektive kategorier (Hanington and Martin 2019). Slik finner man gjennomgående tema og kan enklere trekke ut viktig informasjon fra en større mengde.

2.3.2.2 MoSCoW

For å prioritere og sette opp krav til konseptet har jeg brukt MoSCoW-metoden (Gibbons 2021). Bokstavene i MoSCoW står for Must have (må ha), Should have (bør ha), Could have (kunne hatt) og Won't have (skal ikke ha). Ved å utføre en MoSCoW-analyse får man en prioritert liste over hva konseptet må inneholde som senere kan omformes til konseptkrav.

2.3.3 Samarbeidende design

Jeg har brukt samarbeidende design i form av å fasilitere en samskapingssworkshop. Et funn jeg gjorde i Design 9 var at samarbeidende design og deltagende design er svært viktig når man designer for personer med utviklingshemming. Et viktig mangelpunkt i forskning rundt kognitiv tilgjengelig helsetjeneste er å inkludere brukere og la brukerne medvirke i denne utviklingen. Jeg har involvert personer med svært mye erfaring fra å jobbe tett med mennesker med utviklingshemming og som har svært høy kompetanse på området. Senere bør det komme bedre metoder for å inkludere menne-

sker med utviklingshemming gjennom deltakende design. Siden dette ikke eksisterer i dag vil omfanget av denne oppgaven være for lite til at jeg har tid til å involvere personer fra målgruppa i prosessen.

2.3.4 Brukertest

Det var viktig for meg å gjennomføre minst én brukertest med brukere fra målgruppa for å validere brukervennligheten til tjenesten. Dette var også eneste mulighet til å involvere brukere i designprosessen. For å få til dette brukte jeg ulike metoder som peer review, geriljatesting, low-fidelity testing, designkritikk, stakeholder presentasjon, samskappingsworkshop for å gjøre løsningen klar for brukertest med personer fra målgruppa.

2.3.4.1 Designkritikk og gjennomgang

Gjennom prototyping har jeg benyttet meg av metoder som designkritikk og designgjennomgang. Designkritikk har blitt gjennomført én til én med veileder og bi-veileder, som er ekspert på hvert sitt område, henholdsvis design og psykologi. Designgjennomgang ble utført med medstudenter som også er designere. Disse metodene har jeg benyttet meg av for å få tilbakemeldinger på designforslaget jeg har kommet frem til gjennom prototyping (Gibbons 2016).

2.3.4.2 Lavfidelitets papirtesting

For å strukturere innholdet og skape en god flyt i løsningen har jeg benyttet meg av metoden lavfidelitets papirtesting. Jeg printet da ut alle skjermbildene i løsningen og la de små papirlappene

i rekkefølge foran de som brukertestet. Denne metoden ble brukt for å teste prototypen på papirformat som kan gjøre det enklere for utenforstående å se løsningens helhet og sammenheng, og samtidig enkelt å flytte rundt på skjermbildene for å endre flyten.

2.3.4.3 Geriljatesting

Geriljatesting er en enkel metode for brukertest, funnet opp av Donald Norman på 1990-tallet (Nichols, 2021). Metoden ble brukt for å sørge for hyppig testing og iterering på prototypen. Denne testingen ble gjennomført med medstudenter for å kvalitetssikre og finne eventuelle feil i prototypen.

2.4 Atferdsdesign

For å utvikle løsningen har jeg brukt prinsipper fra atferdsdesign. Atferdsdesign er en metode som bruker prinsipper fra atferdsvitenskap, psykologi og økonomi for å påvirke menneskelig atferd (IxDF, 2017). Ved å forstå og utnytte hvordan mennesker tenker og handler, kan atferdsdesign bidra til å utvikle løsninger som motiverer og legger til rette for positive endringer i atferd, altså brukervennlige løsninger. I oppgaven bruker jeg begrepet brukervennlighet for atferdsdesign. Dette er spesielt relevant i utviklingen av digitale selvhjelpstjenester, hvor det er viktig å engasjere og støtte brukerne gjennom designvalg som fremmer selvstendighet og egenmestring. I oppgaven har jeg brukt gamifisering for å gjøre løsningen engasjerende og oppmuntrende (Chou, Y., u.å.).

03

Sekundærinnsikt

Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det er umulig å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å inkludere perspektivene til de faktiske menneskene. Det er store forskningsgap når det gjelder design for personer med psykisk utviklingshemming, så der dette er tilfellet er generell forskning brukt. Inspirasjon fra andre domener er også brukt i designprosessen, da det fortsatt mangler godt design i digitale helseløsninger.

- 40 Digital universell utforming
- 41 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming
- 44 Gamifisering
- 45 Inspirasjon
- 63 Oppsummering av sekundærinnsikt

3.1 Digital universell utforming

Universell utforming skal bidra til å la alle delta på lik linje i samfunnet. Ved å følge universell utforming i en utviklingsprosess skal man ta hensyn til mulige nedsettelse hos brukeren. Som utfordringer med syn, hørsel, motorikk og kognisjon. Tanken er at løsninger som er universelt utformet skal være tilgjengelig for alle, også for de uten funksjonsnedsettelse. Universell utforming handler i stor grad om brukervennlighet. I Norge har vi Tilsynet for universell utforming av ikt (uutilsynet) som «har ansvar for å følge opp forskrift om universell utforming av ikt-løsninger, knytt til likestillings- og diskrimineringslova» (Uutilsynet). For å designe tilgjengelige og brukervennlige løsninger finnes det retningslinjer (uutilsynet, u.d.). Tilgjengelighetserklæringen er obligatorisk for offentlige virksomheter, og denne gir en oversikt over hvor godt virksomhetene følger kravene til universell utforming.

For offentlige virksomheter er det vanlig å følge tilsynet for universell utforming av ikt (uutilsynet) sin WCAG-sjekkliste. WCAG står for Web Content Accessibility Guidelines og er retningslinjer utviklet for å sikre tilgjengelige løsninger på nett. Retningslinjer for tilgjengelig innhold på internett er bygd opp av fire prinsipper. Prinsippene er delt inn i retningslinjer som kan testes med suksesskriterier. Utfyllende informasjon om hvordan uutilsynet fører kontroll av nettsider og apper finnes på uutilsynets nettsider (uutilsynet, u.d.). Prinsippene som skal følges for å oppfylle krav til universell utforming kan deles inn i fire hovedkategorier:

1. Mulig å oppfatte
2. Mulig å betjene
3. Forståelig
4. Robust

Disse prinsippene skal gjøre digitale løsninger brukervennlige.

Personer med psykisk utviklingshemming kan ha noen av utfordringene som skal adresseres ved å følge retningslinjene for universell utforming. Likevel er dette en svært heterogen gruppe som kan ha ulike behov. Uutilsynet kategoriserer brukere av ikt-løsninger inn i fire kategorier, motorikk, syn, hørsel og kognisjon. Her vil den mest relevante kategorien for oppgaven være kognisjon. Her finner man nyttig informasjon om hvordan å utvikle tilgjengelige ikt-løsninger for de med nedsatt kognitiv fungering. Først presenteres noen utfordringer personer med nedsatt kognitiv fungering kan ha (hentet fra uutilsynet.no):

- Forstå, oppfatte og bearbeide sanseintrykk
- Konsentrere seg
- Huske (reduert korttidsminne)
- Løse problem
- Lære seg hvordan ting virker
- Fullføre oppgaver

Det er også noen anbefalinger vi som utvikler ny teknologi burde følge (hentet fra uutilsynet.no):

- Informasjonsstruktur og navigering er logisk, intuitiv og konsekvent
- Objekter utformes slik at brukeren forstår hvilke som er viktige og i hvilken rekkefølge de skal benyttes
- Brukeren får støtte til å gjøre riktig med hjelp av tydelige instruksjoner
- Brukeren får hjelp av forståelige feilmeldinger dersom noe blir feil
- Lang eller komplisert informasjon deles opp i kortere deler

- Steg i en prosess nummereres slik at brukeren vet hvor hun befinner seg
- Nok tid til å gjennomføre oppgaver

Til slutt presenteres noen tester for å sjekke om nettstedet eller appen er tilgjengelig. Testene er oppført i tabell og kan leses på uutilsynets nettsider under «Tips for å sjekke din løsning» på uutilsynet.no (uutilsynet, u.d.).

3.2 Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming

Interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming er lite forsket på. Man kan finne noe forskning på interaksjonsdesign for personer med spesifikke diagnoser, men lite generelt for personer med nedsatt kognitiv fungering. Nå har uutilsynet publisert anbefalinger for brukere med nedsatt kognitiv fungering, som er et steg i riktig retning. I tillegg til retningslinjer er det nødvendig å inkludere perspektivene til brukeren i designprosessen for å sikre god brukervennlighet.

Utdrag fra forskning kan summeres til retningslinjer. Det kan være hensiktsmessig å snevre inn målgruppen slik at man kan fokusere på mer spesifikke behov. En person med lett utviklingshemming vil ha andre behov enn en person med alvorlig utviklingshemming. Dette vil skape en begrensning i form av at dersom tilgjengeligheten ikke treffer brukerens spesifikke behov vil løsningen bli utilgjengelig for denne personen. Persontilpasning kan derfor være et krav ved design for personer med psykisk utviklingshemming.

På neste side presenterer jeg noen anbefalinger som jeg har fulgt gjennom oppgaven, og som baserer seg på erfaringer gjort av eksperter slik som min bi-veileder, retningslinjene til uutilsynet og lærdommer fra Design 9.

Anbefaling	Forklaring
Enkel språkbruk	Bruk klart og enkelt språk uten unødvendig kompliserte ord og setninger. Dette kan bidra til bedre forståelse. Dersom personen ikke kan lese burde det være støtte for å få teksten lest opp. (Finlay and Lyons 2001, Finlay and Lyons 2002, White-Koning, Arnaud et al. 2005, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, Bell, Tonkin et al. 2018, Scott and Haverkamp 2018, Sigstad and Garrels 2018, Gjertsen 2019)
Presenter informasjon stegvis	Ha få elementer og presenter en ting av gangen (White-Koning, Arnaud et al. 2005, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, Bell, Tonkin et al. 2018). La brukeren slippe å organisere informasjon ved å kun ha helt nødvendig informasjon på hver side. Dette gjør det enklere for brukeren å forstå og holde fokus. For å sikre at den viktigste informasjonen blir fanget opp kan man gjenta denne informasjonen flere ganger.
Visuell støtte	Bruk bilder, symboler eller annen visuell støtte for å hjelpe med forståelsen (Arscott, Dagnan et al. 1998, Finlay and Lyons 2001, Reid, Vallerand et al. 2009, Ikeda, Krägeloh et al. 2016, O'Keeffe, Guerin et al. 2019). Dette kan være spesielt nyttig for de som har problemer med å forstå eller uttrykke seg verbalt.
Forutsigbarhet	Forutsigbarhet kan være beroligende for personer med psykisk utviklingshemming. For å skape forutsigbarhet bør man ha struktur og rutiner.
Fargebruk	Dersom personene man designer for har autismespekterforstyrrelse bør man ha mulighet for å ha en modus med dempede farger, eller mulighet for at brukeren velger farger selv. Noen farger kan oppleves ubehagelig (Grandgeorge and Masataka 2016, Nair, Priya et al. 2022). Et eksempel er nettsiden www.autism.org.uk som har en funksjon der man kan endre fargene fra sterke farger til dempede farger.

Tabell 2: Designanbefalinger for personer med psykisk utviklingshemming

3.3 Gamifisering

Dette er en tilnærming som bruker prinsippene fra spilldesign for å engasjere og motivere mennesker til å oppnå visse mål (Chou, n.d.). Gamifisering involverer ofte bruk av elementer som poeng, belønninger, utfordringer, nivåer og konkurranser for å gjøre opplevelsen mer underholdende og engasjerende. Målet med gamifisering er å bruke spillmekanismer til å motivere ønsket atferd eller oppnå spesifikke mål.

Gamifisering kan brukes i design ved å inkludere belønningssystemer, utfordringer, konkurranseelementer og feedbackmekanismer. Dette kan fremme motivasjon hos brukeren og gjøre produktet mer attraktivt. Det visuelle, slik som farger og animasjoner, er også en viktig del av spill for å fange oppmerksomhet.

For å inkludere spillmekanismer og øke motivasjon kan man omgjøre oppgaver til konkurranser ved å legge til poeng, nivåer og belønninger. Disse må være i tråd med brukerens kompetanse for å holde på brukerens oppmerksomhet over tid. Et hjelpemiddel er å lage konkurranser der man involverer venner eller andre aktører. Da kan brukeren se sin plassering på et leaderboard. Gamifisering kan brukes for å øke motivasjon og engasjement, noe som kan være svært nyttig når man utvikler en løsning der brukeren må utføre oppgaver eller lære nye ting. Det er viktig å passe på fallgruver slik at brukeren ikke blir for fokusert på spillelementene, men faktisk har oppmerksomheten rettet mot oppgavene og læringsutbyttet.

3.4 Inspirasjon

Jeg har utført en analyse av eksisterende apper innen samme domene, og andre domener. Jeg har særlig sett på domene helse og læring, og tatt for meg populære apper for å se på hvilke faktorer de bruker til å motivere brukeren. Dette er for å forstå hvorfor populære helse- eller læringsapper blir brukt, og hvilke elementer de benytter for å holde på brukerne. Jeg har også valgt å se på eksisterende løsninger som er utviklet for personer med demens og som er utviklet for selvbehandling.

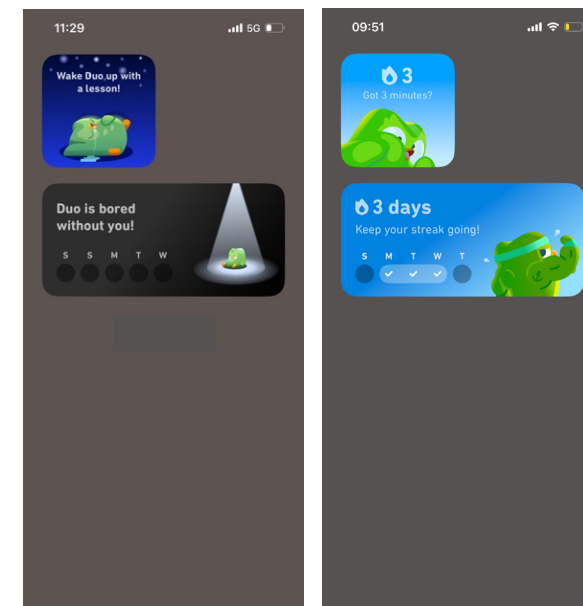
3.4.1 Apper fra andre domener

Jeg har valgt å inkludere apper fra andre domener som inspirasjon til løsningen. Dette har jeg gjort fordi populære apper ofte har store designteam, og høye budsjetter, for å skape en god brukeropplevelse. Eksisterende apper innen samme domene har ofte lavt budsjett og ikke alltid tilgang til designere i utviklingen. Derfor velger jeg ut tre apper fra andre domener til inspirasjon. Slike apper bruker mange virkemidler for å holde på brukerne, og å sikre at brukerne fortsetter å gjøre øvelser for å forbedre egen helse eller lære nye språk. Motivasjon hos mennesker kan være varierende, så det er verdifullt å lære hvilke triks som kan bidra til å holde motivasjonen stabil, og hvordan man får brukeren til å komme tilbake på daglig basis. Jeg har valgt å gå for tre apper fra andre domener som er populære på verdensbasis, nemlig Duolingo, Headspace og Fitbit.

3.4.1.1 Duolingo

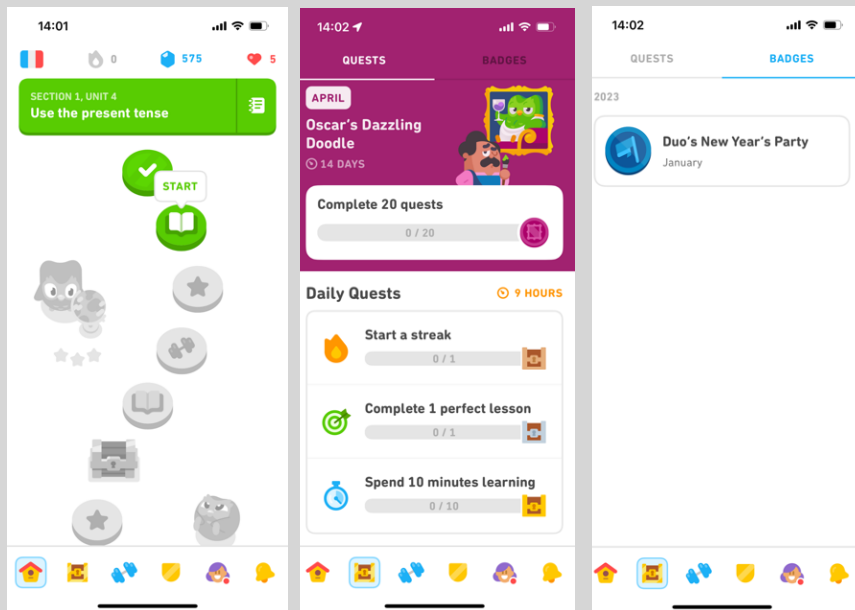
Den svært populære appen for å lære nye språk, Duolingo, brukes av over 37 millioner mennesker på månedlig basis og er lastet ned av 500 millioner mennesker (Daniel, Ch u.å.). Appen bruker uglen Duo som maskot, og dersom man ikke bruker appen eller gjør de daglige oppgavene sine, blir Duo lei seg. Dette er et viktig virkemiddel som benyttes for å oppmuntre til læring. I tillegg benytter de seg av hyppige varslinger, både som push-varsel og på mail.

Dersom man ikke bruker appen og ikke utfører sine daglige oppgaver vil humøret til Duo endre seg negativt. For å forbedre humøret må man bruke appen regelmessig.



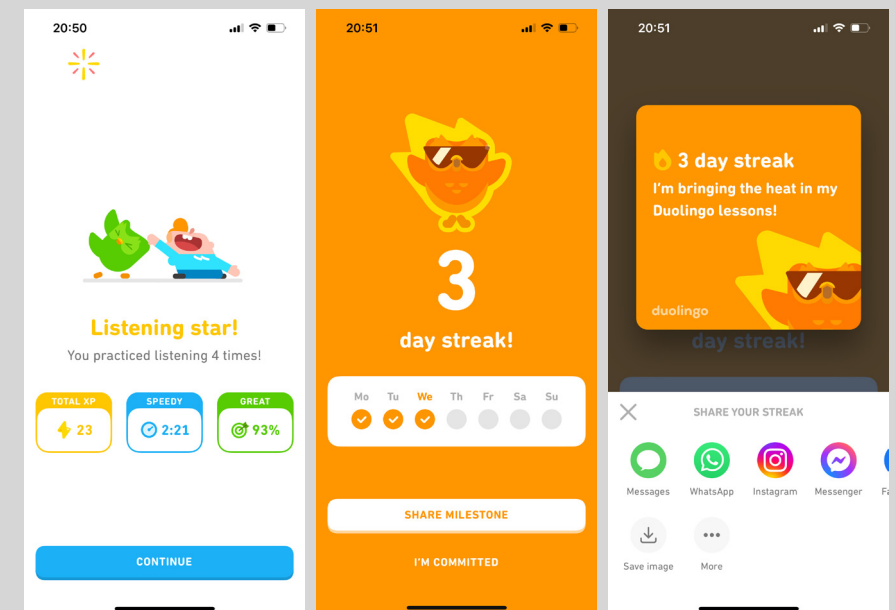
Bilder: Duolingo

Duolingo bruker flere gamifiseringstrategier for å holde brukerne motivert. Her ser vi at de har for eksempel en side som viser fremgang og hvilket nivå man er på, en side med progresjon som viser hvordan man kan oppnå fremgangen, og en side med belønninger.



Bilder: Duolingo

For å motivere brukeren har appen flere ulike belønninger og oppmuntringer når brukeren gjennomfører oppgaver.

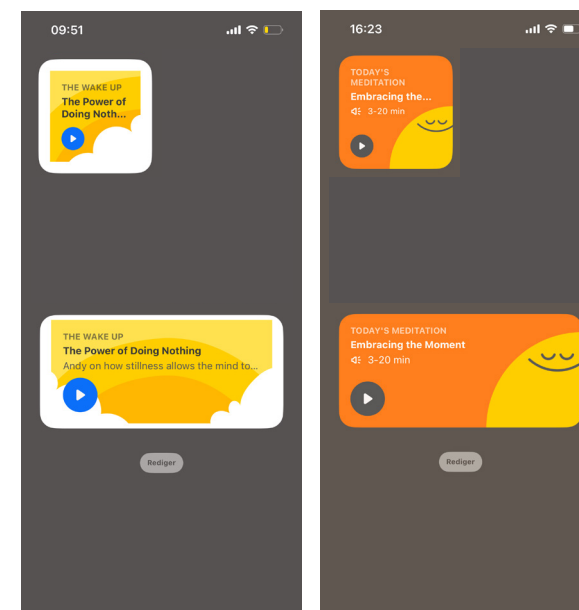


Bilder: Duolingo

3.4.1.2 Headspace

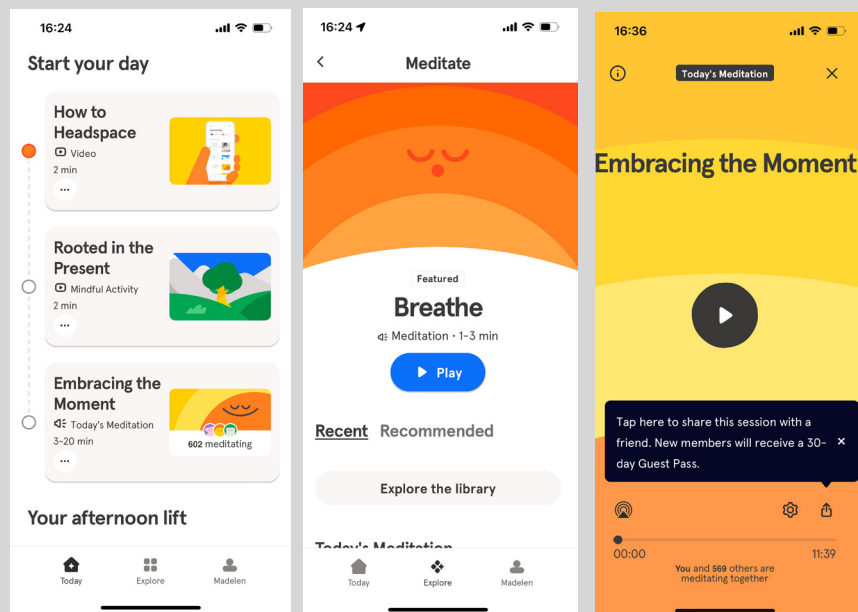
Headspace er en app for meditasjon og mindfulness. Appen tilbyr guidede øvelser med videoer og profesjonelle som snakker brukeren gjennom øvelsene. Den tilbyr brukeren å logge humør og følelser slik som stress og angst, for å vise forbedringskurven over tid. Også denne appen bruker Widgets og push-varslere for å være tilgjengelig for brukeren. Av flere ulike meditasjonsapper er Headspace en av de mest populære, med over 70 millioner nedlastninger (Headspace, u.å.).

Headspace lar brukeren starte meditasjon- og pusteøvelser direkte fra Widgets. Når man starter en øvelse åpnes denne i appen.



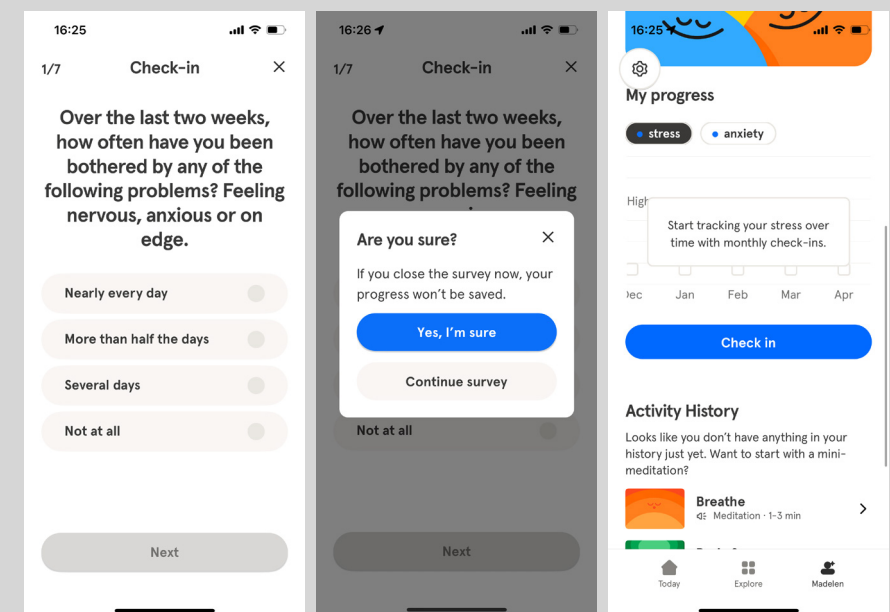
Bilder: Headspace

Appen viser dagens øvelser og lar deg også utforske andre øvelser i menylinjen. Når man starter en øvelse blir man guidet gjennom øvelsen av en instruktør som snakker deg gjennom den. Brukeren kan styre volum og klikke play og pause.



Bilder: Headspace

Appen har "check-ins" der brukeren svarer på en rekke spørsmål om hvordan de føler seg. Dersom man avslutter disse kartleggingene blir ikke informasjonen lagret til senere. Appen lar også brukeren logge ulike parametere som vises som graf.

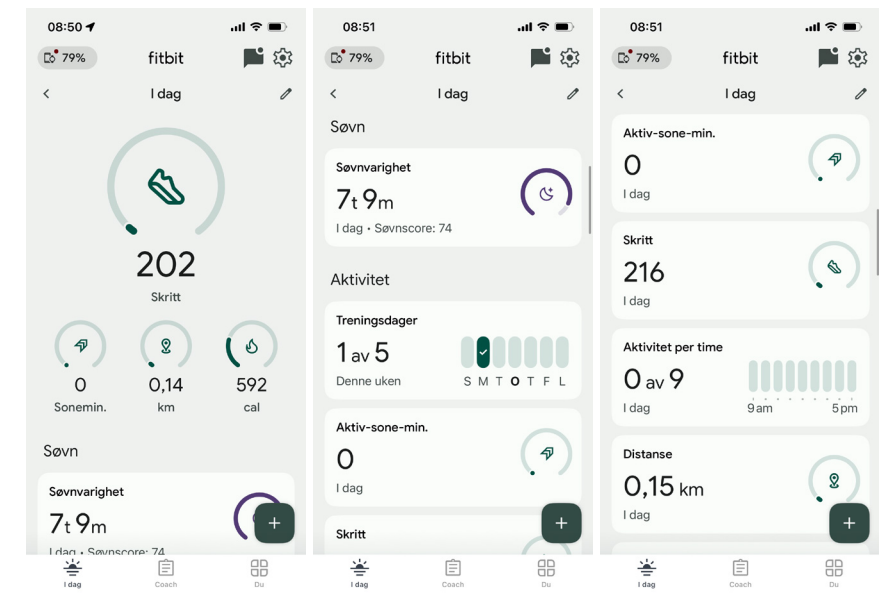


Bilder: Headspace

3.4.1.3 Fitbit

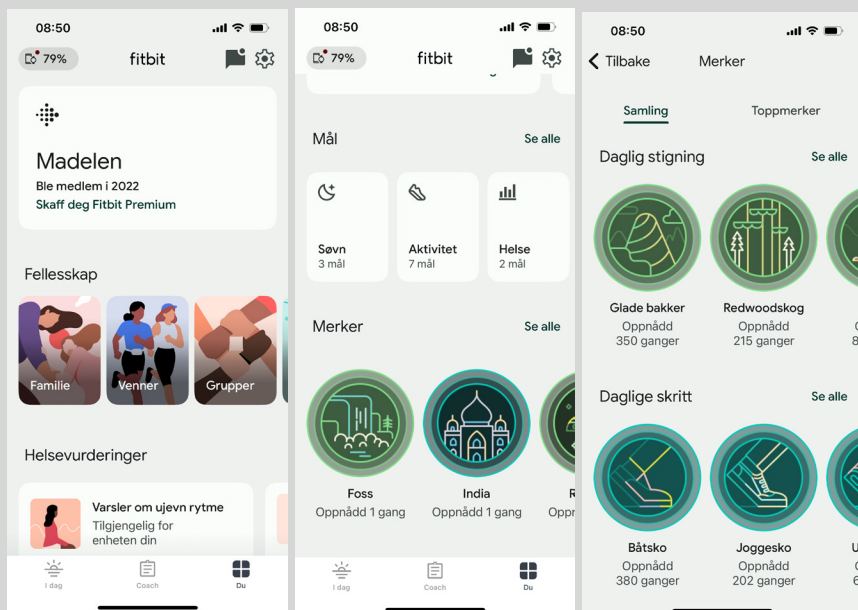
Fitbit er et merke som produserer treningsklokker. Produsenten har solgt over 136 millioner klokker og hadde i 2022 rundt 120 millioner brukere (Statista). Ved bruk av treningsklokkene kan man følge med på data i den tilhørende appen. Jeg har valgt å se på denne appen da den har et oversiktig oppsett med rolige og behagelige farger. Fitbit samler inn flere ulike data, slik som antall skritt, søvn, trening, menstruasjonssyklus, vanninntak og mer. For å organisere denne dataen oversiktlig gjør Fitbit noen gode designgrep som er verdt å ta inspirasjon fra.

Mye av informasjonen som logges gjennom treningsklokken vises på hjem-skjermen i Fitbit-appen. Hjem-skjermen er lang, men justerbar. Brukeren velger selv hvilke data som vises. Selv om det er mye informasjon er alt oversiktig og presenteres på en ryddig måte med behagelige farger.



Bilder: Fitbit

I menylinjen kan man gå inn på en side som viser brukerens mål og belønninger, kalt merker. Det er også mulig å knytte profilen mot venner og familie.



Bilder: Fitbit

3.4.2 Apper fra samme domene

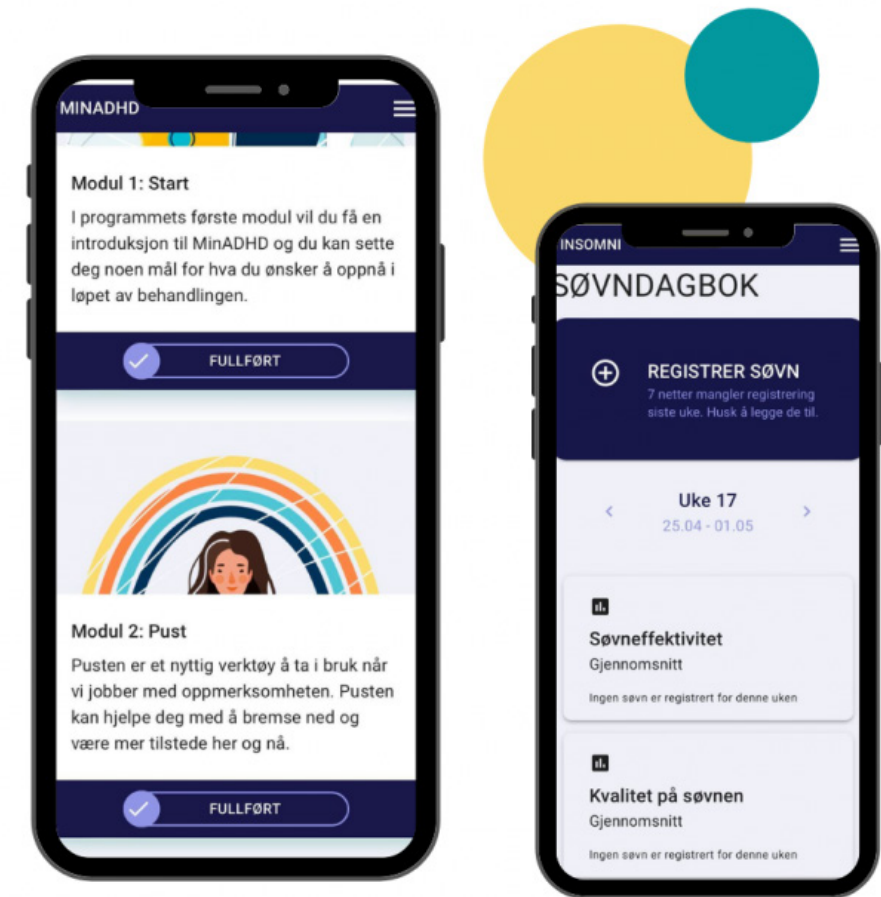
Innen samme domene finnes det en rekke apper som er utviklet for mennesker med demens, autismespekterforstyrrelse og andre funksjonsnedsettelse. Som jeg har sett finnes det ingen digitale helseintervensjoner som er utviklet for personer med psykisk utviklingshemming per dags dato. I helseregion Sør-Øst er det tilgjengelig en intervensjon kalt eBehandling, som har moduler for blant annet angstlidelser og depresjon. Denne er derimot rettet mot befolkningen for øvrig og er ikke tilpasset personer med nedsatt kognitiv fungering. I tillegg er den et alternativ til behandling i klinikk, og er fullstendig nettbasert. Et gjennomgående observasjon blant disse plattformene er at de preges av mangel på design som mest sannsynlig bunner i knappe midler og mangel på designere, samt utfordringer rundt implementasjon som kan være tidkrevende og kostbart, spesielt i helse. Jeg vil likevel se på disse for å undersøke hva som finnes på markedet i dag.

3.4.2.1 eBehandling

eBehandling er behandling for psykisk lidelse over nett (Helse Bergen, u.å.). Behandlingen er ikke et supplement til behandling i poliklinikk, men en erstatning. Den inneholder elementer fra kognitiv atferdsterapi, og pasienten utfører øvelsene hjemme og har kontakt med behandler via meldinger i programmet. Pasienten leser selv informasjon for å få tilgang til behandlingen, og leser kapitler med tekst når de får tilgang.

At brukeren selv må lese tekst og gjennomføre behandlingen på eget initiativ vil ikke passe målgruppen i denne oppgaven. Dette er en brukergruppe med psykisk utviklingshemming i tillegg til psykisk lidelse, og de vil trenge oppfølging fra en behandler. I tillegg vil det være viktig å dra til poliklinikk for å møte behandler, og å komme til andre omgivelser. Å lese mye tekst med ny informasjon vil ikke være brukervennlig for en person med lærevansker eller en som ikke kan lese, derfor ville det vært nødvendig med en funksjon for tekst-til-tale og for visuell støtte dersom behandlingen skulle passet målgruppen. Denne informasjonen må også struktureres slik at brukeren forstår materialet og oppgavene i behandlingen.

Jeg har ikke tilgang til eBehandling personlig, men fra skjermbilder lagt ut på nettsiden deres, vist til høyre, får man et inntrykk. Det ser ut som behandlingen deles opp i delmål og at man får både bilde og tekst i modulene. I kalenderfunksjonen er det dårlig kontrast som kan være vanskelig for de med dårlig syn. Det er også små trykkflater. Bortsett fra dette er eBehandling oversiktlig lagt opp og et godt tilbud i en presset psykisk helse-tjeneste.



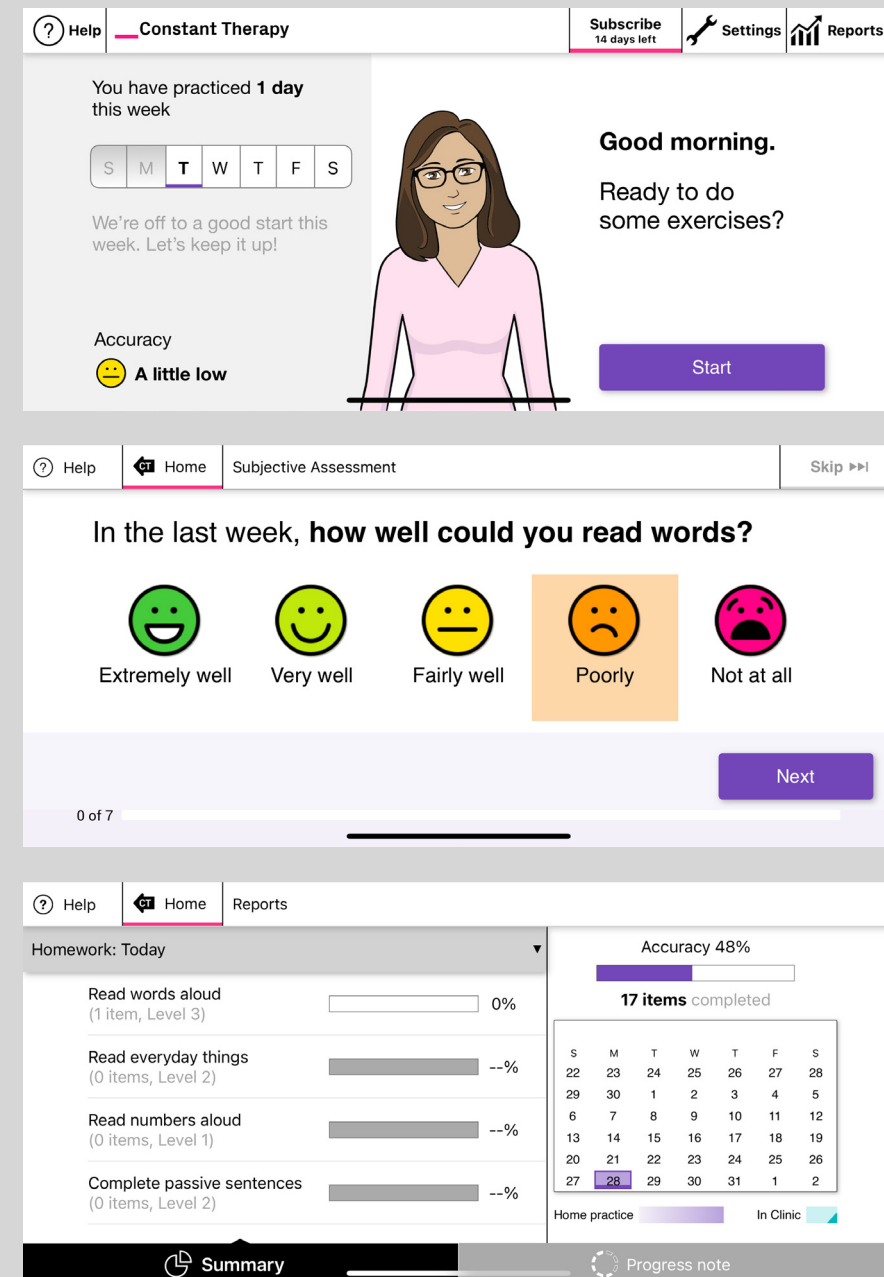
Bilde: eMeistring: Nettbasert behandling

3.4.2.2 Constant Therapy

Constant Therapy er en app for personer med nedsatt kognitiv fungering. Denne gir oppgaver for å øve på ferdigheter som tale, lesing, hukommelse, skriving og mer. Appen har en pasientside og en side for behandlere. Det står på nettsiden at den er forskningsbasert og at målet er å hjelpe personer med nedsatt kognitiv fungering gjennom AI guidede øvelser.

Ved å laste ned appen fikk jeg et førsteinntrykk. Jeg la merke til at under øvelsene kreves det at brukeren svarer på spørsmål med svaralternativer (som vist på neste side), at brukeren snakker inn svar ved å bruke mikrofon, at de skal velge riktig bilde ved å dra dette inn i en boks og at de leser lengre tekster og svarer ved å velge ord som passer. Det var flere alternativer i hver oppgave, slik som oppgaven vist på neste side, der det var fire alternativer.

Fra forskning vet vi at det er anbefalt å ha tre alternativer, men at opp til fem kan gå fint for de med borderline til lett utviklingshemming (Fang, m.fl., (2011)). I tillegg kan det være vanskelig å tyde smiley-er slik som appen bruker. Det appen gjør bra er å bruke tydelige farger, gjennomgående layout, viser progresjon i oppgavene og at man enkelt kan navigere hjem og hoppe over oppgaver. Teksten ble i tillegg lest opp høyt, som er positivt, men noe man ikke kunne kontrollere som bruker. Det var ikke særlig mye tilbakemelding underveis, annet enn tilbakemelding på om svaret var rett eller feil. Det kan være en risiko å måle antall feil og vise at brukeren ikke gjør det bra. Som vist på neste side kommer det opp et misfornøyd symbol når brukeren ikke har gjennomført oppgavene perfekt. Dette kan virke demotiverende for noen.



Bilder: Constant Therapy skjermbilder

3.4.3 Oppsummering

Det er et tydelig skille på dagens marked mellom kommersielle apper slik som Duolingo, Headspace og Fitbit, og selvhjelpsapper utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering. Flere av grunnene til dette er av økonomisk art, og det vil derfor være lite poeng å sammenligne på tvers. Likevel kan man observere hvor mye design kan bidra til å gjøre en app mer brukervennlig for personer med behov for tilpasninger.

Det finnes ikke et supplement til behandling for psykisk lidelse på markedet i dag, kun apper som Constant Therapy og andre, som retter seg mot ferdighetstrening. Gamifiserte helseapper fungerer som inspirasjon grunnet gjennomgående godt design. Her kan man se at det har vært designere med i utviklingen, og de følger WCAG-standarden. Det er god bruk av farge, leselig font, motiverende oppmuntringer med maskoter og animasjoner.

Disse appene er avhengig av brukere og kunder for å overleve, så det er interessant hvilke virkemidler de bruker for å få så mange mennesker til å lære nye språk og meditere daglig. Ved å bruke gamifisering og hyppige påminnelser i form av widgets og varsler får de brukernes oppmerksomhet, og med et attraktivt design trekker de brukerne inn og får de til å faktisk gjøre oppgavene. Jeg vil derfor ta med elementer som farger, oppmuntringer, animasjoner og widgets inn i løsningen for å gjøre denne mer oppmuntrende og attraktiv for brukerne.

3.5 Oppsummering av sekundærinnsikt

- Når man designer nye tjenester burde de som trenger tilpasninger være hovedfokus, ikke de som klarer å bruke tjenestene uansett.
- Design for personer med psykisk utviklingshemming bør forskes mer på, og det krever at personer med psykisk utviklingshemming også inkluderes gjennom brukermedvirkning slik som brukertesting og samskapning.
- Godt design kan være en av de viktigste faktorene for å gjøre en tjeneste brukervennlig for personer som trenger tilpasning, herunder personer med psykisk utviklingshemming.
- I tillegg til brukervennlig design finnes det noen spesifikke hensyn som må implementeres for personer med nedsatt kognitiv fungering, som for eksempel forenkling av språk, få alternativer, god tid, få elementer og mer.
- Det finnes ikke i dag en løsning som supplerer behandling for psykisk lidelse for personer med nedsatt kognitiv fungering.

Brukerne er personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst. Når man har en psykisk lidelse vil det kanskje være ekstra viktig med glade farger og oppmuntrende beskjeder, i en ellers utfordrende hverdag. Derfor ønsker jeg å se på muligheten for å implementere disse elementene og samtidig følge WCAG-standarden og bruke egne erfaringer for å utvikle et kognitivt tilgjengelig designkonsept.

04

Primærinnsikt

Som designer er målet å forstå sin brukergruppe og deres behov. Brukergruppen i dette tilfellet er personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. Det ville vært umulig for meg å sette seg inn i behovene til denne brukergruppen uten å involvere brukere og eksperter. Derfor er det viktig å inkludere perspektivene til menneskene i brukergruppen. Det er store forskningsgap når det gjelder design for personer med psykisk utviklingshemming, så der dette er tilfellet er generell forskning, inspirasjon fra andre domener og eksperters erfaringer brukt.

66	Studie 1 - intervjuer
74	Studie 2 - samskapningsworkshop
92	Analyse
102	Retning

4.1 Studie 1 – intervjuer

Første studie i innsiktsarbeidet bestod av semi-strukturerte intervjuer med eksperter på psykisk utviklingshemming, psykisk lidelse eller med kompetanse på begge områder.

Hva

Semistrukturerte intervjuer

Hvorfor

Innhente innsikt fra eksperter for å forstå problemområder innad i og mellom tjenestene, behovene til de ulike aktørene og behovene til brukerne.

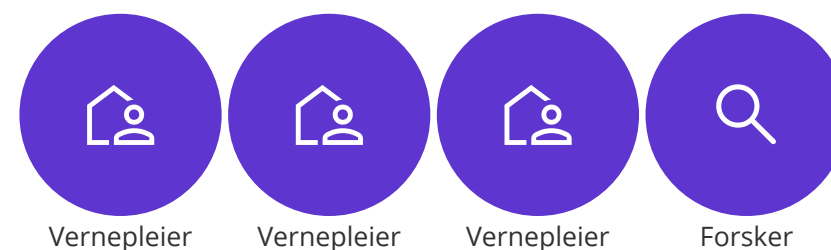
Hvem

Jeg gjennomførte ni intervjuer totalt, og personene hadde ulik bakgrunn. Her kan deltakerne deles inn i om de tilhører spesialisthelsetjenesten eller kommunale tjenester. Deltakerne fra spesialisthelsetjenesten er en del av teamet på LUP, og her intervjuet jeg psykologer, vernepleiere og en lege. Jeg intervjuet en som er psykologspesialist, men som også jobber som forsker innen feltet psykisk utviklingshemming og rus. Fra kommunehelsetjenesten intervjuet jeg vernepleiere og en leder for tilrettelagt arbeidsplass. Jeg intervjuet også lederen for Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk lidelse (NKUP).

Spesialisthelsetjenesten



Kommunen



4.1.1 Metode

Intervjuene ble holdt digitalt over Teams. Intervjuene ble tatt opp via nettskjema diktafon, og transkribert i nettskjema. Intervjuene bygget på semistruktert intervjuteknikk. Spørsmålene ble derfor tilpasset basert på deltagernes svar og erfaring. Under intervjuene holdt jeg spørsmålene relatert til kategoriene under så langt det lot seg gjøre. Intervjuguide kan leses i vedlegg B.

1. Bakgrunn og erfaring
2. Ansvarsområde og hovedoppgaver
3. Tverrfaglig arbeid og kommunikasjon innad i team, eventuelt utover mot andre tjenester
4. Utfordringer de står ovenfor
5. Erfaringer og eksempler fra arbeid med personer med nedsatt kognitiv fungering

4.1.2 Hovedfunn

Intervjuene ble systematisk analysert ved å først gjennomgå transkripsjonen lastet ned fra nettskjema. Fra de transkriberte intervjuene hentet jeg ut nøkkelinformasjon og overførte disse til datapunkter. Datapunktene kategoriserte jeg ved hjelp av affinitetsdiagram, og de ble kodet og plassert i egnet kategori. Jeg endte med fem respektive kategorier, som jeg videre kunne analysere og hente ut smertepunkter fra.

Kategoriene jeg fikk ut ved hjelp av affinitetsdiagram var:

1. Generell informasjon
2. Kommunikasjon innad i teamet
3. Kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester
4. Kommunikasjon med pasienten
5. Behandling: Verktøy og hjemmeoppgaver

Basert på kategoriene jeg fikk med affinity mapping trakk jeg ut seks smertepunkter som oppsummerer utfordringene til aktørene. Disse smertepunktene var henholdsvis:

6. Møte pasienten hjemme
7. Mangler støtte til dagligdagse oppgaver
8. Personavhengig kommunikasjon
9. Koordinering av egne tjenester
10. Overvurdering av pasientens forståelse
11. Dele observasjoner på tvers

Smertepunktene er presentert og beskrevet i detalj på neste side.

4.1.2.1 Smertepunkter

1. Møte pasienten hjemme

Trygge omgivelser og gode relasjoner til tjenesteytere er spesielt viktig for at pasientgruppen skal føle at det er trygt å åpne seg. Å møte pasienter hjemme kan senke barrierer. Å sikre god tid til å bygge relasjon til pasienten for å bli kjent er viktig.

2. Mangler støtte til daglige oppgaver

For personer med lett utviklingshemming er et viktig mål å bli selvstendig og bidra i beslutninger som omhandler eget liv. Selv om man skal være selvstendig, trenger man støtte og trygge personer rundt seg. De som bor alene er utsatt for ensomhet, mindre aktivisering og kjedsomhet. Noen mangler støtte til å utføre oppgaver som å lese brev og innkallinger. Det kan også være lite motiverende å utføre husarbeid. Det kan være utfordrende å huske på hjemmeoppgaver som gis ut av behandler.

4. Koordinering av egne tjenester

Personer med nedsatt kognitiv fungering som bor alene koordinerer ofte sine egne tjenester. Dette kan medføre at noen faller utenfor tjenester, og mangler den støtten de trenger i hverdagen. Derfor kan det være tilfeldig hvilke tjenester en person mottar tilbud fra, og dette gjør det vanskelig for tjenestene å kommunisere med hverandre.

5. Overvurdering av pasientens forståelse

I et behandlingsløp i psykisk helse vil en person med nedsatt kognitiv fungering trenge tilnærminger som er tilpasset deres behov. Pasienten må bli møtt på sitt nivå med tanke på kommunikasjon og øvelser eller oppgaver. Personer med lett utviklingshemming kan ha opparbeidet seg metoder for å late som de forstår mer enn de egentlig gjør, noe som kan føre til at pasientens forståelse blir overvurdert.

3. Personavhengig kommunikasjon

Tjenesteytere gjør sitt beste for å sikre kontinuitet og gode relasjoner til brukere. Likevel kan mye bli personavhengig når det gjelder kommunikasjon mellom tjenester. I tillegg vil sykdom, ferie og utskiftning forekomme blant omsorgspersoner, noe som kan gå negativt utover brukerne og forverre kommunikasjon til andre tjenester. Kommunikasjon foregår fortsatt over mail og telefon.

6. Dele observasjoner på tvers av tjenester

Personer med nedsatt kognitiv fungering mottar tilbud fra flere ulike tjenester, og kunne dratt nytte av at disse tjenestene delte observasjoner og notater med hverandre. Noen tjenester observerer kun korte glimt av personens liv, noe som kan gjøre det utfordrende å fange opp helheten og "å se hele mennesket".

4.1.3 Oppsummering

Jeg utførte til sammen ni semistrukturerte intervju med eksperter på området. Fire av ekspertene jobber i spesialisthelsetjenesten og fire jobber i kommunale tjenester, mens den siste ekspert er forsker. Dette ga meg et bedre overblikk over domenet, og jeg fikk gjort meg noen tanker om hva som er hovedutfordringene til behandlere i spesialisthelsetjenesten. I tillegg fikk jeg verdifull innsikt i hvordan vernepleiere jobber. Dette ga meg et mer nyansert bilde på hvilke tjenester personer med psykisk utviklingshemming har og hvordan disse jobber sammen. Jeg lærte også mer om brukergruppa og hvorfor personer med psykisk utviklingshemming trenger persontilpassede tilbud og behandling, da deres funksjonsnivå og hverdag preges av sammensetningen av faktorer slik som hvilke tjenester de har, hvordan støtteapparatet rundt fungerer, grad av utviklingshemming, tilleggslidelser og psykisk helse.

I tillegg til smertepunktene jeg hentet ut som resultater av intervjufasen, har jeg også oppsummert innsikten i et multiaktørkart som viser brukerresien til de ulike aktørene i sammenheng.

4.2 Studie 2: Samskapningsworkshop med eksperter

Andre studie som inngår i innsiktsfasen var en samskapningsworkshop som jeg fasiliterte for eksperter i Haugesund.

Hva
Samskapningsworkshop

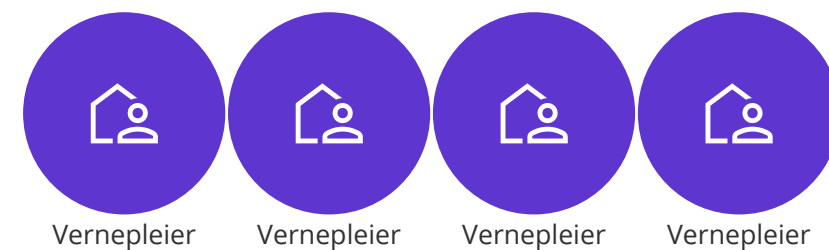
Hvorfor
Validere problemområder og konsept

Hvem
Eksperter fra spesialisthelsetjenesten og kommunen

Team 1 - Spesialisthelsetjenesten



Team 2 - Kommunen



4.2.1 Metode

Jeg holdt en samskappingsworkshop i Haugesund sammen med et utvalg av de jeg intervjuet. Dette var for å validere konseptet jeg utviklet basert på smertepunktene jeg oppdaget ved analyse av intervjuene. Deltakerne fikk først presentert mine funn og metoder for å komme frem til smertepunktene og konseptbeskrivelsen. Så fikk de presentert en lav fidelity prototype som skjermbilder. Jeg viste også en brukerreise og hvordan jeg ønsket å endre denne. Presentasjonen brukt under workshopen finnes i vedlegg E.

Deltakerne skulle egentlig deles i team på to og to. På grunn av noe frafall, utskiftning og noen som måtte komme sent, så ble deltakerne delt inn i to grupper i stedet for tre. Dette førte til at det var to diskusjonsgrupper, en med deltakere fra spesialisthelsetjenesten og en med deltakerne fra kommunen. Dette ga dype diskusjoner og tydelige perspektiv med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens generelle synspunkt og erfaringer og kommunens generelle synspunkt og erfaringer. Det førte til at strukturen for dagen ble endret slik at øvelsene tok lenger tid, plenumsdiskusjonen ble sløyfet. I stedet delte de to gruppene en oppsummering til slutt.

Oppgavene deltakerne fikk var først å diskutere problemområdene, som jeg presenterte som hypoteser. Disse er presentert i 4.1.2.1 Smertepunkter. De ble deretter bedt om å drøfte konseptet med utgangspunkt i diskusjonspunkter som er vedlagt i vedlegg E. Dette skulle de til slutt kategorisere i en SWOT-analyse. De fikk så utdelt ark med wireframes der de kunne designe egne skjermbilder og gjøre endringer på konseptet basert på diskusjonen tidligere.

Konseptet er en app med tre brukere. Dette betyr at det er tre inngangspunkter og tre ulike behov. Med kort tidsramme ble hovedfokuset under workshopen å validere konseptet for pasienten

som bruker. Derfor ble det jobbet mest med diskusjon og design av prototypen for pasientsiden av appen. Noen valgte å diskutere behandlesiden av appen, dette var gruppen med spesialister. Kommunikasjon med behandler eller personal ble også diskutert.

4.2.2 Hovedfunn

Det viktigste funnet under samskappingsworkshopen var at konseptet jeg presenterte fikk god respons av ekspertene og ble validert gjennom øvelsene. Funnene i de respektive øvelsene er presentert i hvert sitt punkt under.

4.2.2.1 Hypoteser

Første oppgave gikk ut på å validere hypotesene som reelle problemområder. Her var ekspertene enige i det meste som ble presentert, mens hypotese 1 - møte pasienten hjemme ble avkreftet. Resten av hypotesene ble validert og nyansert gjennom diskusjon i de to teamene. Kommentarer og nyanseringer er presentert på neste side.

Spesialisthelsetjenesten

Hypotese 1 - Møte pasienten hjemme

- Pasienten ønsker ikke nødvendigvis å få behandler hjem til seg, men for behandler kan det være nyttig å observere pasienten hjemme og se hvilke utfordringer de har
- Psykisk helsetjeneste sliter med god relasjon til pasienter
- Pasienten har psykiske lidelser når de er hjemme, ikke når de kommer inn på kontoret
- Noen ønsker ikke å få behandling i hjemmet

Hypotese 2 - Manglende støtte til dagligdagse oppgaver

- Opplevd å hjelpe pasient med å søke tjenester
- Det er et gap i ferdigheter
- Pasienten ønsker å være selvstendig
- Innkalling sendt ut av spesialisthelsetjenesten er utfordrende da den ikke er tilpasset. Det er mye tekst og avansert språk.

Hypotese 3 - Personavhengig kommunikasjon

- Det må være en tydelig ansvarsfordeling. Når en pasient har kommunale tjenester må spesialisthelsetjenesten vite hvem som er ansvarlig og hvem som er kontaktperson

Hypotese 4 - Koordinering av egne tjenester

- Lett og borderline utviklingshemming holder styr på tjenestene selv
- Noen pasienter går alene til fastlegen og skriver de henvisning på pasientens egen beskrivelse
- Koordinator i kommunen jobber ikke på individnivå, de kjenner ikke pasienten eller tjenestene de har



Kommunale tjenester

Hypotese 1 – Møte pasienten hjemme

- Nøytral møteplass er det beste, dagsenter er bedre enn hjemme
- Ute har man rammer man ikke har hjemme
- De setter pris på å få komme inn på kontoret
- Ønsker ofte ikke møter hjemme, føler seg innvadert
- Tror ikke de ønsker å ha besøk hjemme, spesielt ikke fra 2.linjetjenester. Man har ikke mye hjemmehjelp når man har høy fungering.
- God relasjon er viktig

Hypotese 2 – Koordinering av egne tjenester

- Usikkert om det er så tilfeldig hvilke tjenester pasienten får
- Det er et større behov for hjelp enn det kommunen tilbyr
- Har opplevd pasienter som kommer inn som er i psykisk helse, men som etter hvert viser seg å ha utviklingshemming som ikke er plukket opp tidligere

Hypotese 3 – Personavhengig kommunikasjon

- Turnover og kompetanse er reelt. Kompetansen forsvinner ved utskifting av personale.
- Det er en utfordring rundt manglende personale i vernepleierstillinger i kommunen.

Hypotese 6 – Dele observasjoner på tvers av tjenester

- Må ta seg tid til å innhente samtykke fra pasienten
- Det er informasjon som kommer frem på arbeidsplassen som kunne vært viktig (for andre tjenester dersom de ble delt)
- Noen pasienter kan nekte å samtykke
- Noen har ikke tjenester i kommunen, da har de kun behandling i spesialisthelsetjenesten.

4.2.2.2 SWOT-analyse

Andre og tredje oppgave gikk ut på å diskutere konseptet og vurdere potensielle svakheter eller styrker dersom konseptet blir integrert i dagens psykiske helsetjeneste. Diskusjonspunktene ble oppsummert i en SWOT-analyse der deltakerne kategoriserte punktene som styrker, svakheter, muligheter og risikoer. Dette ble derfor grunnlaget for definisjonen av konseptkravene som ble definert etter workshopen, presentert i 5.4 Konseptkrav. Resultatet av SWOT-analysen er presentert under for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunen.

SWOT-analyse: Spesialisthelsetjenesten**Styrker**

1. Delmål og hovedmål
2. Man kan følge med på sykdommen sin
3. Effektiviserer helsetjenesten
4. Persontilpasning
5. Designet med utgangspunkt i denne gruppa

Risikoer

- | | |
|---|---|
| 1. Kan kreve mer arbeid for behandler | 5. Dette er en gruppe som vil prøve å gjøre behandler fornøyd, det kan føre til at de jukser slik at det ser ut som de har gjort mer enn de har |
| 2. Vi vet ikke om det virker før det testes | 6. Personvern, datasikkerhet |
| 3. Pasienten kan muligens klikke utført på oppgaver de ikke har utført | 7. Pasienten kan bli objektivisert |
| 4. Spesialisthelsetjenesten og behandler kan ikke motta masse varsler, det kan ikke være mulig å sende melding direkte og forvente raskt svar | <ul style="list-style-type: none"> • Bryr seg ikke om behandler • Vi vil ikke ha en heldigital helsetjeneste |

Svakheter

1. Logistikk: Kan man feks koble det mot helsenorge?
2. Må regulere meldinger eller ikke sende meldinger

Muligheter

- | | |
|--|---|
| 1. Man kan ha med egnevaluering | man gjør de oppgavene man får så skal man bli frisk |
| 2. Ha med en "jeg fikk ikke gjort det" - knapp | 8. Behandler kan legge inn tekst som er påminnelser til pasienten og hva de skal huske på til neste time |
| 3. Utvidet system slik at behandler kan velge ulike typer "behandlingspakker" | 9. Kan legge inn bilder som illustrerer oppgavene |
| 4. Bygge en behandlingsprogram-app for terapeuter der man kan sette mål sammen med pasienten | 10. Egenmonitorering |
| 5. Lage helt skreddersydd behandling | <ul style="list-style-type: none"> • Egen opplevelse av mestring ved oppgavene • Kan feks følge egen behandling på en motivasjonsside |
| 6. At dette reflekteres på pasientsiden: <ul style="list-style-type: none"> • Mine oppgaver • to-do-liste, spesifikk for denne pasienten | |
| 7. En behandling slik at hvis | |

SWOT-analyse: Kommunen

Styrker

- | | |
|---|--|
| 1. Blir brutt ned i konkrete oppgaver | 5. Ikke nødvendigvis oppgaver man gjør hjemme |
| 2. At det er individtilpasset er den største styrken | 6. Viktig å ikke skille seg ut i offentligheten. Å ha det på mobilen gjør at de kan blende inn med resten av befolkningen og ingen ser hva de gjør eller hvilken app de er i |
| 3. De som har autisme kan ha en fordel av å slippe sosiale interaksjoner, også med en chat-funksjon der de kan snakke med personal digitalt | |
| 4. Pasienten slipper støy og mas i forbindelse med | |

Risikoer

- | | |
|---|---|
| 1. Å miste motivasjon er en trussel for hele intervensjonen | men så mister man interesse og slutter å bruke appen |
| 2. Å greie å gjøre en endring til tross for fungering | 7. Belønning kan ikke være noe de allerede kan kjøpe selv |
| 3. Få systemene til å snakke sammen, få informasjonen inn i journalen | 8. Belønning må de bestemme selv, ellers tar det veldig mye tid å kartlegge |
| 4. Kan være enkelt for pasienten å sluntre unna oppgaver | |
| 5. At det blir for komplisert | |
| 6. Kan være gøy en stund, | |

Svakheter

- | | |
|---|---|
| 1. Appen må være koblet opp mot en nettside. De i kommunen kan ikke laste ned alle slags apper på jobbtelefonen | 3. Krever at pasienten har god digital kompetanse og utstyret som trengs (smarttelefon) |
| 2. Krever at pasienten har et eget ønske om bedring | 4. Mye tekst og støy slik appen er utformet i dag |

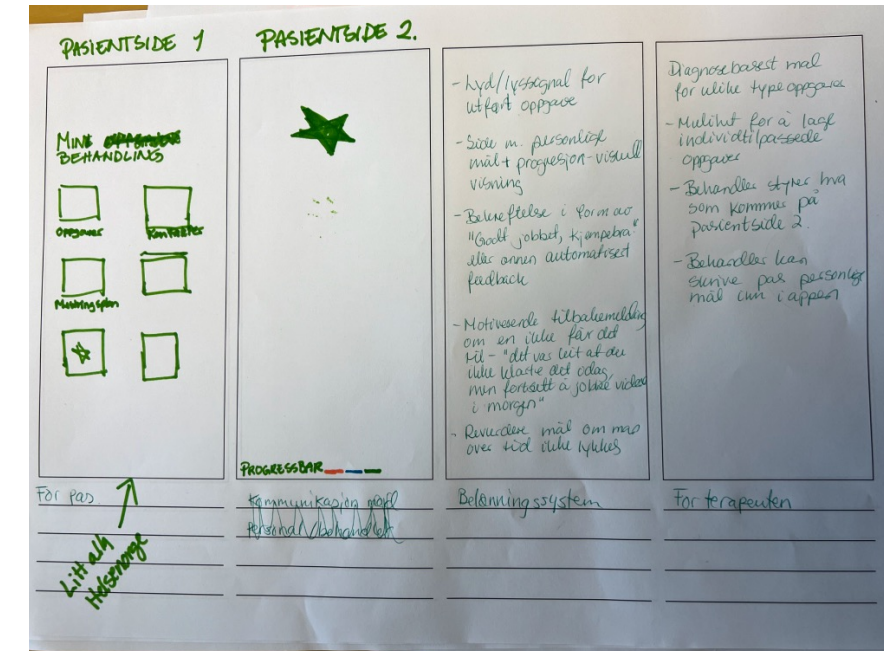
Muligheter

- | | |
|---|---|
| 1. Filmsnutter med psyko-
edukasjon | 7. Noen liker å planlegge, mens andre må ha det steg for steg |
| 2. Man kan legge inn bilder av løste oppgaver som motivasjon | 8. Man kan bytte belønning underveis, eller dele det opp |
| 3. Lyd for påminnelser | 9. Belønning: Kan ta inspirasjon fra treningsklokker eller treningscenter |
| 4. Diagrammer kan være motiverende, ta inspirasjon fra pulsklokker | • I påsken får man ett lodd per trening som gjør at man kan vinne påskeegg, så da trener alle mer |
| • "Du er 20 % unna å nå målet ditt" | • "Hva skjer etter påske?" - Da må man ha en ny konkurranse |
| 5. Man kan legge inn en samtykkeerklæring inne i appen | |
| 6. Justere om pasienten for opp dagsplan, ukesplan, månedsplan basert på individuell tilpasning | |

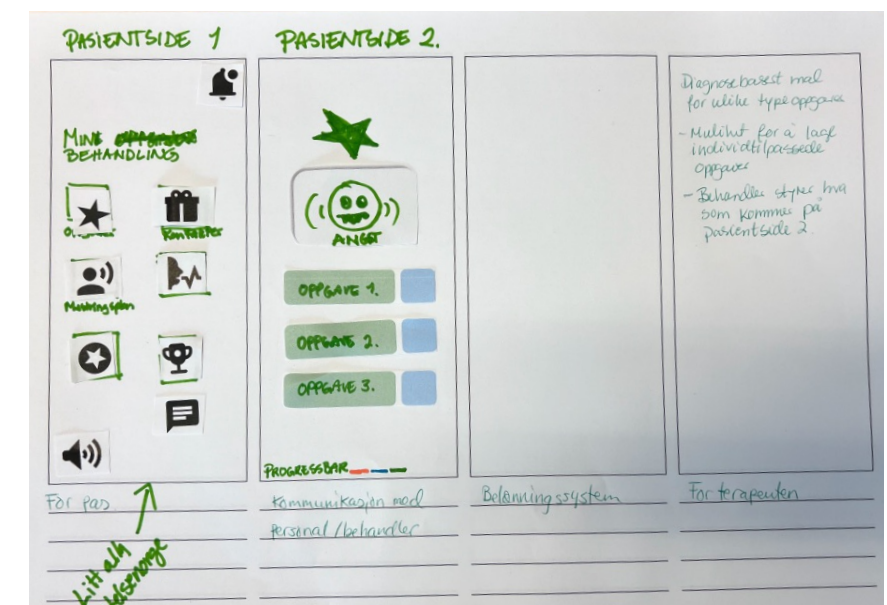
4.2.2.3 Prototyping

Siste oppgave under workshopen var en prototypingsoppgave. Her ble deltakerne bedt om å tegne wireframes til løsningen slik de synes den burde se ut. I denne oppgaven ble alt samlet sammen og kondensert ned til noen konseptkrav som er presentert under analyse. Deltakerne ble bedt om å tegne og fikk utdelt noen ikoner og knapper som jeg hadde klipt ut på forhånd. Likevel var det mye mer tekst og forklaring enn tegninger. Dette kunne blitt unngått ved å starte med noen isbrytnings-øvelser, men dette var det dessverre ikke satt av tid til. Tankene kom likevel frem og ble forklart.

Prototyping: Spesialisthelsetjenesten

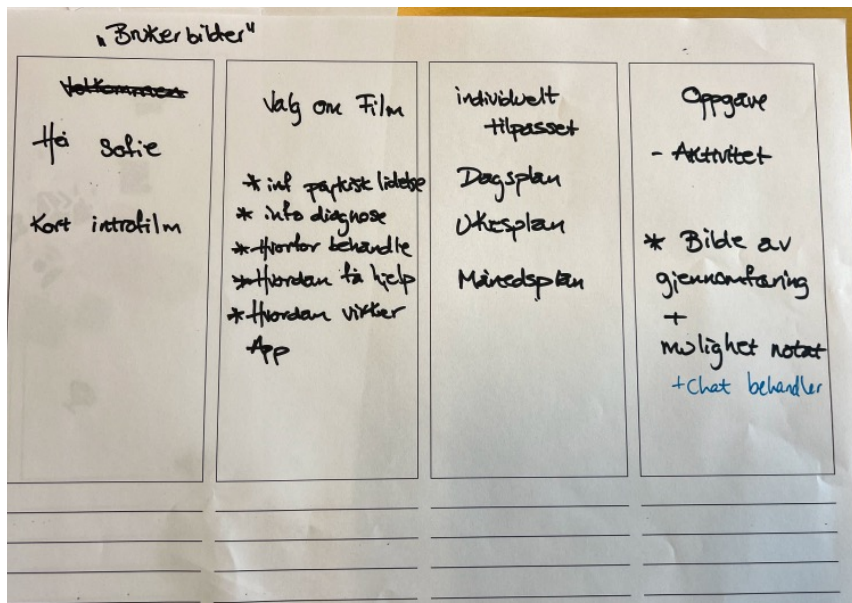


Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

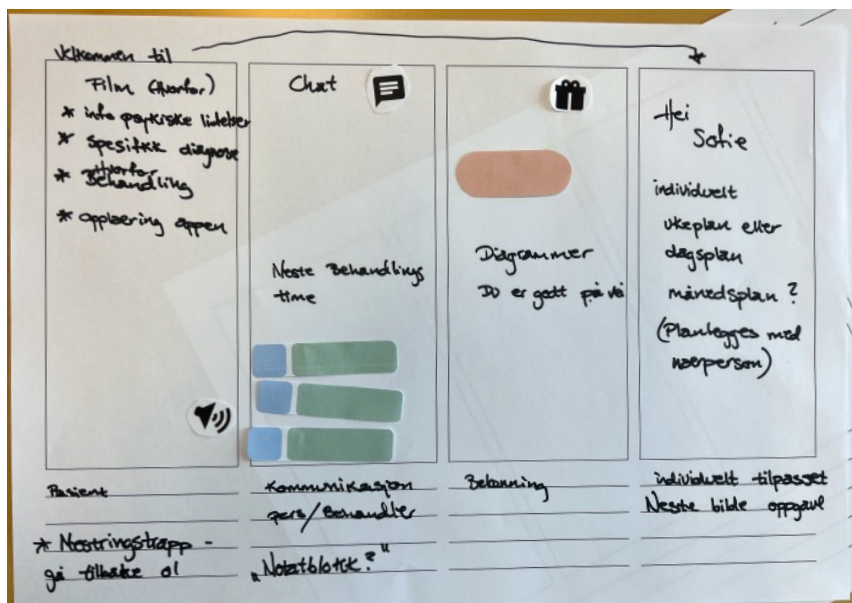


Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

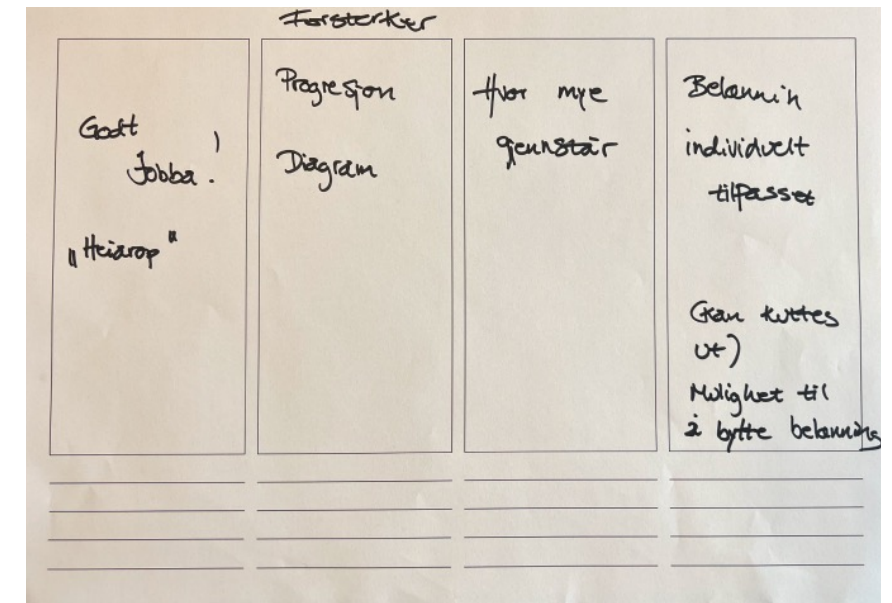
Prototyping: Spesialisthelsetjenesten



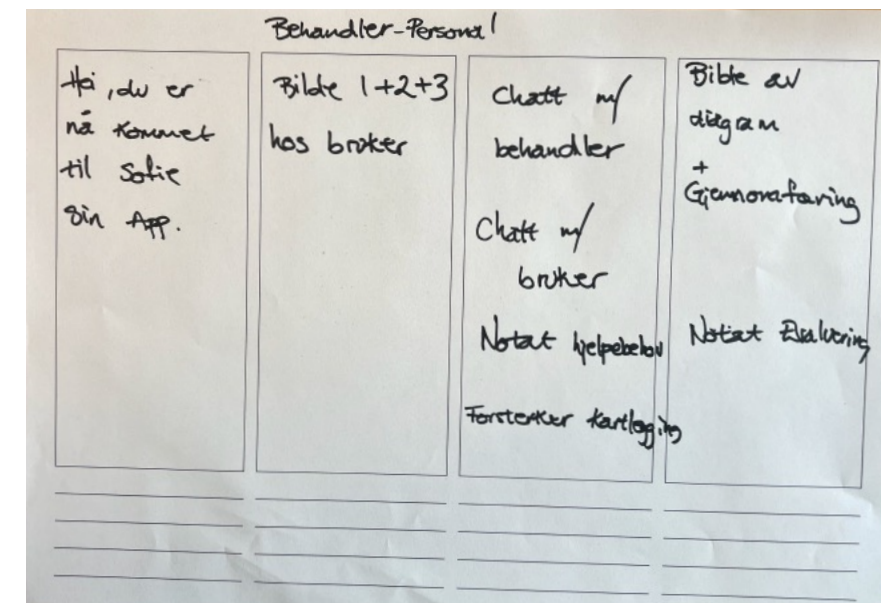
Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop



Bilde: Papirprototype tegnet under workshop

4.2.3 Oppsummering

Samskappingsworkshopen var en svært energigivende og motiverende dag, der eksperter med erfaring og kompetanse på området fikk samlet seg og diskutert. Dette førte til gode diskusjoner og observasjoner som jeg kunne basere problemdefinisjonen min på. Det var svært verdifullt å høre deres tilbakemeldinger på konseptet jeg presenterte, og se hvilke styrker og svakheter de så i dette gjennom SWOT-analysen.

For å oppsummere dagen fikk jeg inntrykk av at ekspertene så potensial i løsningen og at denne har flere styrker og muligheter. At løsningen kan individtilpasses og at den designes med brukeren i fokus er hovedstyrkene som kan trekkes ut. Det er også noen svakheter og risikoer som må tas hensyn til, i hovedsak knyttet til pasientens motivasjon og at det potensielt kan bli mye arbeid for behandler. Dette er risikoer som adresseres senere i tabell 3.

4.2.4 Avvik

Planen jeg hadde satt for dagen fulgte et strengt tidsskjema, da jeg kun hadde mulighet til å sette av 2,5 timer til hele workshopen. Dette var fordi deltakerne er opptatt og har pasienter og viktige arbeidsoppgaver jeg ikke ønsket å stjele tiden bort fra. Å ha lite tid viste seg å bli en utfordring siden deltakerne diskuterte lenge. Jeg valgte derfor å sløyfe plenumsdiskusjonen som var satt til slutten, da deltakerne allerede diskuterte i større team enn det som var planlagt. Det ble en slags plenumsdiskusjon fra start, og teamene kunne heller kort oppsummere det de hadde kommet frem til på tvers av de to teamene til slutt. Det var utfordrende å vurdere tidsbruk når den opprinnelige tidsplanen måtte revideres, men jeg tok løpende vurderinger og spurte deltakerne om innspill underveis. Det endte med at workshopen endte på tiden, så alt i alt ble det vellykket.

Deltakerne delte seg i to team delt inn mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. På grunn av plenumsdiskusjoner valgte de å fordele seg på hvert sitt rom som gjorde det mer utfordrende for meg å observere begge diskusjonene parallelt. Jeg gikk mellom rommene og noterte og ba også deltakerne oppsummere slik at jeg fikk med meg det viktigste. Lærdommene fra dette er at det ikke alltid går etter planen selv om man har brukt tid på å planlegge dagen nøye. Da er det viktig å være god på å holde tiden og ta løpende vurderinger underveis. For å gjøre dette enklere bør man stille deltakerne spørsmål og være tydelig på tidsrammene slik at man kan finne gode løsninger.

4.3 Analyse

Innsikten hentet fra intervjuer og samskappingsworkshop er behandlet og analysert hver for seg. Denne analysen presenteres henholdsvis som et multiaktørkart og som en risikovurdering.

4.3.1 Studie 1: Intervjuer

Gjennom intervjuene lærte jeg mer om hvilke tilbud personer med psykisk utviklingshemming har og hvordan tilbudene er organisert og hvordan de kommuniserer med hverandre. Jeg lærte også mer om spesialisthelsetjenesten og LUP, og hvordan poliklinikken drives. Jeg har gjennom analysen av intervjuene strukturert informasjonen ved hjelp av affinity mapping og trukket ut smertepunkter. Disse presenterte jeg under 4.1.2.2 Smertepunkter. For å forstå hvordan pasientforløpet ser ut for en pasient hos LUP satt jeg opp et multiaktørkart som er presentert på de neste to sidene. Til dette har jeg brukt Multidisciplinary stakeholder framework (Jalote-Parmar, Hara et al. 2023).

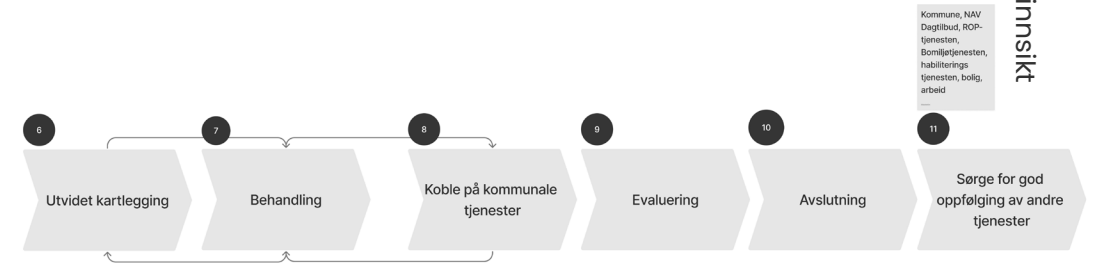
I dette aktørkartet kan man se hvordan hver aktør spiller inn på pasientens brukeresie og opplevelse av spesialisthelsetjenesten. Det var gjennom dette aktørkartet jeg forstod den viktige rollen til kommunen og tjenester tilbudt her. Pasienten trenger et nettverk rundt seg av støtte og omsorgspersoner for å klare seg i hverdagen og for å bli frisk ved eventuell psykisk lidelse. Til tross for dette er et mål for pasienten å være selvstendig. Derfor er det viktig å se på samspillet mellom de tre aktørene, nemlig pasient, behandler og omsorgspersoner.

Multiaktørkart



Pasient			Tilstede ved inntakssamtale, får med brosjyrer hjem	Fyller ut kartleggingskjema	
LUP poliklinikk		Vurderer henvisningen. Pasienten får inntak eller ikke	Intakssamtale med pasient og pårørende	Kartlegging og innhenting av bakgrunnsinformasjon. Deler ut skjema og har samtaler	Tverrfaglig drøfting av pasienter og vurdering om videre utredning
Personal/pårørende	Henviser på vegne av pasient ved behov		Tilstede sammen med pasienten under intakssamtale og basiskartlegging	Hjelper pasienten med å fylle ut skjemaer og gir informasjon til behandler ved behov	
Kommune	Fanger opp tegn til symptomer, tar kontakt med fastlege	Fastelege skriver henvising til spesialisthelsetjenesten	Følger pasient til første time, oppgir informasjon til hjelp i kartlegging, får opplæring i hjemmoppgaver og veiledning	Følger pasient til første time, oppgir informasjon til hjelp i kartlegging, får opplæring i hjemmoppgaver og veiledning	Mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten

4 Primærinsikt



Pasient		Har samtaler, intervjuer og får behandlingsplan	Går til psykolog, eller får hjemmebesøk. Får hjemmoppgaver som skal gjøres mellom timene	Får hjelp til å søke om bolig, dagsenter, arbeid, eller andre tjenester	Fyller ut evalueringsskjema eller har samtale med behandler
LUP poliklinikk		Behandlingsplan settes opp og videre kartlegging utføres	Starter behandling med metoder som kognitiv atferdsterapi (CBT), slik som psykoedukasjon, psykoterapi, eksponeringsterapi og medikamentell behandling	Kobler på andre tjenester ved behov. Utfører også veiledning av kommune og bolig	Avsluttende samtale og avslutter behandlingsløpet
Personal/pårørende			Hjelper til med utføring av hjemmoppgaver ved behov		
Kommune			Er på hjemmebesøk hos pasienten, minner pasienten på hjemmoppgaver, utfører hjemmoppgaver med pasienten (lett funksjonshemming)	Mottar veiledning og organiserer personalgruppa slik at pasienten får den oppfølgingen de trenger (moderat/alvorlig funksjonshemming)	Ønsker kontinuitet for brukeren, fortsette å holde på gode rutiner rundt brukeren. Belønningssystem

4.3.2 Studie 2: Samskapningsworkshop

Hypoteser

Jeg presenterte hypotesene på samskapningsworkshopen, og ba deltakerne analysere disse og diskutere validiteten.

Møte pasienten hjemme

Basert på tilbakemeldingene var det tydelig at hypotese 1 må forkastes, nemlig «Å møte pasienten hjemme». Fra deltakernes erfaring er det klart at pasientene setter pris på å få komme seg ut, samtidig som det er stas å møte opp på kontoret. Det er også en fordel å møte på en nøytral plass, og ikke i noens hjem. For behandlere i spesialisthelsetjenesten kan det være en fordel å observere pasientens hjem for å forstå utfordringene de møter i hverdagen, likevel er det mest hensiktsmessig å ta selve terapitimene på behandlerens kontor.

Disse tilbakemeldingene førte til en ny innsikt, nemlig at pasientene ikke liker å få besøk hjemme, da de føler det kan være påtrengende. Vernepleierne fortalte også at brukere kan oppleve påminnelser og oppfølging som masete. Derfor fortalte de at dersom brukeren kan ha en app der de selv får påminnelser og oppfølging, kan dette fjerne noe av det som oppleves som mas for brukeren. I tillegg vil det spare vernepleiere for unødvendig hjemmebesøk dersom det er mulig å følge opp en bruker digitalt.

Selvstendighet

Diskusjonen rundt å møte pasienten hjemme viste hvor viktig det er for denne gruppen å føle på selvstendighet og mestring. Dette i kombinasjon med at dette er en gruppe som ofte kan bli overvurdert, så disku-

terte de at mange er redd for å «miste ansikt», og å ikke få til ting på egenhånd. De ønsker å være selvstendig, de ønsker å mestre hverdagen, og de vil bli oppfattet som flinke av de rundt seg. Derfor kan mye oppfølging og påminnelser oppleves som masete og det kan få personen til å føle seg nedverdiget. Dette forsterker behovet for at pasienten kan ha en app på sin egen mobiltelefon, for å kunne utføre øvelser i behandlingsplanen på egen fritid uten å skille seg ut offentlig. Det setter også krav til at appen møter pasientens nivå og er såpass individuelt tilpasset at pasienten føler på mestring når de utfører oppgavene.

Møte pasienten hjemme

- Jeg trodde basert på innsikt fra intervjuer at det beste for pasienten var å være i behagelige omgivelser og å slippe reise ut. Diskusjonene rundt dette punktet oppklarte at dette ikke nødvendigvis stemmer. Det som stemmer er at det kan være fint for behandlere i spesialisthelsetjenesten å observere miljøet til pasienten.
- Å møte pasienten hjemme er ikke alltid det pasienten vil. Det kan være store positive fordeler ved å møte pasienten på et nøytralt sted. Pasienten kan også sette pris på å bli innkalt til kontoret, for å komme seg ut og de kan føle seg mer viktige.
- For spesialisthelsetjenesten kan det være positivt å se pasienten i deres hjem, da de kan forstå bedre kontekst og utfordringene de møter i hjemmet.

Mangler støtte til dagligdagse oppgaver

- Opplevd å hjelpe pasienten med å søke tjenester.
- Det er et gap i ferdigheter
- Ønsker å være selvstendige
- Innkallingene sendt ut av spesialisthelsetjenesten er utfordrende på grunn av mye tekst og vanskelig språk.

Personavhengig kommunikasjon

- Det må være en tydelig ansvarsfordeling mellom tjenesteytere. Når en pasient har kommunale tjenester må spesialisthelsetjenesten vite hvem som er ansvarlig og hvem som er kontaktperson for de ulike tjenestene.
- Turnover og kompetansetap er reelt. Kompetansen forsvinner ved utskifting av personal.

Koordinering av egne tjenester

- Lett og borderline utviklingshemming holder styr på tjenestene selv
- Noen pasienter går alene til fastlegen og skriver da henvisning basert på pasientens beskrivelse
- Koordinator (i kommunen) jobber ikke på individnivå. De kjenner ikke pasienten eller tjenestene de har.
- Overvurdering av pasientens forståelse
- En gruppe som ønsker å beholde ansikt, redd for å stille spørsmål eller virke dumme
- Ønsker å være selvstendige

Dele observasjoner på tvers av tjenester

- Må ta seg tid til å innhente samtykke, da mangel på samtykke kan være et hinder da noen nekter å samtykke.
- Nyttig informasjon kommer frem på arbeidsplassen, dette kunne vært viktig for andre tjenester dersom disse ble delt.
- Noen har ikke tjenester i kommunen, da har de kun behandling i spesialisthelsetjenesten.

SWOT-analyse

Resultatet fra SWOT-analysen har jeg analysert og presentert som en risikovurdering i tabell 3 på neste side.

Risiko	Løsning
At pasienten ikke er interresert • Krever at pasienten er interresert i å bli bedre, og interresert i å legge inn innsatsen som kreves.	Behandler må jobbe aktivt for å informere og vise viktigheten av intervensjonen. Pasienten må forstå hvorfor de skal utføre oppgavene og hva de får igjen for å gjøre dem.
Krever utstyr (mobiltelefon) og digital kompetanse.	Fokusere på en målgruppe med unge voksne, slik at det er stor sannsynlighet for at brukeren har mobiltelefon og digital kompetanse til å bruke apper.
Kan kreve mer arbeid for behandler.	Må passe på at løsningen ikke fører til forvirring eller spørsmål til tekniske utfordringer.
Vi vet ikke om det virker før det testes.	Teste løsningen underveis og ofte. Geriljatesting og brukertesting på målgruppa før utvikling og produksjonssetting.
Pasienten kan muligens klikke utført på oppgaver de ikke har utført.	Passe på at pasienten føler et behov for forbedring og mestring, at man skal ønske å utføre oppgavene. Må også være mulig å følge opp pasienten slik at man fanger opp eventuelle oppgaver som ikke utføres.
Spesialisthelsetjenesten og behandler kan ikke motta masse varsler, det kan ikke være mulig å sende melding direkte og forvente raskt svar.	Ikke ha chat-funksjon, eller ha enten enveiskommunikasjon eller en klar forventning om at meldinger ikke svares på umiddelbart.

Personvern, datasikkerhet.	Må tas hensyn til ved utvikling av appen ved å følge lowverk og retningslinjer for datasikkerhet. Et område for utviklere.
Pasienten kan bli objektifisert. • Bryr seg ikke om behandler. • Vi vil ikke ha en heldigital helsetjeneste.	Det er viktig at appen er et supplement til behandling sammen med terapeut. Behandler må utvikle en relasjon til pasienten før appen tas i bruk. Arbeidsrelasjonen er opp til behandler.
Å miste motivasjon er en trussel for hele intervensjonen. Kan være gøy en stund, men så mister man interesse og slutter å bruke appen.	Ta inspirasjon fra andre apper og treningsklokker. Hvordan kan man holde på brukeren og motivere gjennom belønninger, konkurranse, mål og lignende.
Å greie å gjøre en endring til tross for fungering.	At behandlingen er individtilpasset skal sørge for at pasienten får oppgaver tilpasset sin fungering.
Få systemene til å snakke sammen, få informasjonen inn i journal.	Et problem for utviklere.
At det blir for komplisert.	At behandlingen er individtilpasset skal sørge for at pasienten får oppgaver tilpasset sin fungering.
Belønning kan ikke være noe de allerede kan kjøpe selv, belønning må de bestemme selv.	Se på belønning som brukes i treningsapper og helseapper heller enn fysiske belønninger som man kjøper.

Tabell 3: Risikovurdering basert på SWOT-analyse

4.3.3 Oppsummering

Samskappingsworkshopen var en svært energigivende og motiverende dag. Ved å samle eksperter på området og la dem diskutere fikk jeg som designer uvurdelig innsikt i problemstillingen. I tillegg ble diskusjonene gode fordi ekspertene har kompetanse på ulike områder. Det var svært verdifullt å høre deres tilbakemeldinger på konseptet jeg presenterte, og høre hva de ville gjort annerledes. Samskappingsworkshopen danner grunnlaget for konseptkravene og hva løsningen må inneholde for å kunne bli tatt i bruk i praksis. Risikopunktene må adresseres, og løses eller unngås i løsningen.

Det kom frem at noen hypoteser må revideres og forkastes. Spesielt gjelder dette hypotesen om å "møte pasienten hjemme". Her lærte jeg at pasienten helst ikke vil få behandling hjemme, men har godt av å komme ut i et nytt miljø. Det er derimot slik at behandlere i spesialisthelsetjenesten kan ha nytte av å se pasienten i hjemmemiljøet, for å forstå utfordringene de kan møte i hverdagen. Derfor oppfordres det til at behandlere drar på hjemmebesøk for å bli bedre kjent med pasienten.

For å oppsummere validerte ekspertene nytten til konseptet, og presenterte forslag til å forbedre verdien. Både behandlere og omsorgspersonell så nytten og verdien av å ha et slikt digitalt hjelpemiddel, også for pasientens del. Derfor kan jeg bygge videre på ideen om et digitalt verktøy, og implementere de foreslåtte endringene.

4.4 Retning

Basert på problemområdene er det tematisk overvekt på at det er viktig å øke pasientens selvstendighet og følelse av mestring i eget liv, selv med

lite oppfølging fra tjenester. Under samskappingsworkshopen gjennomført med eksperter fikk jeg validert at konseptet ville vært nyttig. Risikoer som ble avdekket må bli tatt hensyn til. Derfor velger jeg å gå videre med konseptet «Digital selvhjelpstjeneste for personer med utviklingshemming som et supplement til behandling for sosial angst.», og jeg vil videreutvikle dette basert på tilbakemeldinger gitt under samskappingsworkshopen.

05

Problemformulering

Før prosjektets start reflekterte jeg rundt hvordan jeg ønsket å avgrense oppgaven. Med veiledning fra bi-veileder kom vi frem til at det som mangler i dag er å få inn perspektivene til de med nedsatt kognitiv fungering. Dette gjelder i alle ledd. Derfor var min opprinnelige problemformulering «Hvordan kan vi inkludere perspektivene til unge med nedsatt kognitiv fungering i psykiske helsetjenester?». Dette har jeg utforsket gjennom intervjuer og en samskapningsworkshop. Etter denne innsiktsfasen har forskningsspørsmålet blitt tydeligere definert.

- 106 Brukergruppe
- 110 Pasienten
- 112 Behandleren
- 116 Omsorgspersonen
- 118 "Hvordan kan vi"-påstand
- 118 Konseptkrav

5.2 Brukergruppe

Oppgaven skal løse problemer avdekket under innsiktsarbeidet. Det vil være fokus på å løse utfordringene som i dag oppleves av pasient, behandler og omsorgspersoner.

5.2.1 Primærbruker – Pasienten

Personer med nedsatt kognitiv fungering som bor for seg selv eller som bor hjemme med foreldrene vil være primærbrukerne av løsningen og målgruppen for prosjektet. Personer med lett utviklingshemming trenger ikke like mye bistand i hverdagen som personer med mer alvorlig utviklingshemming (Myhr, Kongsgård et al. 2022). Dette kan føre til at personer med lett utviklingshemming får for lite hjelp og oppfølging. Personer med lett utviklingshemming kan i stor grad leve selvstendige liv, og dette er et ønske og mål for de fleste. Likevel trenger alle mennesker et godt støttenettverk rundt seg. For personer med utviklingshemming er dette nettverket mindre enn hos andre. Derfor kan digitale verktøy og hjelpemidler bidra til å støtte som et supplement til omsorgspersoner. Jeg har valgt å fokusere på personer med lett utviklingshemming i alder 15-29 år som har timebaserte tjenester. Det vil si at de mottar tjenester noen timer i uka, og har ikke daglig oppfølging. Dette kan være personer som bor hjemme hos foreldrene, fordi de ikke er gamle nok til å flytte hjemmefra, eller personer som bor for seg selv. Her vil det være et skille i spesialisthelsetjenesten om personen mottar tjeneste fra BUP eller psykisk helse for voksne, men innholdet i behandlingen vil være lik.

5.2.2 Sekundærbruker – Behandleren

Behandlere i spesialisthelsetjenesten vil være sekundærbrukere av løsningen. Det er behandlere som skal administrere løsningen, og programmere behandlingsplaner som er individuelt tilpasset pasienten. I dag tilpasser behandlere øvelser fra kognitiv atferdsterapi for å passe målgruppen. Pasienten får utdelt øvelsene på ark i en perm som de tar med seg hjem. Arkene skal fylles ut og tas med tilbake. Dette kan ofte bli glemt. Derfor må behandler ha ekstra ark tilgjengelig dersom de må fylle ut disse sammen med pasienten. Dersom behandler kunne individtilpasset behandlingen digitalt ville pasienten sluppet å huske permen fra time til time. I tillegg kan behandler etter hvert bygge opp en database der de kan plukke ferdige behandlingsplaner basert på pasientens fungering og deres diagnose.

5.2.3 Tertiærbruker – Omsorgspersonen

Personer med utviklingshemming er avhengig av støtte fra omsorgspersoner. Derfor vil tertiærbrukeren være omsorgspersoner som følger opp pasienten utenfor behandlingen. Omsorgspersoner kan være foreldre eller andre pårørende, eller det kan være værnepleiere og personell i kommunale tjenester. For å følge opp pasienten kreves det i dag at omsorgspersonene drar hjem til pasienten. For pasienten kan dette føles inntrengende, særlig hvis det er snakk om personell de ikke har en nær relasjon til. Ved å sende oppdateringer om pasientens fremgang digitalt kan omsorgspersonen spare unødvendige besøk, og heller fokusere på å ha det hyggelig og oppmuntre pasienten for deres fremgang når de møtes.

Pasienten

Julie

Julie er en 15 år gammel jente som sliter med sosial angst. Hun har også generelle lærevansker og mottar spesialundervisning i engelsk og matte på skolen. Julie henger litt etter faglig på de fleste områder. Til tross for disse utfordringene klarer hun seg greit på skolen. Hun har spesielt vansker med å forstå komplekse ord og setninger, noe som påvirker henne både på skolen og hjemme når hun mottar instruksjoner.

Om Julie

- Navn: Julie
- Alder: 15 år
- Psykisk lidelse: Sosial angst
- Utviklingshemming: Lett
- Tilleggs lidelser: Nei
- Bosituasjon: Hos foreldrene
- Bistand: Ingen
- Tjenester: Tilrettelagt undervisning

Sosiale utfordringer

Julie strever med å delta i sosiale situasjoner både på skolen og på fritiden på grunn av sin sosiale angst. Selv om hun har noen venner, holder hun seg mye for seg selv i skoletiden. Hjemme tilbringer hun mye tid alene. Når venner kontakter henne, sier Julie ofte at hun vil være med. Så ender hun opp med å ikke dra likevel. Derfor kontakter vennene henne sjeldnere nå. Når Julie en sjelden gang deltar i aktiviteter med venner, går det greit, men hun overtenker ofte i etterkant hva hun gjorde og bekymrer seg for om hun dummet seg ut. Hun har lett for å føle seg flau og bekymrer seg for at andre legger merke til dette, noe som fører til at hun trekker seg tilbake og blir stille i sosiale situasjoner.

Familieforhold og støtte

Julies foreldre prøver å støtte henne så godt de kan, men det oppstår også konflikter fordi de ønsker å oppmuntre henne til å møte venner og delta i sosiale aktiviteter. På et møte med foreldre og klassekontakt blir de enige om at Julie skal få en time hos fastlegen for henvisning til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

BUP-undersøkelse

På BUP blir Julie undersøkt for angst og depresjon på grunn av tendensen hennes til å isolere seg, og bekymringene hun har. Undersøkelsen gjennomføres med kartleggingsverktøy og samtaler som legger vekt på å bruke enkle ord og visuell støtte for å gjøre det lettere for Julie å forstå og uttrykke seg. Resultatene av undersøkelsen viser at Julie har sosial angst. I de neste samtalene med Julie arbeides det med mål hun har som er viktig for henne. Målene deles i oppgaver med gradvis økende vanskelighetsgrad. Vanskelighetsgraden bestemmes av hvor angstprovoserende oppgavene er for henne.

Behandleren

- **Navn:** Dr. Kari Hansen
- **Tittel:** Psykolog og Spesialist i Psykisk Utviklingshemming
- **Beskrivelse:** Dr. Kari Hansen er en behandler i spesialisthelsetjenesten som kombinerer ekspertise innen både psykologi og psykisk utviklingshemming. Hun jobber i en poliklinikk med behandling av personer med nedsatt kognitiv fungering.

Arbeidsmetoder og strategier:

- **Tett samarbeid med pårørende og personal:**
Dr. Hansen bygger relasjoner med pasientens nettverk gjennom veiledning mot kommunen.
- **Individuell tilpasning:**
Hun tilpasser sine metoder basert på den enkelte pasients behov og utfordringer, og bruker kreative løsninger når standardmetoder ikke er tilstrekkelige.
- **Videreutdanning:**
For å kompensere for det tynne kunnskapsgrunnlaget, er Dr. Hansen stadig på jakt etter ny forskning og deltar jevnlig i kurs og seminarer for å holde seg oppdatert.

Begrenset kunnskapsgrunnlag

- "Det er ekstremt tynt kunnskapsgrunnlag. Vi har ikke mye å støtte oss på av tidligere forskning."
- Dr. Hansen jobber innenfor et felt hvor det finnes svært lite forskning. Dette betyr at hun ofte må manuelt tilpasse behandlingssmetoder til sine pasienter.

Involvering av pårørende og personal

- "Det er ikke alltid like enkelt å involvere pårørende eller personale."
- Hun møter på utfordringer med å engasjere pårørende og personalet rundt pasienten, som er essensielle for å gi helhetlig omsorg og støtte.

Avhengighet av observasjoner

- "Man er veldig avhengig av observasjoner fra pårørende eller personal. Vi får jo et veldig lite snitt av livet deres når vi ser dem i poliklinikk."
- Dr. Hansen er svært avhengig av eksterne observasjoner fra pårørende og personal for å få et fullstendig bilde av pasientens tilstand. Dette er spesielt viktig innen psykisk utviklingshemming hvor pasientenes selvrapportering kan være begrenset.

Motivasjonsutfordringer hos pasientene

- "Noen pasienter er jo henvist av andre... De er kanskje ikke så motivert til å gjøre undersøkelser eller til å starte behandling."
- En betydelig utfordring er å arbeide med pasienter som kanskje ikke selv har ønsket behandling, men som er henvist av andre, noe som kan påvirke deres motivasjon og samarbeidsevne.

Ansvar for hjemmeoppgaver

- "Den største utfordringen er når det er pasienter som greier seg selv... da kan de fort bli glemt."
- Å sørge for at pasientene følger opp hjemmeoppgaver kan være krevende, spesielt når de er ansvarlige for sin egen hverdag og oppfølging av behandlingsverktøy.

Psykoedukasjon

- "Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten fordi det kan hjelpe andre med å forstå pasienten og det kan hjelpe pasienten rundt å få en forklaring på hvorfor de har det vanskelig."
- Dr. Hansen bruker psykoedukasjon som et viktig verktøy for å øke forståelsen både hos pasientene selv og deres omgivelser, noe som kan forbedre den samlede behandlingsprosessen.

Behandlingsplan for Julie

Julie har sosial angst og skal bli frisk gjennom eksponeringsterapi. Da benyttes det eksponeringsøvelser med gradvis økende vanskelighetsgrad.

Eksponeringsøvelser:

Mellom timene hos behandler skal Julie gjennomføre øvelser. Disse planlegges under timene på poliklinikken, og øker i vanskelighetsgrad utover behandlingsløpet.

Enkle øvelser:

1. Rolige situasjoner med venner, for eksempel å sitte sammen og snakke i små grupper.
2. Deltakelse i rolige aktiviteter i klasserommet, for eksempel å lese oppgaver høyt for klassen.
3. Se på kino alene eller med familie.
4. Besøke et kjøpesenter uten å måtte kjøpe noe.

Middels vanskelige øvelser:

1. Delta i samtaler med flere mennesker i friminuttet.
2. Svare på spørsmål i klasserommet uten å føle på for mye press.
3. Gå på kino med en liten gruppe venner.
4. Gå til et kjøpesenter og prøve å snakke med en butikkmedarbeider.

Vanskelige øvelser:

1. Initier samtaler med ukjente personer i friminuttet.
2. Delta i klassesamtaler og frivillige presentasjoner.
3. Organisere en kinotur med en større gruppe venner.

Mål for behandlingen til Julie

Deltakelse med venner i friminuttet

Rekke opp hånden og svare på spørsmål i klasserommet

Gå på kino og senter med venner

Vernepleieren

- **Navn:** Inger Johansen
- **Tittel:** Vernepleier
- **Beskrivelse:** Inger Johansen er vernepleier og jobber med personer med psykisk utviklingshemming. Hennes arbeid handler om å støtte og bistå brukerne.

Arbeidsmetoder og strategier:

- **Dokumentasjon:**
Inger sørger for nøye dokumentasjon av alle observasjoner og tiltak i brukerens journal. Slik kan informasjonen lett videreføres til nye ansatte, eller andre relevante tjenester.
- **Brukermedvirkning:**
Inger legger stor vekt på å involvere pasienten i beslutningsprosesser og sikre at de får uttrykke sine behov og preferanser, noe som øker deres motivasjon og tilfredshet med omsorgen.
- **Omsorgsperson:**
Mye av arbeidet til Inger går ut på å berolige brukeren gjennom samtaleterapi og å fungere som en omsorgsperson i livet deres. Dette gjelder å bistå der det trengs, om det er å lese brev eller ta med brukeren ut på tur for fysisk aktivitet.

Informasjonsflyt og kontinuitet

- "Det er ikke sikkert informasjonen og relasjonen mellom personal og pasient blir videreført dersom personalet slutter."
- Inger står ofte overfor utfordringer med å sikre at viktig informasjon om pasienten blir videreført ved personalendringer, noe som kan påvirke kontinuiteten i omsorgen og relasjonen til pasienten.

Manglende deling av observasjoner

- "Det er nyttige observasjoner vi ikke får delt med andre tjenester, som de kunne dratt nytte av."
- Observasjoner gjort av omsorgspersoner blir ofte ikke delt med andre relevante tjenester, noe som kan hindre en helhetlig forståelse og behandling av pasienten.

Samsvarende tiltak ved tilbakefall

- "Man kan oppleve tilbakefall i psykisk helse på arbeidsplassen... Da må man ha samtykke fra brukeren om å ringe inn om deres tilstand til en annen tjeneste."
- Ved psykiske tilbakefall på arbeidsplassen er det nødvendig å koordinere med psykisk helse, men dette krever ofte samtykke fra brukeren, noe som kan komplisere og forsinke prosessen.

Tilfeldige kommunale tilbud

- "Det kan bli tilfeldig hva slags hjem pasienten kan få av kommunen da det avhenger av hva kommunen tilbyr og dette er individuelt for hver kommune."
- Kommunale tilbud kan variere betydelig, noe som kan føre til at pasienten får forskjellige omsorgsnivåer basert på hvor de bor, noe som skaper usikkerhet og inkonsistens i omsorgen.

Daglige praktiske hjelpebehov

- "De ansatte på arbeidsplassen er viktige å ha... De kan bli spurt om hjelp til å lese brev, søke om voksenopplæring, kjøre til byen og lignende."
- Hun bistår med en rekke praktiske oppgaver som å lese post, fylle ut skjemaer, og andre daglige aktiviteter som pasienten ikke klarer selv.

Begrenset sosialt nettverk

- "Mange har et lite nettverk."
- Inger jobber ofte med personer som har et begrenset sosialt nettverk, noe som gjør hennes rolle enda viktigere for pasientens sosiale og emosjonelle velvære.

5.3 “Hvordan kan vi-påstand”

Jeg har definert noen forskningsspørsmål for å måle om løsningen svarer på det jeg ønsker å oppnå. Denne påstanden skal romme de problemene jeg ønsker å adressere.

5.3.1 Før samskappingsworkshop

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med nedsatt kognitiv fungering og psykiske lidelser, samtidig som vi forbedrer kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen?

5.3.2 Etter samskappingsworkshop

Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?

5.4 Konseptkrav

Resultatene fra samskappingsworkshopen brukte jeg til å sette opp en MoSCoW-analyse som danner grunnlaget for konseptkravene til løsningen.

5.4.1 Må

- Lyd for påminnelser
- At det er individtilpasset er den største styrken
- Blir brutt ned i konkrete oppgaver

- Designet med utgangspunkt i denne gruppa
- Delmål og hovedmål
- Oppmuntrende støtte

5.4.2 Burde

- Kan legge inn bilder som illustrerer oppgavene
- Ha med filmsnutter med psykoedukasjon
- Man kan legge inn en samtykkeerklæring inne i appen
- Justere om pasienten får opp dagsplan, ukesplan, månedsplan basert på individuell tilpasning
- Belønning: Kan ta inspirasjon fra treningsklokker eller trenings-senter
- Ha det på mobilen gjør at de kan blende inn med resten av befolkningen og ingen ser hva de gjør eller hvilken app de er i.

5.4.3 Kan

- Man kan ha med egevaluering
- Ha med en “jeg fikk ikke gjort det-knapp”
- Behandler kan legge inn tekst som er påminnelser til pasienten og hva de skal huske på til neste time
- Man kan legge inn bilder av løste oppgaver som motivasjon
- Utvidet system slik at behandler kan velge ulike typer behandlings“pakker”.

5.4.4 Burde ikke

- Oppjustere nivå ved gode prestasjoner/gode perioder, belønning og forventning burde holdes på samme nivå med mindre behandler bestemmer noe annet

06

Designkonsept

Det ferdige konseptet er en selvhjelpsplattform der pasienter kan utføre øvelser som tilpasses og utdeles av behandler basert på pasientens kognitive fungering og psykiske lidelse. Appen er tredelt med tanke på at pasienten har en inngang via innlogging i appen, behandlere i spesialisthelsetjenesten har inngang ved å individtilpasse innholde pasienten får opp i appen og personal i kommunale helsetjenester kan følge opp pasientens fremgang.

124	Designvalg
128	Løsning
129	Site map
130	Prototype

iSpi

Inventorium for støttet psykologisk intervensjon

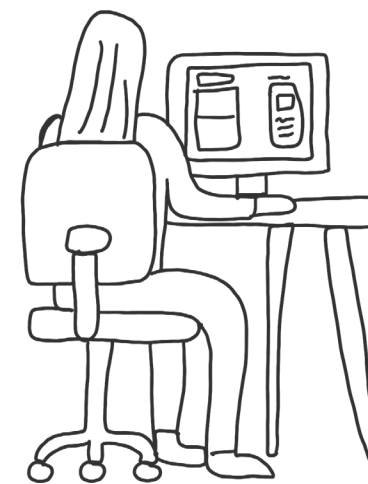


<https://www.figma.com/proto/0qodX-PJMEQ9NixitLmj1Ej/Master?page-id=722%3A4381&node-id=769-4342&viewport=-143%2C446%2C0.19&t=sSyLuKX-vDUYOGjwn-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=722%3A4449&show-proto-sidebar=1>

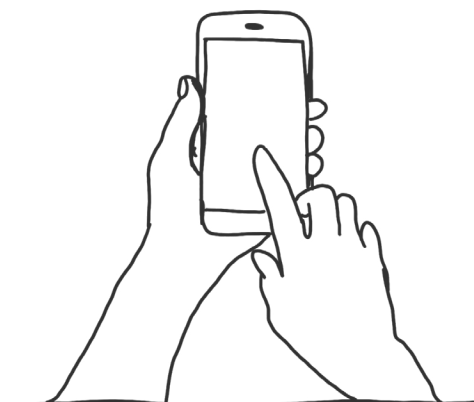
Brukerflyt



Pasient får tilpasset innhold



Behandler legger inn oppgaver og innhold dynamisk



Omsorgspersonen følger opp pasient

6.1 Designvalg

I løsningen er det tatt viktige designvalg for å gjøre løsningen brukervennlig for målgruppen. En oversikt over designelementer er presentert i tabell 4. Designvalgene jeg har tatt underveis i utviklingen av løsningen er presentert i tabell 5. I presenteringen av designkonseptet under 6.2 vises hvor de ulike designvalgene er implementert i løsningen.

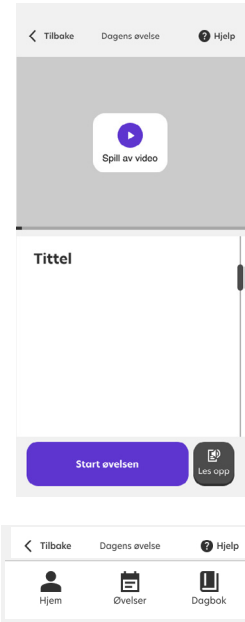
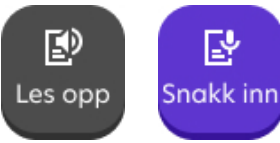

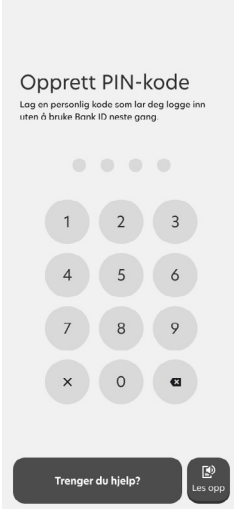

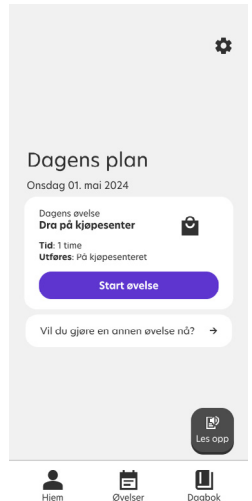
6.1.2 Oversikt over designvalg

Motivasjon	Vise fremgang
	Widgets med påminnelser
	Vise resultater ved å bruke grafer
	Oppmuntre til å gjennomføre ekstra oppgaver og anbefalte øvelser i tillegg til vanlige
	Legge inn at man kan dele gjennomførte øvelser med familie
Innhold	Alt av innhold er nøye utvalgt
	Ingenting kan være overflødig
	Man har en behandlingsplan, delt opp i bolker. Det viktigste å ha med er innholdet i denne. Hvordan få personen til å jobbe mot å bli frisk? <ul style="list-style-type: none"> Dele opp bolkene i helt konkrete oppgaver knyttet til delmål som er knyttet til hovedmålet. Poenget er at ved å utføre de konkrete oppgavene skal man bli frisk
	I tillegg er det nødvendig med oppmuntrende elementer for å motivere brukeren til å bruke appen
	Innholdet styres i stor grad av behandlingsplanen som settes av psykolog, designmessig gjelder det å presentere denne planen på en hensiktsmessig måte

Brukergrensesnitt	Vise innholdet gradvis, kun eksponere brukeren for det som er relevant i det tidspunktet de ser på appen. Aldri ha med overflødig informasjon eller elementer
	Ha en layout som er gjennomgående. Bygge opp moduler ut fra en mal
	Alltid beholde kontekst rundt det brukeren ser på og siden de er inne på
	Ha farger som passer målgruppen, fokus på sterk kontrast for de som trenger det. Følge WCAG
	Font med god lesbarhet
	Navigasjon må følge samme mønster gjennomgående
	Ha store gode knapper som er enkle og treffsikre
	Lesehjelp på samme plass hele tiden Tre alternativer
Informasjonsarkitektur	Ikke animasjoner
	Ikke pop-ups
	Appens struktur skal være enkel, forutsigbar og brukervennlig
	Den første skjermen man kommer til er dagen i dag, ikke for eksempel fremgang slik som er vanlig i andre apper med gamifiseringselementer <ul style="list-style-type: none"> Det er viktig at brukeren blir presentert med sine konkrete oppgaver og det de skal fokusere på her og nå. De må ikke navigere inne i appen for å finne frem til det de skal gjøre
	Oppgaver og konkrete øvelser har fått størst prioritet i appen. Samtidig er det viktig at fremgang vises og minner brukeren på at man kan jobbe aktivt for å klatre opp i nivåer. Derfor må fremgang være svært tilgjengelig og henge sammen med oppgavene
	Mindre viktige elementer blir da dagbok og psykoedukasjon, samt mål. Disse blir prioritert under konkrete oppgaver og fremgang

Tabell 4: Oversikt over designvalg

6.1.3 Designvalg

Designelement	Løsning	Teoretisk grunnlag
Layout og navigering		<p>Det er viktig at layout og navigasjon følger samme mønster gjennom tjenesten. Brukeren skal presenteres med relevant informasjon på et ryddig oppsett. Navigeringen skal være intuitiv og det skal være enkelt å finne frem til ønsket sted, og å gå tilbake.</p> <p>(Feng, Lazar m.fl. 2010, Dekelver, Kultsova m.fl. 2015, Pavlov 2014).</p>
Hjelpemidler		<p>Støtte for å få tekst opplest for de som ikke kan lese, eller har behov for støtte. Støtte for å lese inn tekst for de som ikke vil skrive, eller for de med motoriske utfordringer.</p>
Font og farger	<p>New Hero Regular New Hero Bold</p>  <p>#5e36cf #313131 #f1f1f1 #4c4c4c</p>	<p>Font med god lesbarhet (sans serif), farger som har AAA standard kontrast.</p>
Enkel innlogging		<p>Noen med nedsatt kognitiv fungering har verget. Da har man ikke tilgang på for eksempel Bank ID som er den vanligste påloggingsmetoden for sikker innlogging.</p>
Tre alternativer		<p>Basert på brukertesting med målgruppen har det kommet frem at tre alternativer er sterkt foretrukket over fem eller andre antall.</p> <p>(Fang, Fleck m.fl. 2011, Power, Green m.fl. 2010, Dagnan, McEvoy m.fl. 1995)</p>
Relevant informasjon		<p>Kun ha med informasjon og elementer som er relevant. Ha få elementer per side.</p>

6.1.3 Designvalg

Designelement Løsning

Enkelt språk

Gå på kjøpesenter

Hvordan

- Dra til nærmeste kjøpesenter
- Gå inn i en butikk du liker
- Gå rundt i butikken og se på tingene uten å kjøpe noe

Hvor ofte

- Jo oftere du gjør dette, jo enklere blir det. Du vil føle deg tryggere for hver gang.

Hvorfor

- Å dra på kjøpesenteret selv om det kan være skummelt gjør at det etter hvert blir enklere å dra til ukjente steder på egenhånd.

Teoretisk grunnlag

Bruk enkelt språk slik at de med kommunikasjonsutfordringer forstår. Forenkle ord og setninger som inneholder komplekse formuleringer eller fagspråk.

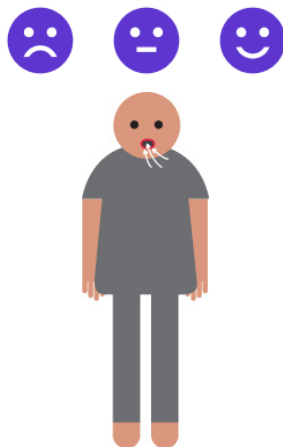
(Bell, Tonkin m.fl. 2018, Finlay og Lyons 2001, Finlay og Lyons 2002, Gjertsen 2019)

Beholde kontekst



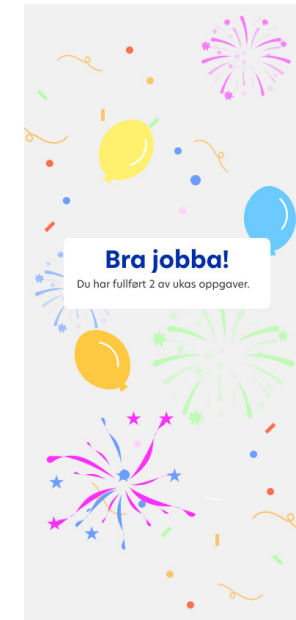
Alltid vise kontekst gjennom bilder eller overskrifter, slik at brukeren raskt kan fange opp denne igjen dersom den blir glemt. Bruk visuell støtte til tekst.

Visuell støtte



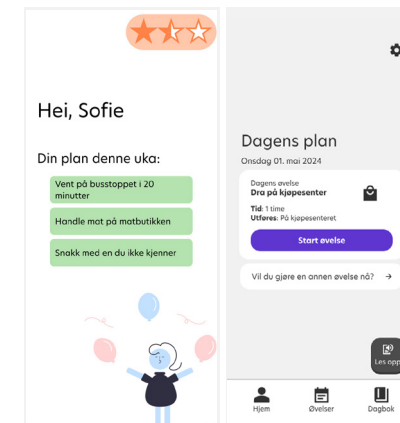
Bruke ikoner som helt spesielt illustrerer det man vil presentere. Bruke enkle videoer eller bilder for å gi ekstra betydning til kontekst. Ha med forklaring i form av tekst til ikoner og bilder.

Motivasjon



Motiver både ved å gjøre nivået tilgjengelig og vanskelighetsgraden tilpasset, men også ved å ha oppmuntrende belønninger og ved å vise fremgang. Det er også lagt inn mulighet for å dele fremgang med familie eller personal. Brukeren får varslinger og påminnelser om å gjennomføre øvelser. (Bayor, Brereton m.fl. 2021, Chou, Yu u.å.)

Unngå barnslig design



Første design vs. ferdig design

Ved forenkling av elementer kan en fallgrube være at designet blir oppfattet som barnslig. Brukergruppen kan være sensitive for at noe oppfattes som barnslig. De er opptatt av å bli tatt på alvor og ikke bli undervurdert. Derfor er det viktig at selv om informasjon skal forenkles og layout og navigasjon må være minimal, skal det ikke bli barnslig. Pass på ikoner og illustrasjoner.

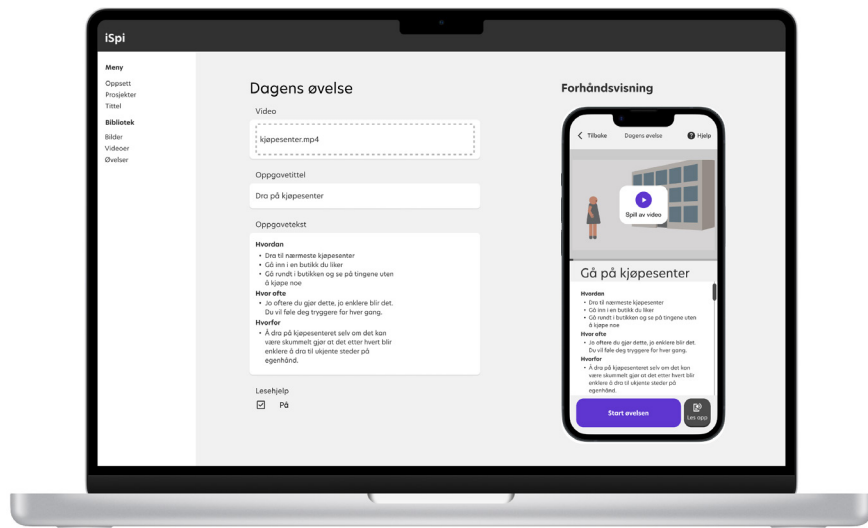
Tabell 5: Designvalg

6.2 Løsning

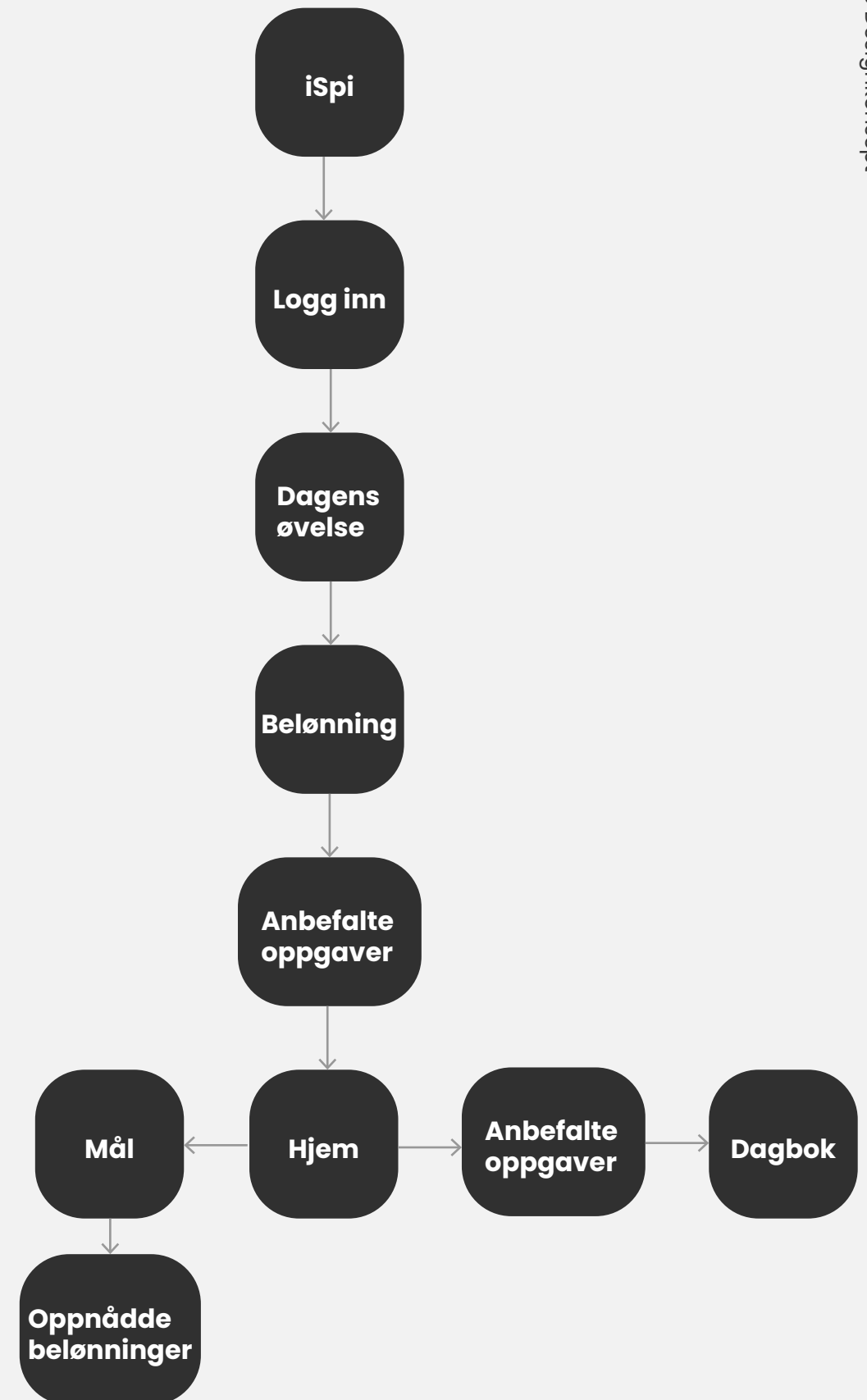
Løsningen er en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst og psykisk utviklingshemming



Prototype:

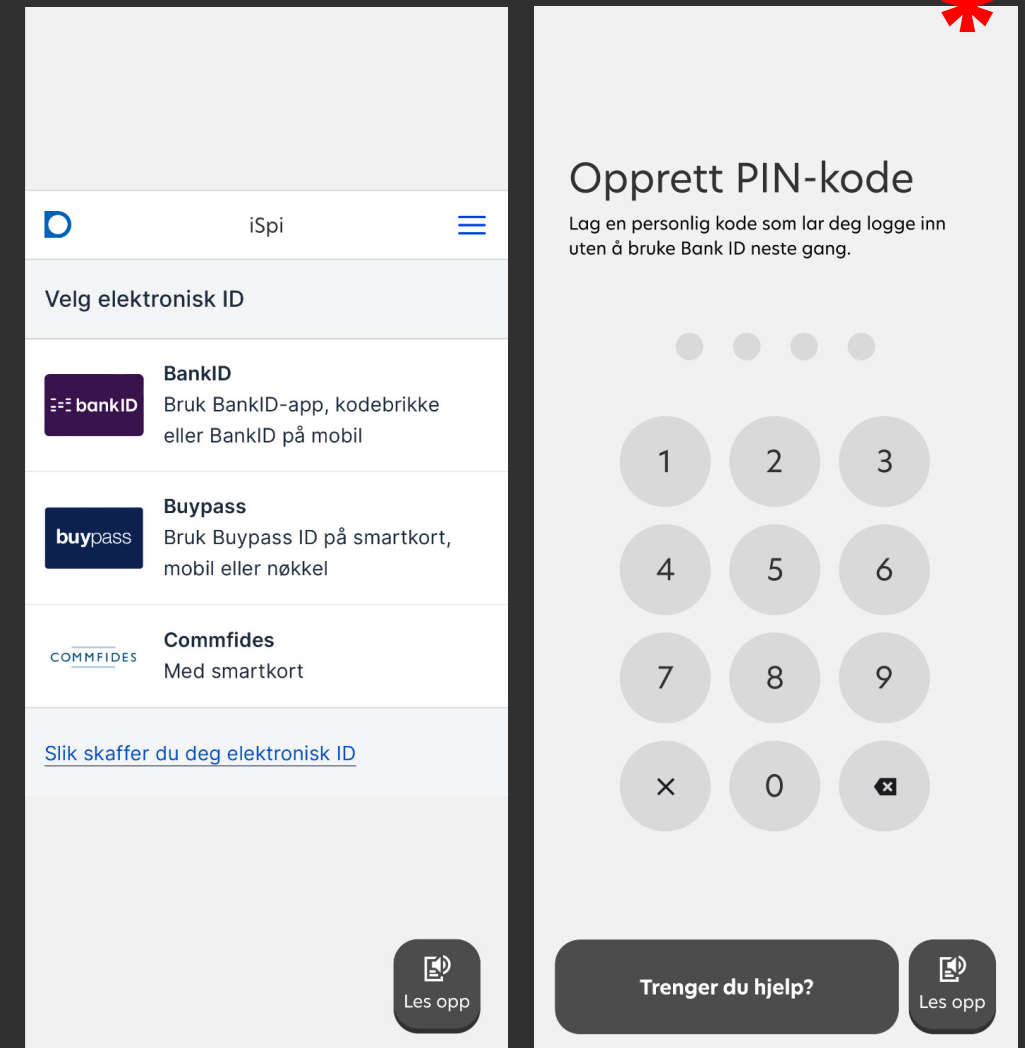
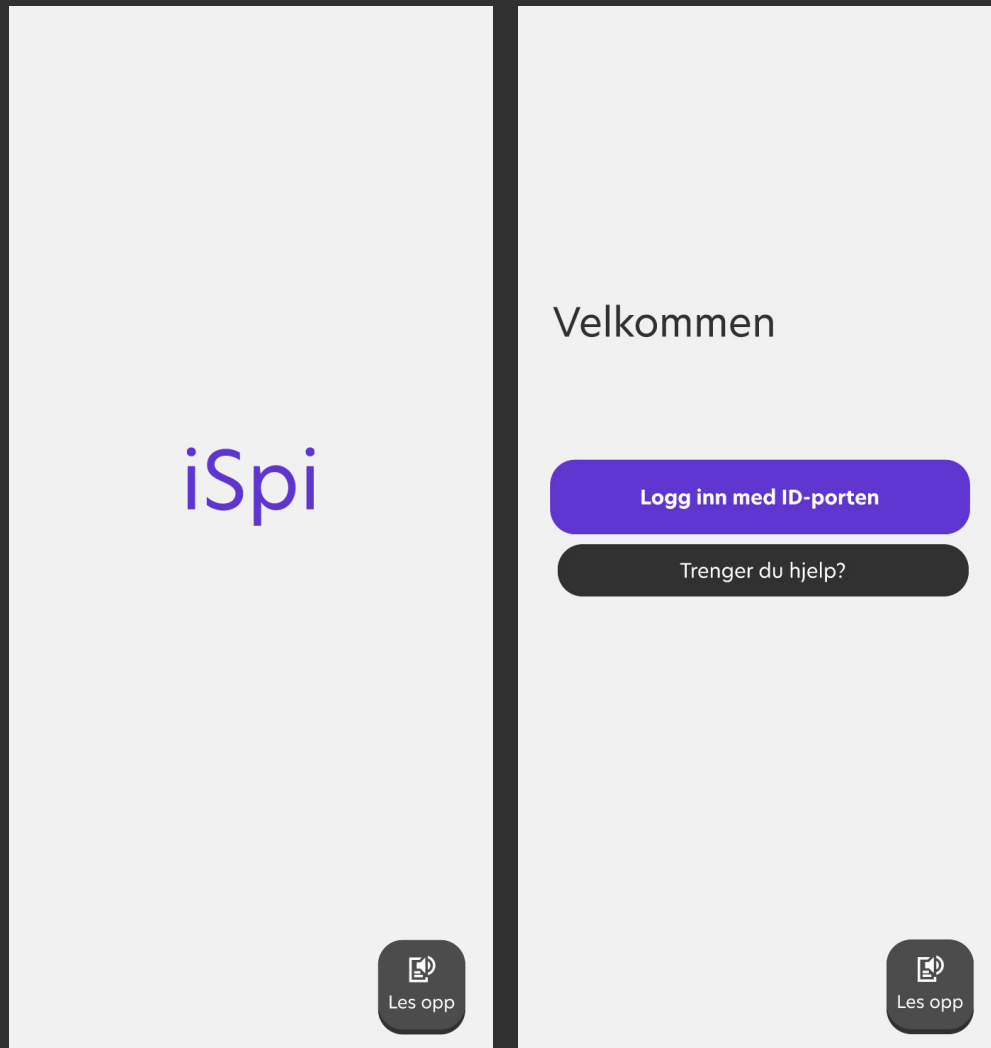



6.2.1 Site map



6.2.2 Innlogging

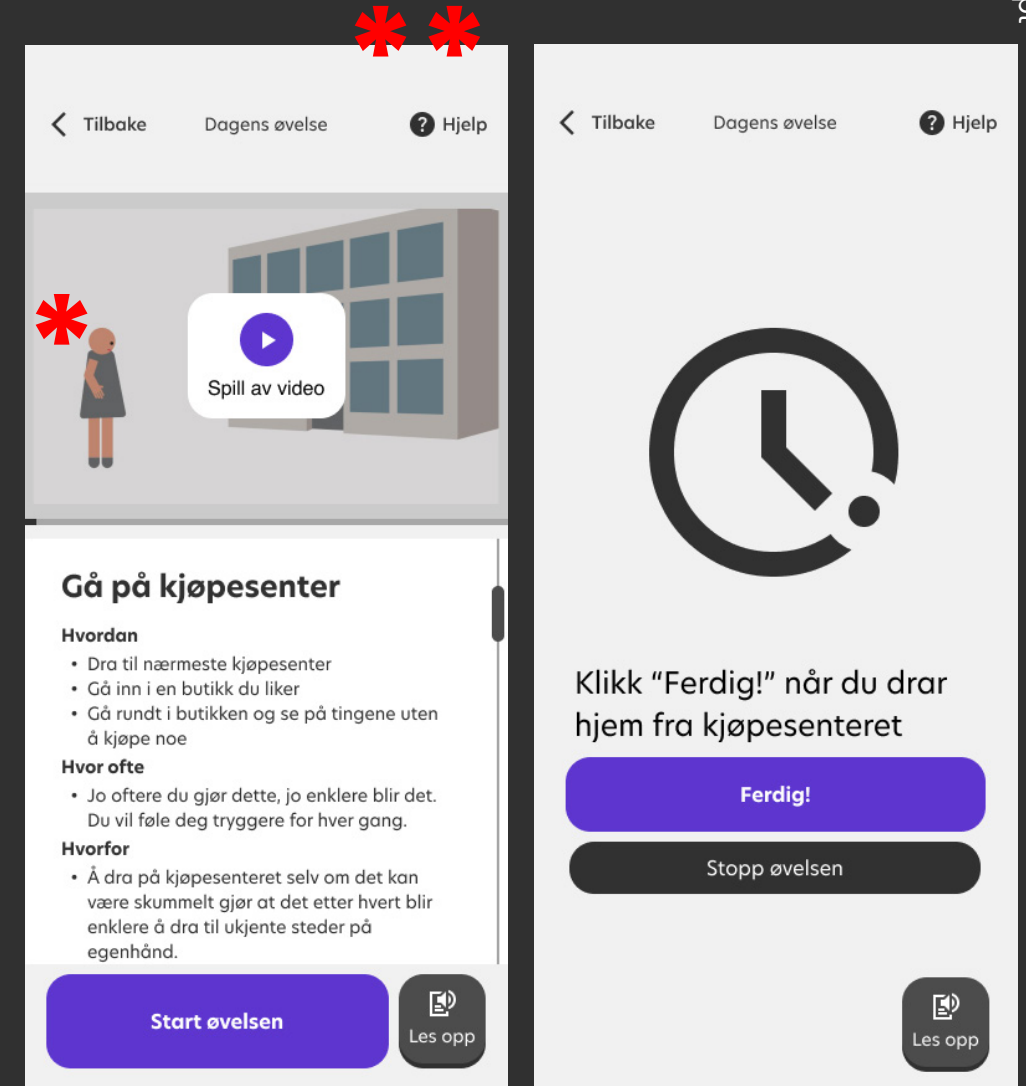
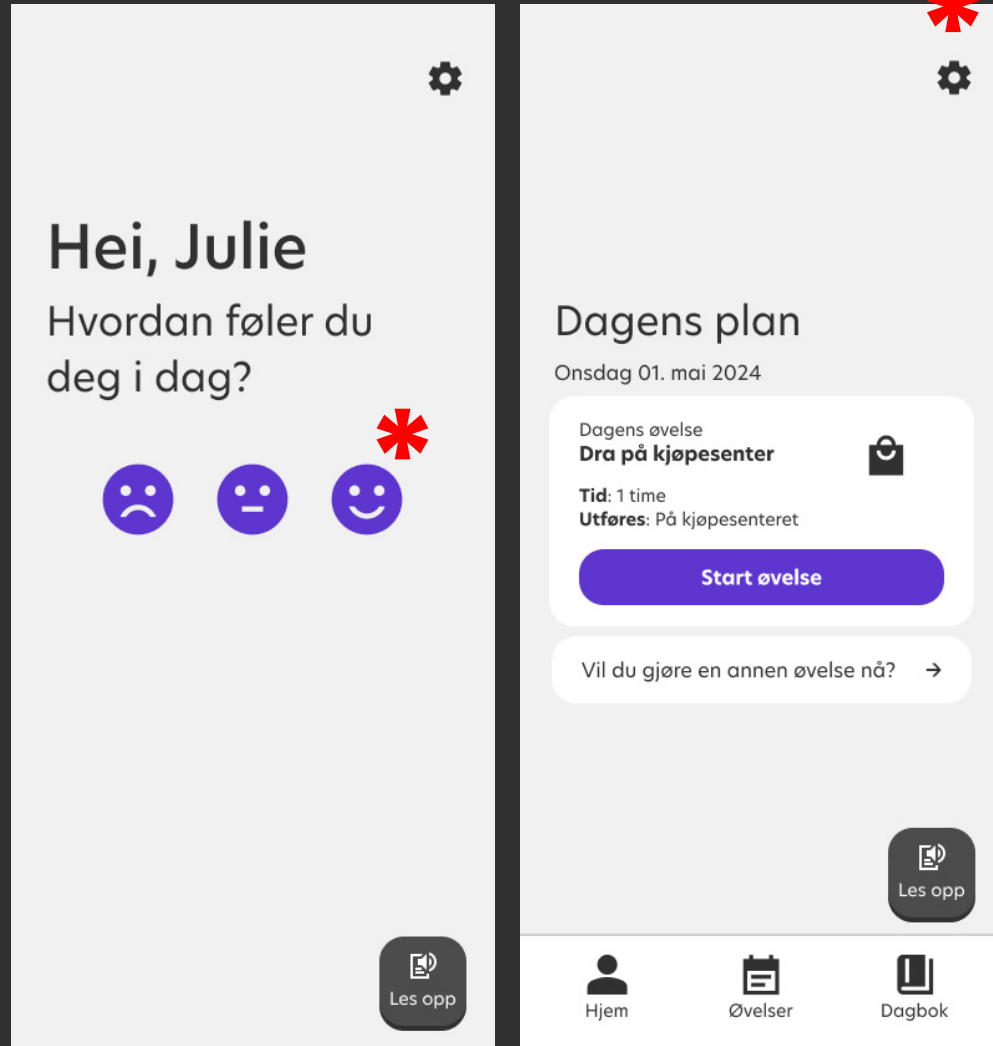
Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.



 Kognitivt design: Enkel innlogging uten Bank-ID

6.2.3 Dagens øvelse

Brukeren kommer til dagens plan med øvelse for dagen. Brukeren logger humøret sitt før de starter dagens øvelse slik at behandler får en oversikt over øvelsens effekt. Dagens øvelse forklares ved å ha en forklarende video øverst, overskrift, beskrivelse, knapp for å starte og lesehjelp. Når man starter en pusteøvelse vil man guides gjennom ved hjelp av illustrerende video.



* Kognitivt design: Tre avaralternativer

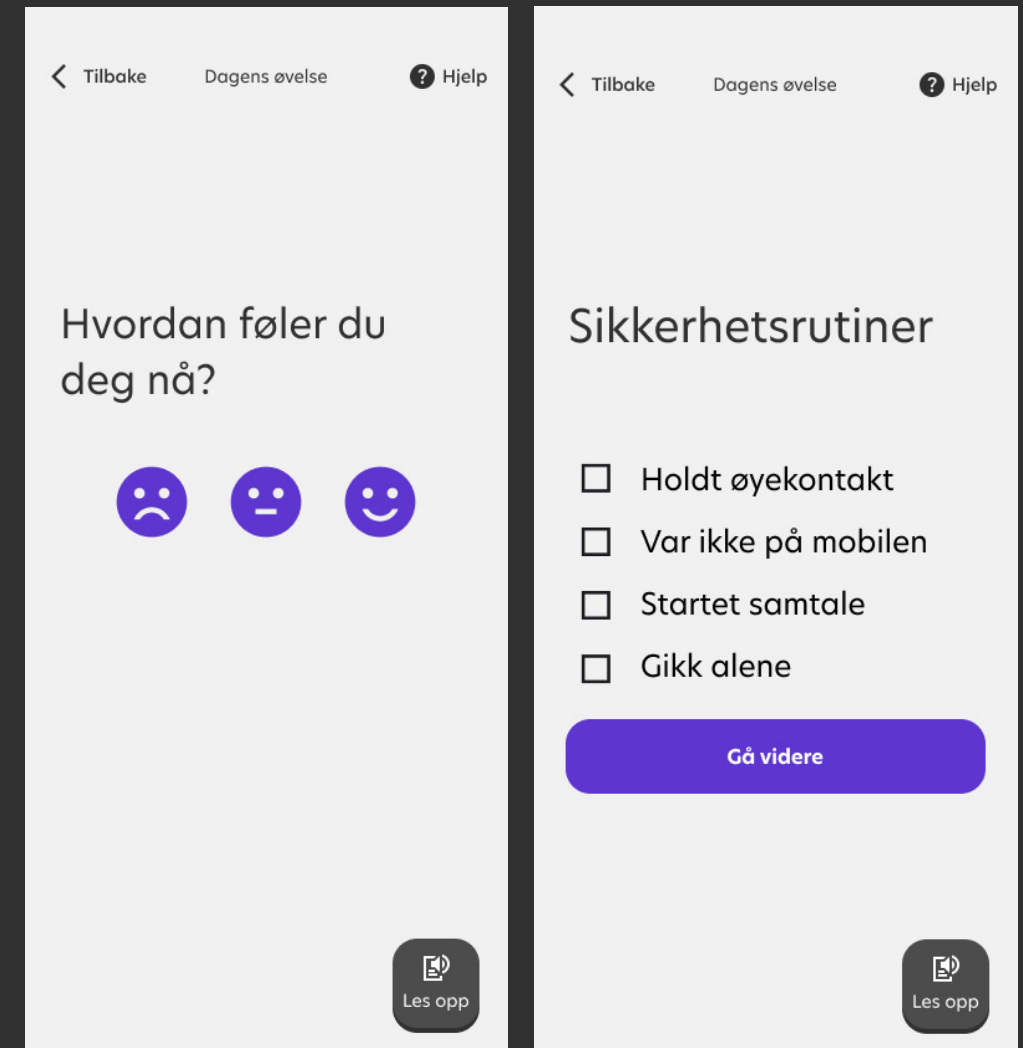
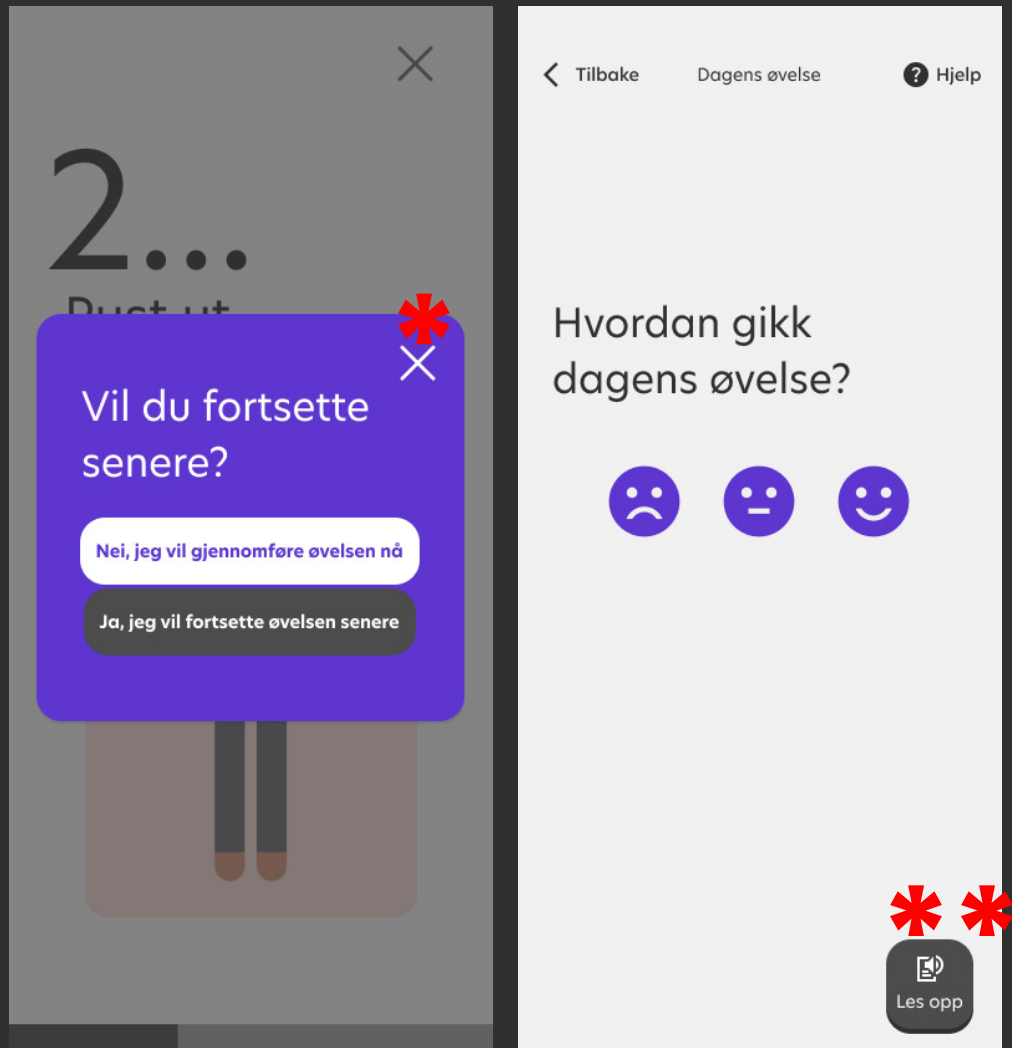
* * Kognitivt design: Få elementer

* Kognitivt design: Figuren i videoen heter Eir. Eir er utviklet av Oddbjørn Hove, og validert med brukere fra målgruppen. Derfor brukes Eir som visuell støtte i løsningen.

* * Kognitivt design: Beholde kontekst ved å ha overskrift og forklarende video i tillegg til tekst. La de tre være synlige samtidig.

6.2.4 Evaluering

Etter man har utført en øvelse kan man evaluere hvordan man syntes denne var. Man logger også humør slik at effekten kan måles.



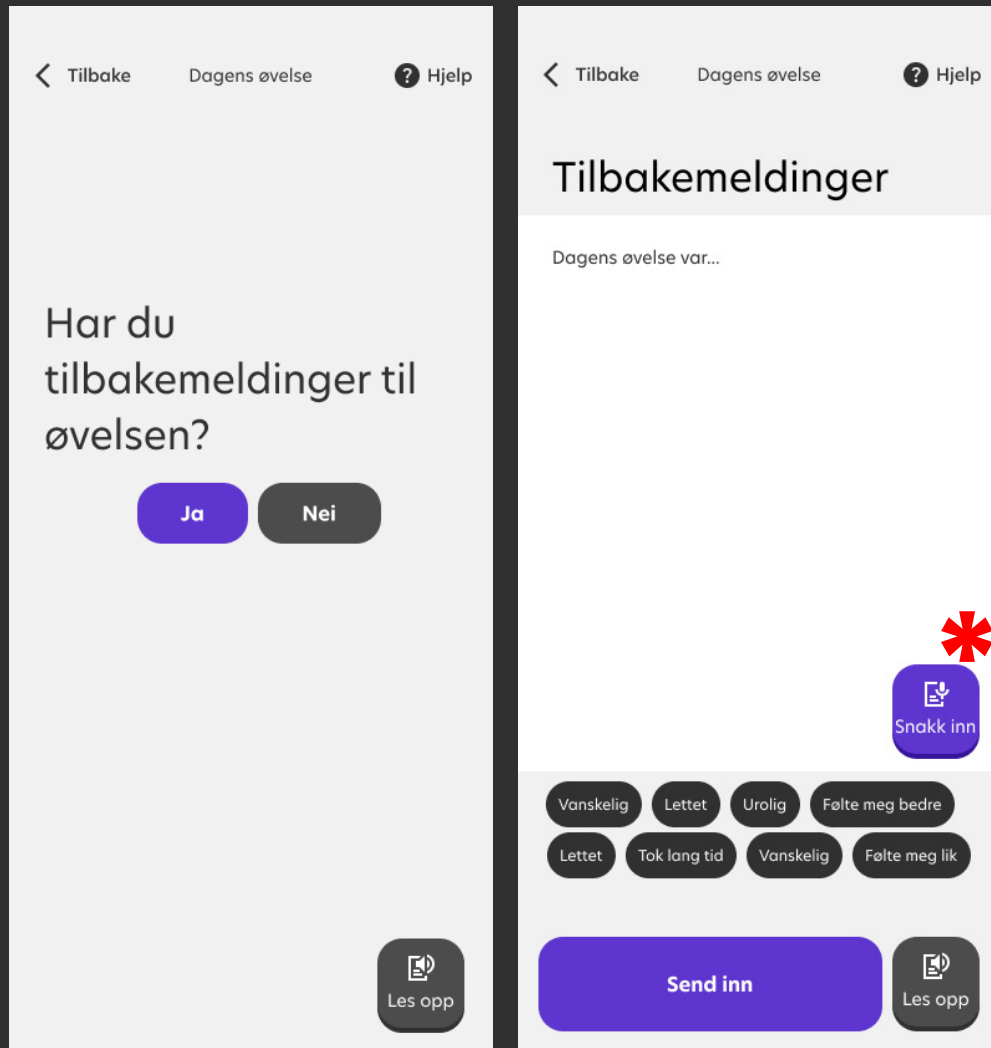
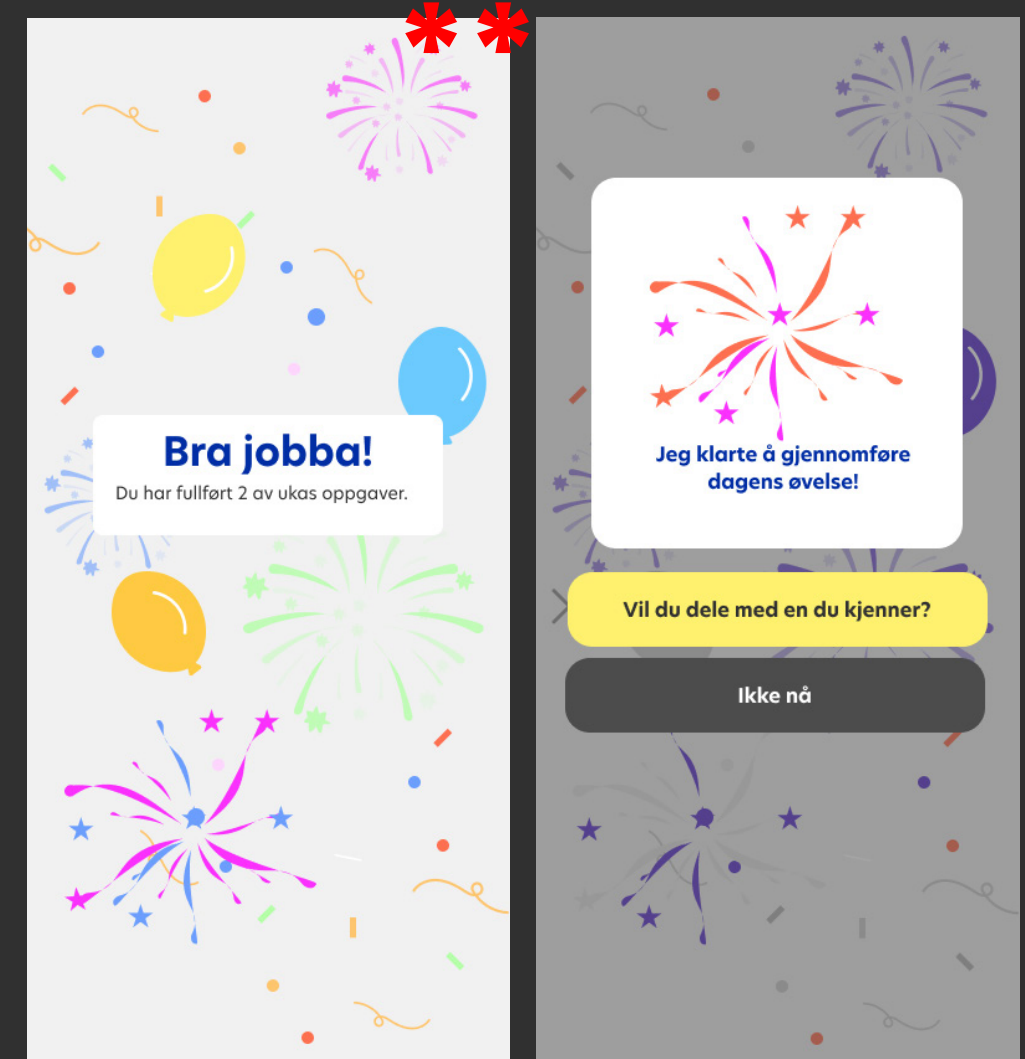
Kognitivt design: La brukeren ta pause og fortsette senere. Brukeren kontrollerer tempo selv.



Kognitivt design: Hjelpemidler som kan skrues av i innstillinger. Tekstopplesning.

6.2.5 Belønning

Ved utført øvelse vil brukeren få belønning i form av fyrverkeri og konfetti. Brukeren får valget om å dele at de har utført øvelsen med familie, eller andre omsorgspersoner. Dette bidrar til at disse kan følge opp pasientens fremgang.



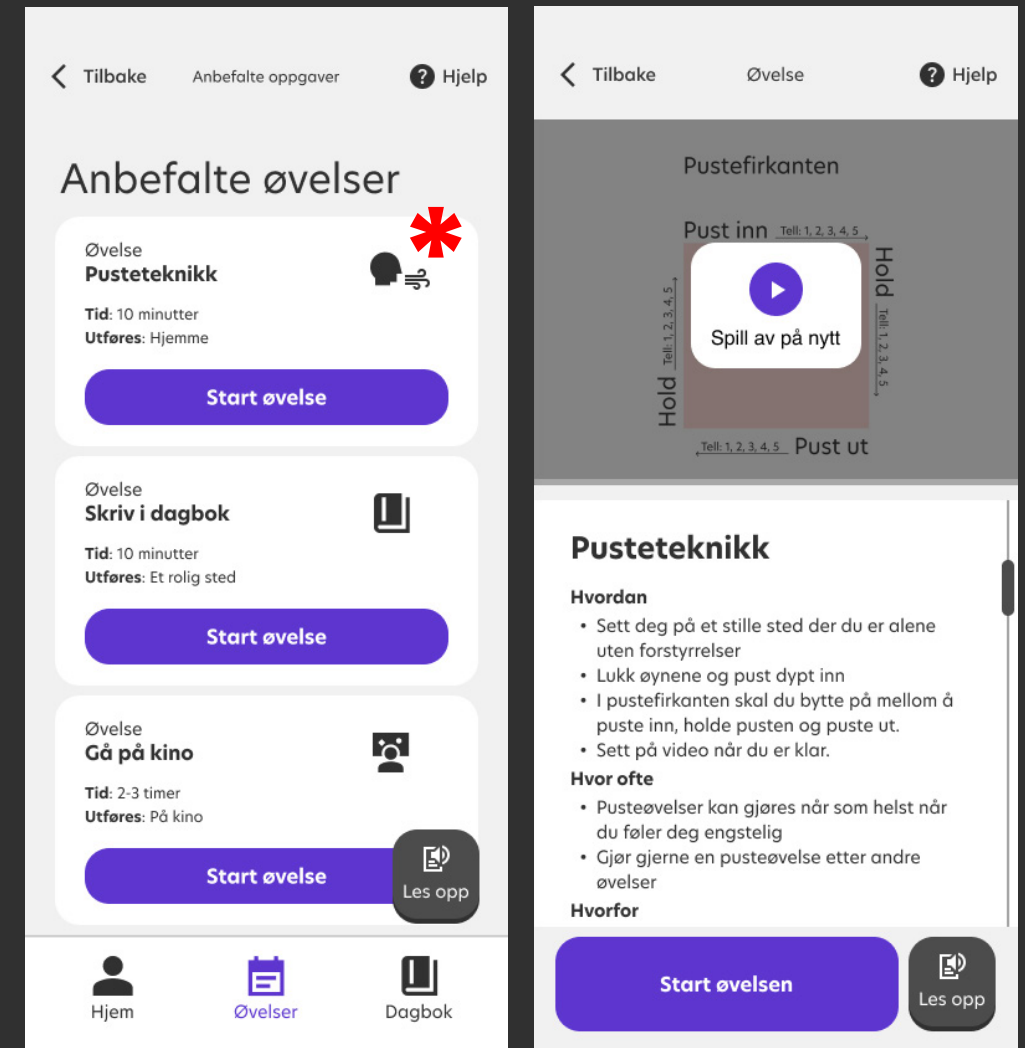
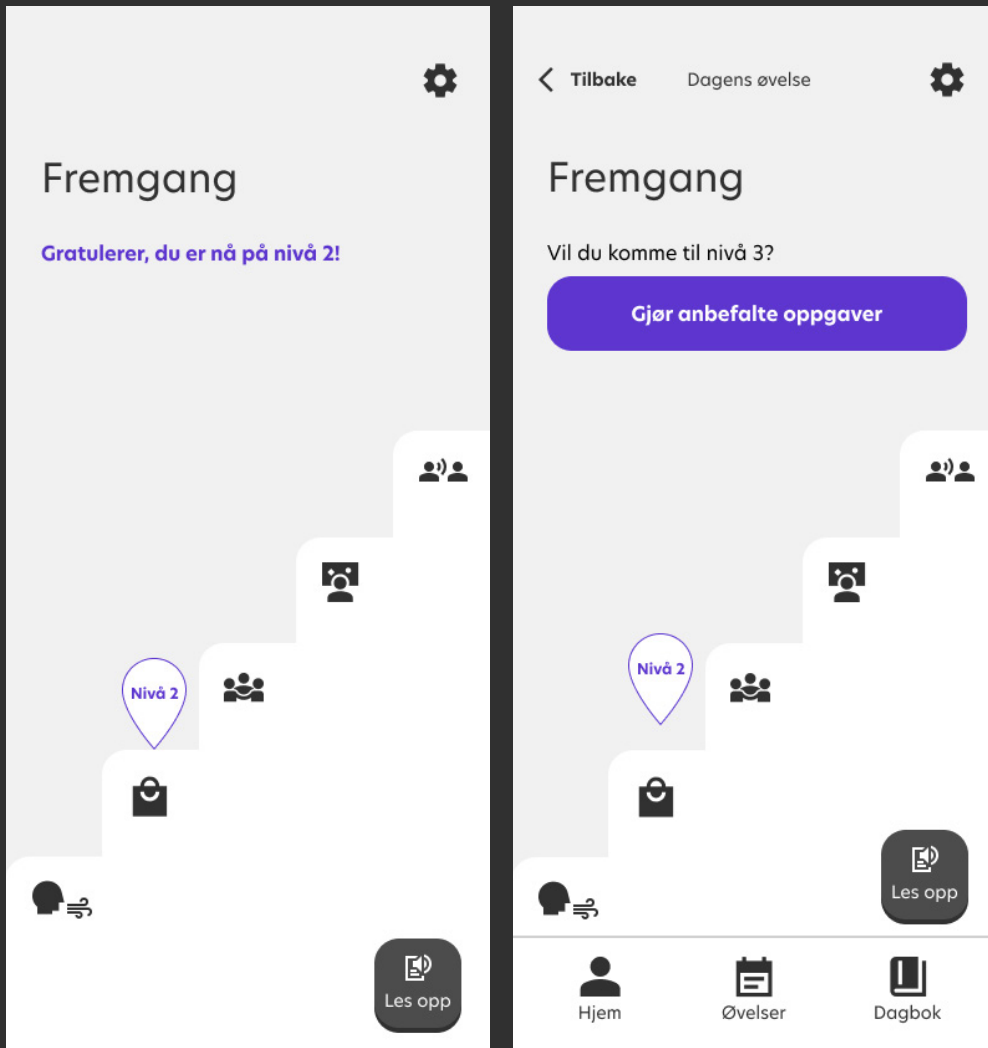
Kognitivt design: Hjelpemidler som å lese inn tekst i stedet for å skrive selv.




Kognitivt design: Oppmuntre brukeren og motiver til å gjøre øvelser.

6.2.6 Fremgang og anbefalte oppgaver

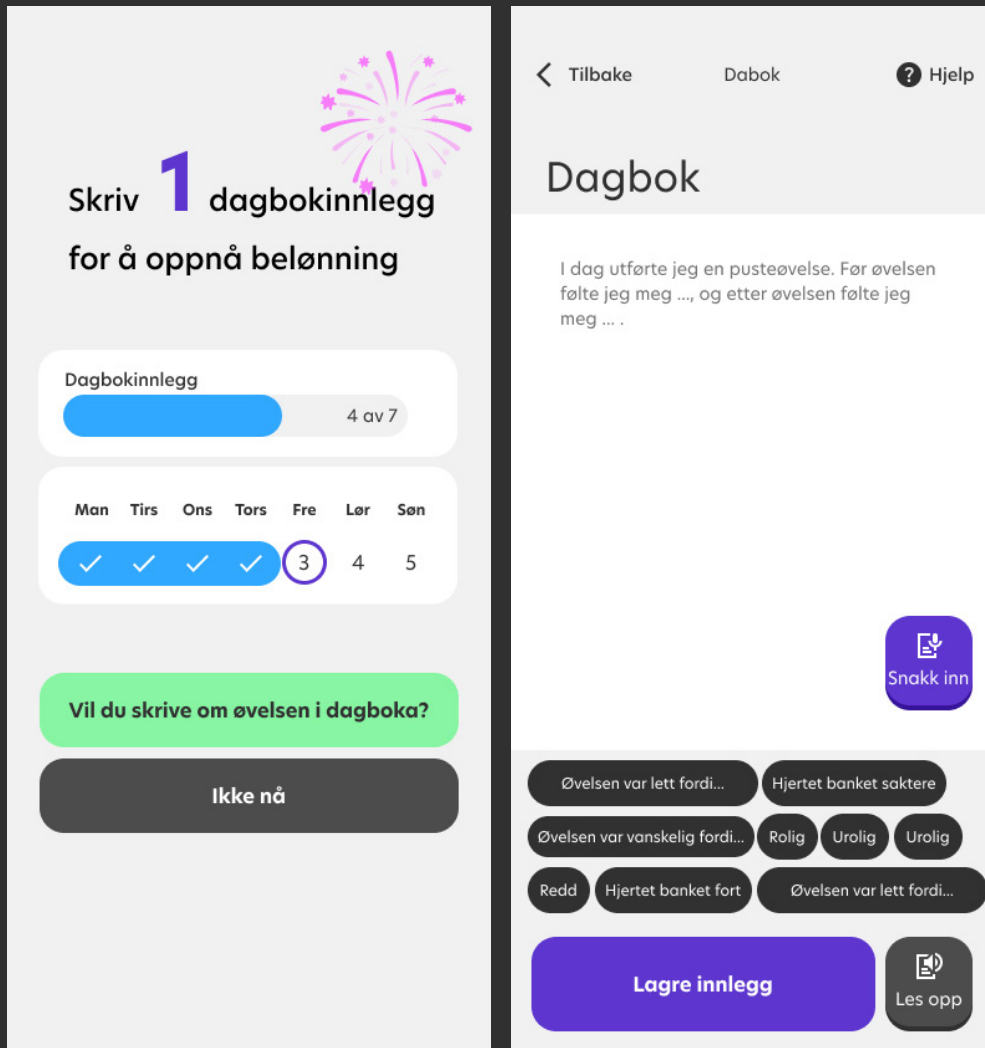
Etter fullført øvelse får man se fremgangen sin. Det er også tips til hvordan man kan nå lenger ved å gjøre anbefalte oppgaver.



 Kognitivt design: Bruke ikoner som visuell støtte til tekst.

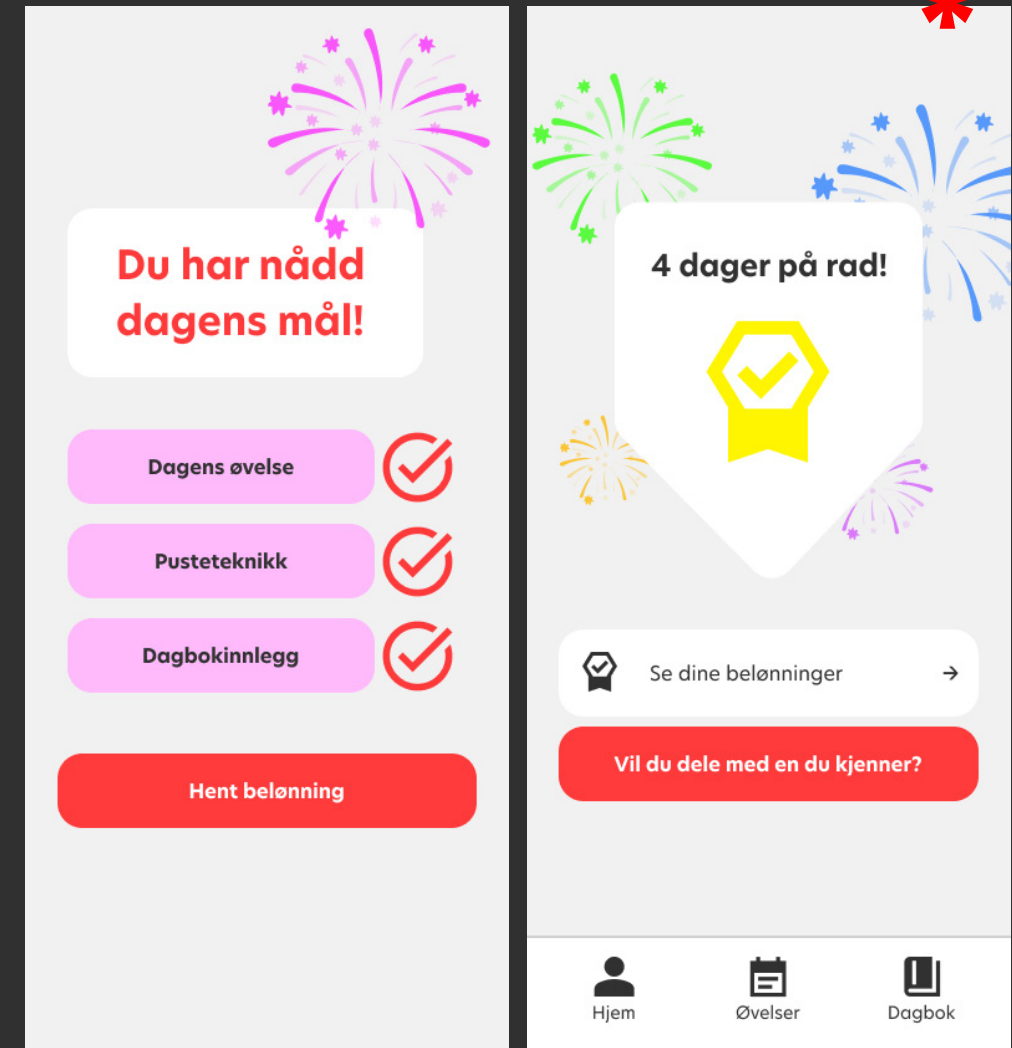
6.2.7 Anbefalte oppgaver

Brukeren oppfordres til å gjøre flere anbefalte oppgaver. Pasienten vil bli raskere frisk om de utfører så mange øvelser som mulig. Det kan også implementeres eksterne belønninger for å motivere til dette.



6.2.8 Dagens mål

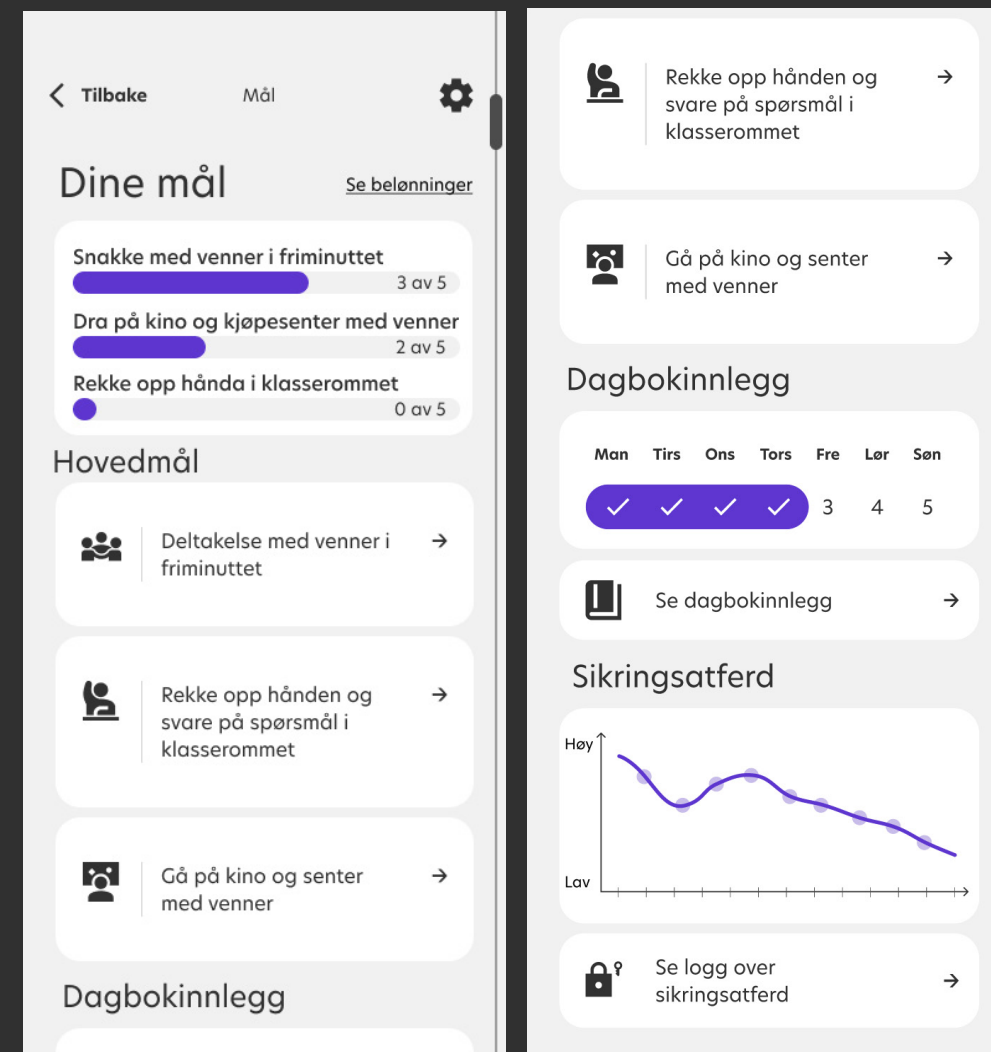
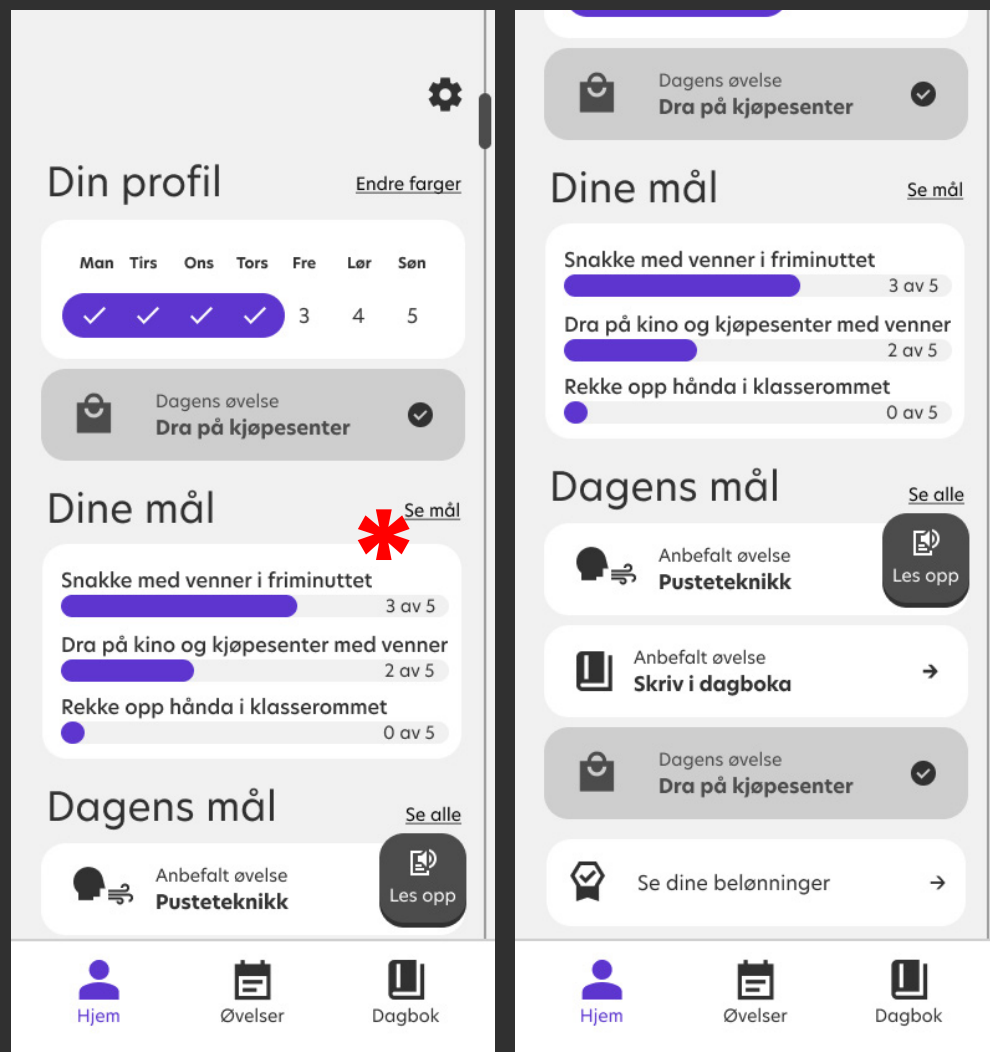
Ekstra oppmuntringer kommer ved å nå dagens mål. Dette vil fungere som en ekstra motivasjon til fullføre øvelser, i tillegg til oppmuntring fra behandler. For å sikre at brukeren ikke klikker seg gjennom øvelsen uten å fullføre oppgaven, kan en slik type belønning spille på samvittigheten til brukeren. (Referere til tabell over risikovurdering)



* Kognitivt design: Oppmuntre og motivere gjennom belønninger.

6.2.9 Profil og mål

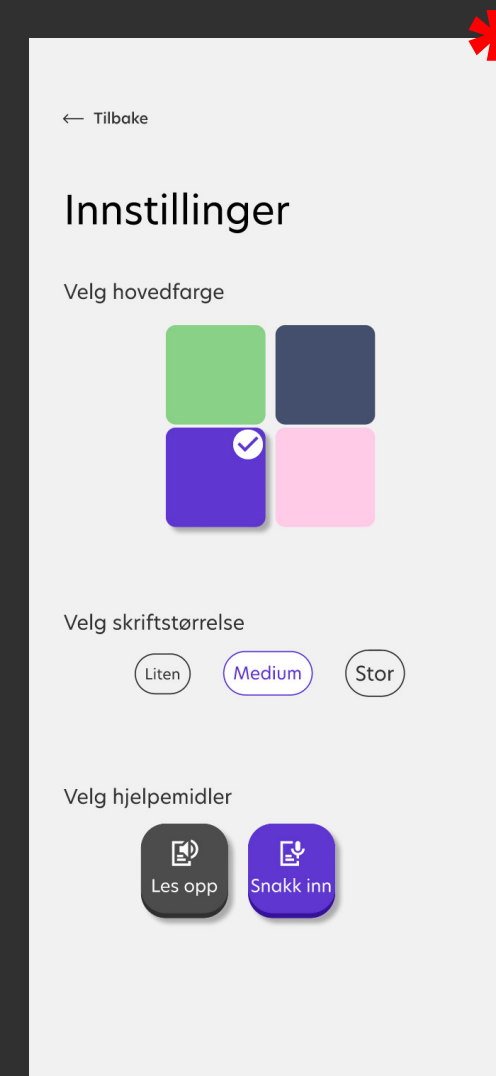
Brukeren har en hjem-skjerm kalt "Din profil" hvor det er en oversikt over dagens øvelse, mål og oppgaver for å nå målet.




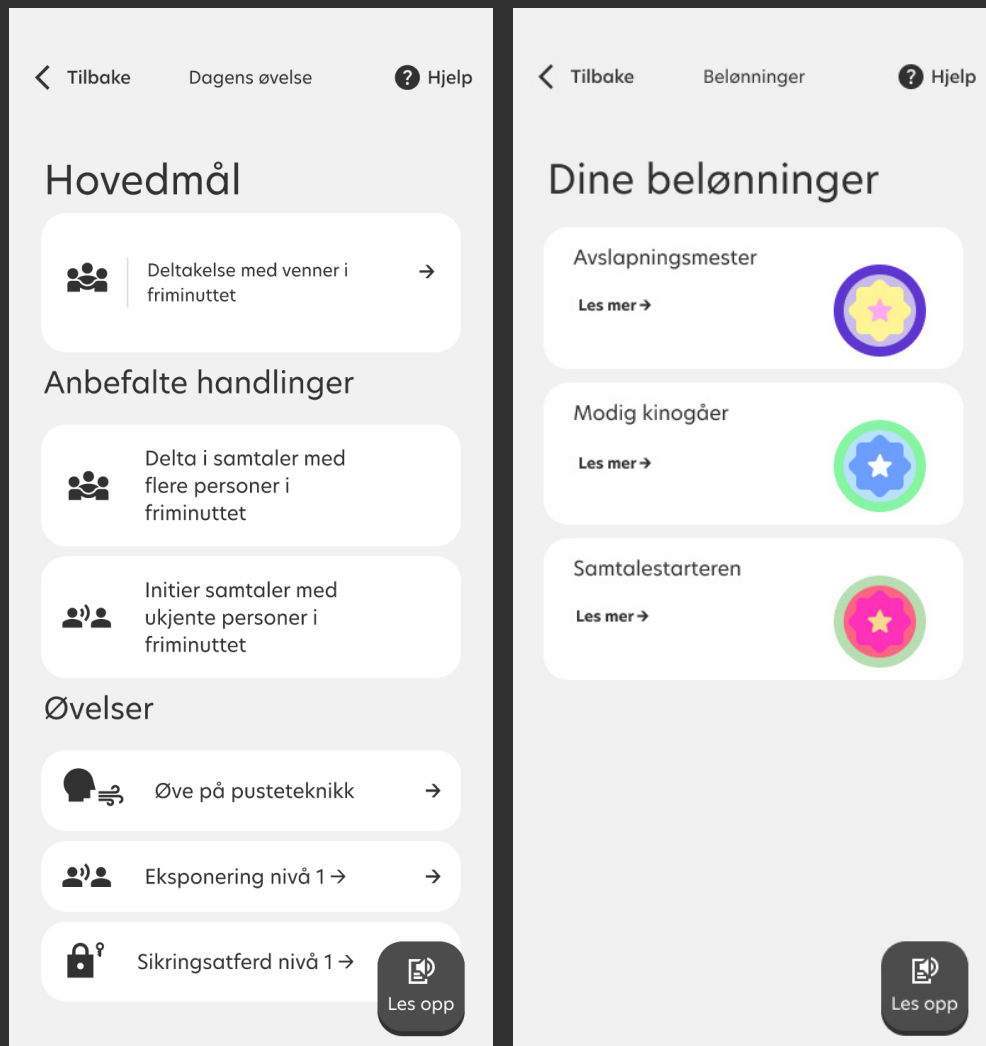
 Kognitivt design: Vise fremgang visuelt med enkle grafer

6.2.10 Innstillinger

Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.

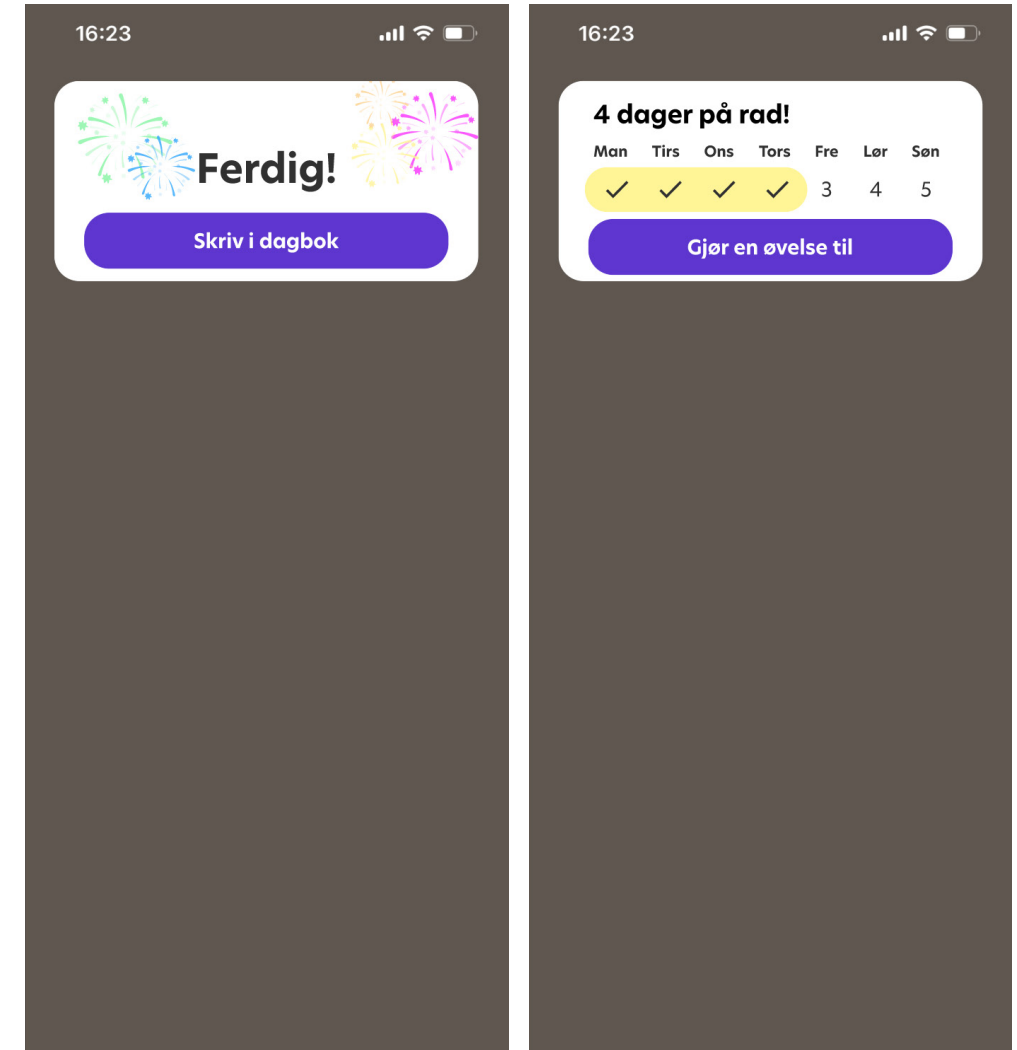
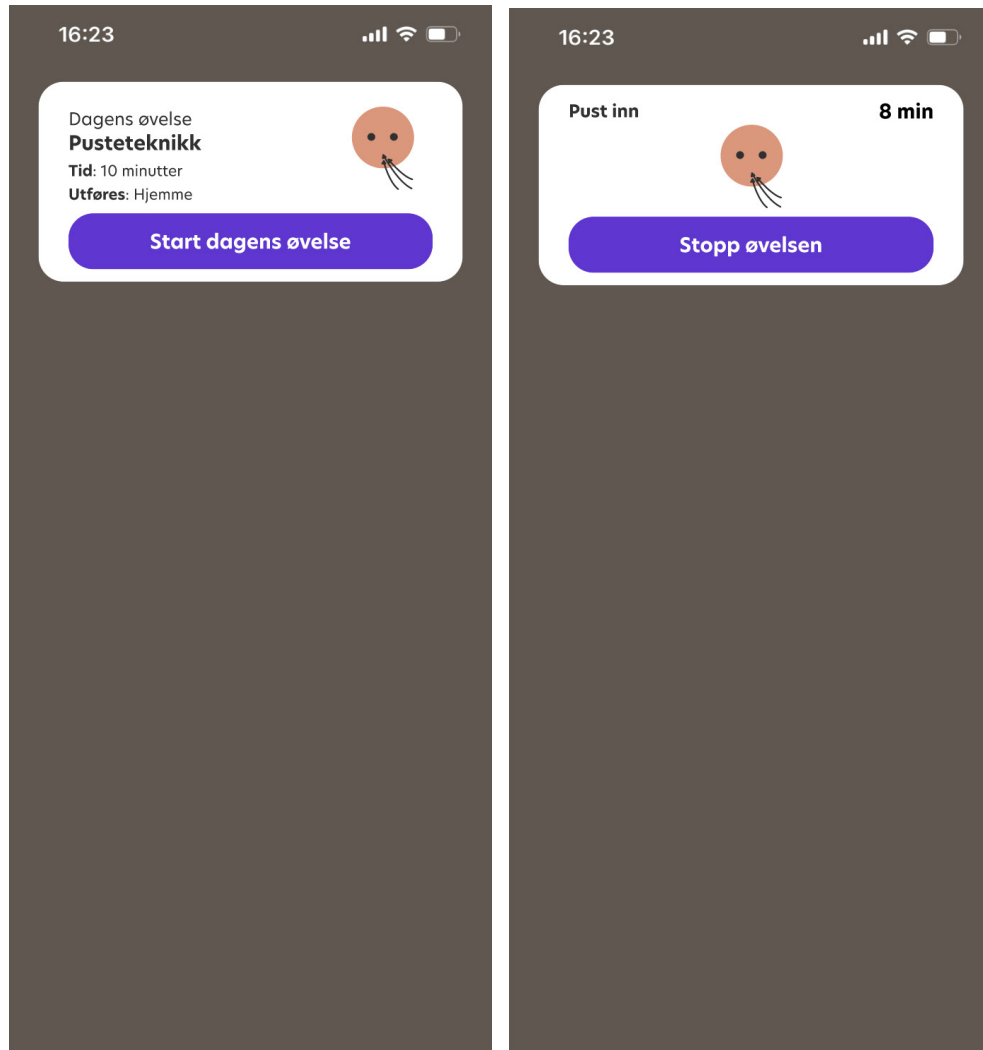


 Kognitivt design: La brukeren selv velge farger og hvilke hjelpemidler de trenger.



6.2.11 Widgets

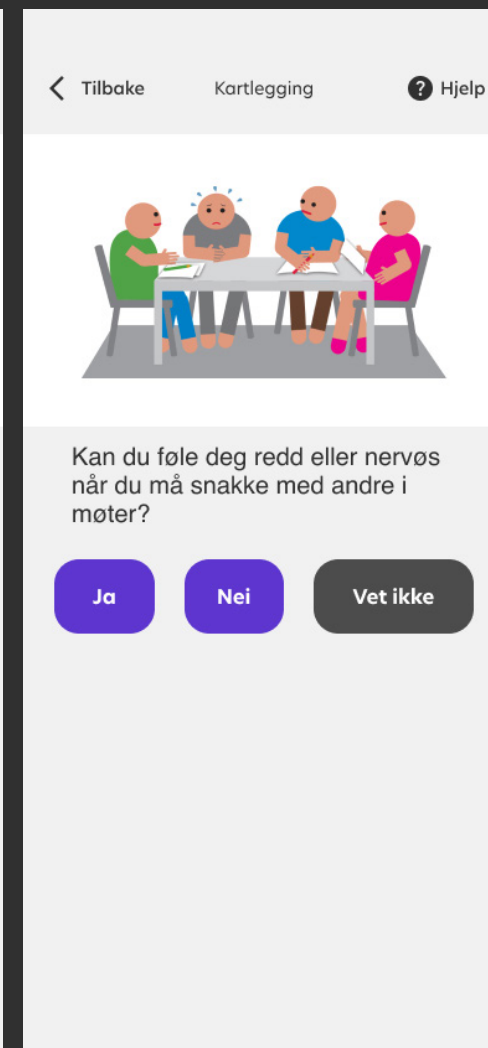
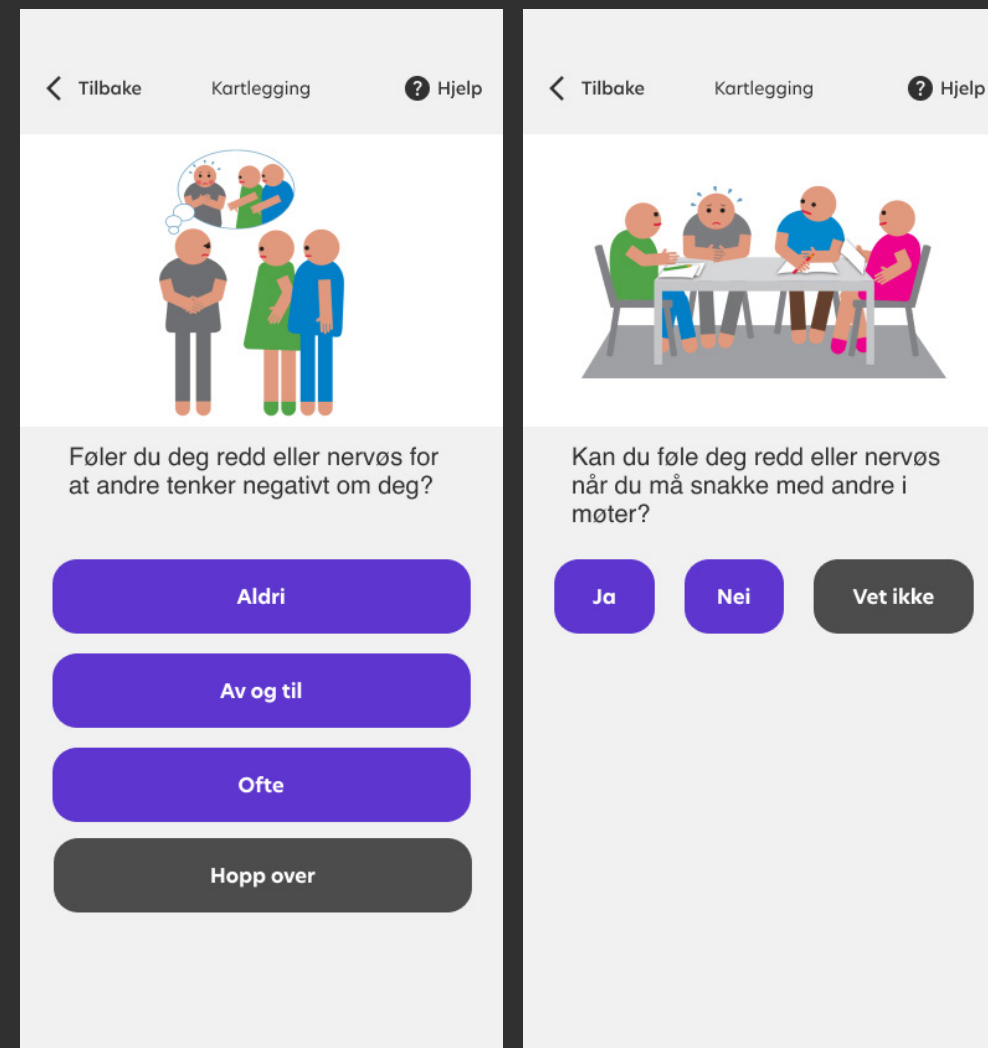
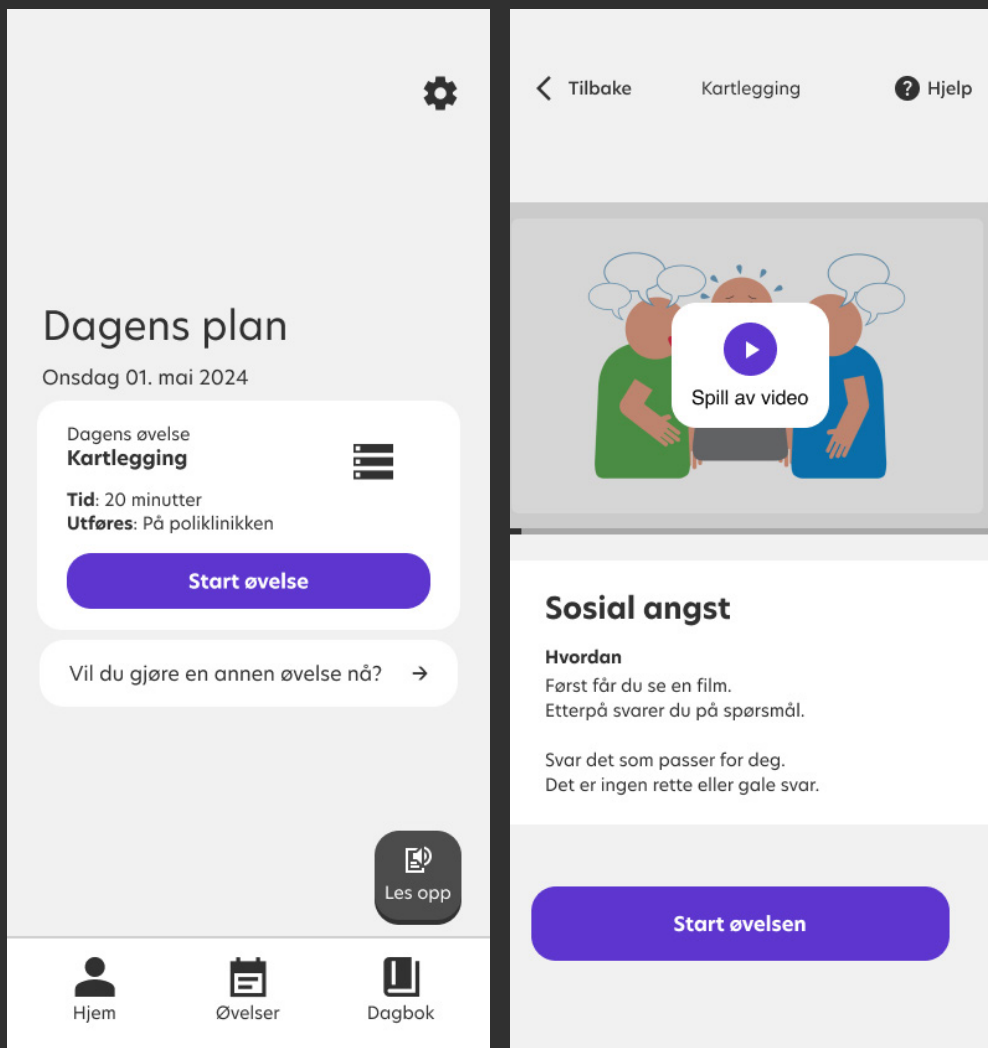
Brukeren logger inn første gang med Bank ID og oppretter deretter en egen pin-kode de kan bruke ellers.



6.2.12 Integreere iSpe

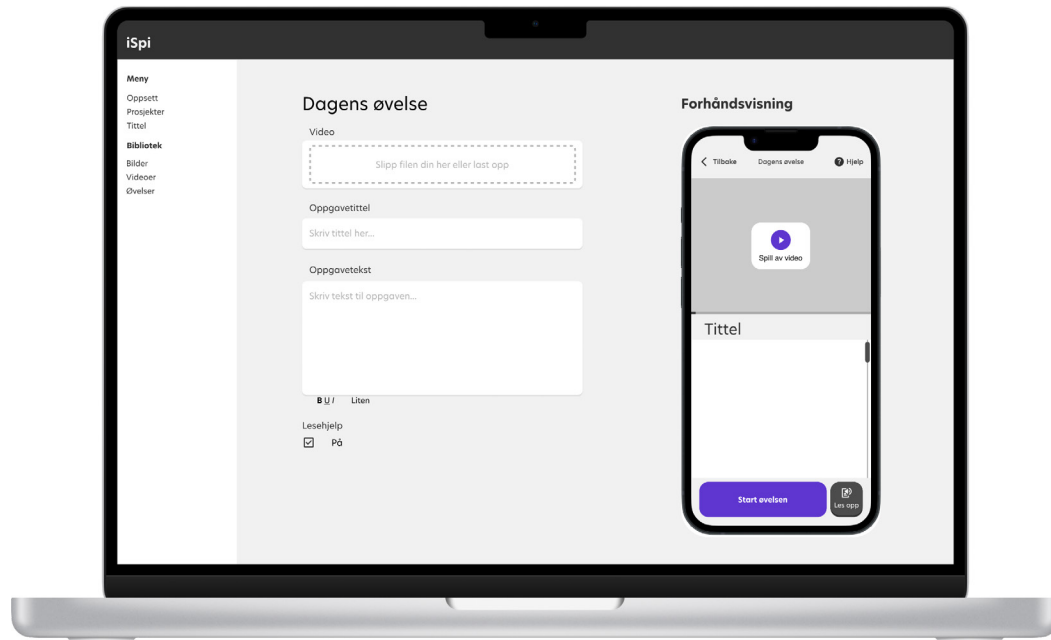
Tidligere har jeg jobbet med å redesigne iSpe som er et kartleggingsverktøy tilpasset nedsatt kognitiv fungering, og brukes i startfasen ved kartlegging og diagnostisering av psykisk lidelse hos spesialisthelsetjenesten.

Løsningen i denne oppgaven har vist god mulighet for å integrere iSpe som øvelse. Her viser jeg hvordan iSpe vil se ut som øvelse i løsningen.

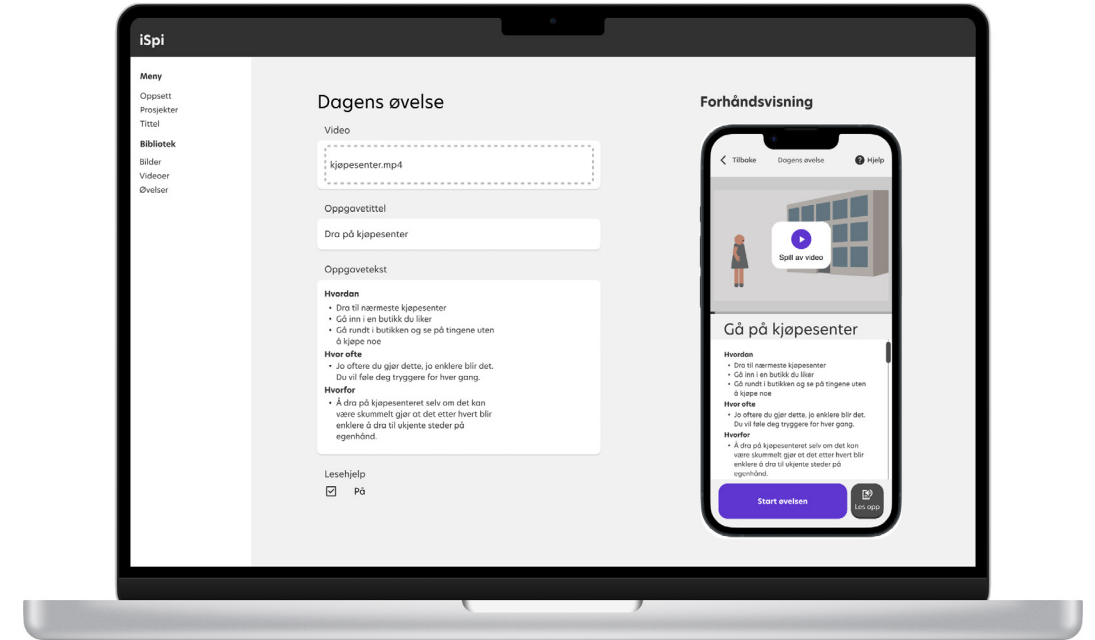


6.2.12 Adminpanel for behandleren

Pasienten skal få individtilpasset behandling via appen på sin mobil. Dette legges inn av behandler ved å bruke et adminpanel. Her vil behandler ha tilgang til å skreddersy behandlingsplan og øvelser basert på hver enkelt pasient og deres behov.



Når behandleren fyller ut feltene med video, tittel og oppgavetekst vil det legges til malen slik at øvelsen er klar for pasienten. Malen kan brukes med øvelser på tvers av diagnoser for å gjøre det enkelt for behandler.



07

Prototyping og brukertesting

Prototypingsprosessen har gått i iterasjoner der hver iterasjon har endringer basert på tilbakemeldinger fra andre designere eller eksperter som kjenner målgruppen. Viktige designvalg med begrunnelse er oppgitt under «Designvalg» under.

- 152 Designkritikk og designgjennomgang
- 152 Brukertest på papir
- 152 Geriljatesting av prototype i Figma
- 154 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming
- 164 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst

7.1 Designkritikk og designgjennomgang

Gjennom prototypingsprosessen har jeg med jevne mellomrom presentert prototypen for medstudenter, veileder og eksperter. Dette har gitt meg muligheten til å iterere hyppig basert på konkrete tilbakemeldinger.

7.2 Brukertest på papir

Ved å printe ut skjermbildene i prototypen fikk jeg testet denne på papir med medstudenter. Dette viste seg å være en effektiv metode for å bestemme flyt og brukervennlig navigasjon i appen. Ved å presentere appen i sin helhet på papir fikk utenforstående et tydelig overblikk over oppbygningen, og de kunne enkelt flytte rundt på skjermbildene.

7.3 Geriljatesting av prototype i Figma

Ved å laste ned Figma på mobiltelefonen har jeg kunnet utføre hyppige Geriljatester på medstudenter ved å la de klikke seg gjennom prototypen på appen. Dette er en enkel metode der man raskt ser hvor eventuelle endringer kan gjøres, og om noe mangler fra prototypen. Det var også nyttig å se hvordan andre interagerer med appen, for å se om den fungerte slik som tenkt.

UUtilsynet anbefaler stikkprøver der man tester løsningen på kolleger som ikke er kjent med innholdet (utilsynet, u.d.). Slik kan man teste brukervennligheten enkelt og hyppig.



7.4 Brukertest av prototype med personer med lett psykisk utviklingshemming

Brukertestingsmetodene presentert på forrige side ble brukt som en forberedelse til den virkelige brukertesten, nemlig en brukertest der personer med lett utviklingshemming fikk testet løsningen.

7.4.1 Mål

Det jeg ville teste under brukertesten var

- At flyten i appen var intuitiv for målgruppen
- At det var mulig å utføre «Dagens øvelse» slik som tenkt
- At støttefunksjonene slik som tekst-til-stemme og stemme-til-tekst ble brukt og forstått
- At oppsettet, navigasjon, font og farger fungerte bra

7.4.2 Hvor

Haugesund

7.4.3 Hvem

Til brukertesten fikk jeg hjelp av en jeg intervjuet tidligere til å rekruttere deltagere. Deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av at de mottar tilbud om tilrettelagt arbeidsplass. Deltagerne i brukertesten har lett utviklingshemming, men ikke psykisk lidelse. De var derfor ikke kjent med behandling for angst, eller konteksten rundt løsningen fra før.

7.4.4 Hvordan

Brukertesten ble fasilitert av en vernepleier jeg har samarbeidet med tidligere i prosjektet. Fasilitatoren hjalp til med å rekruttere deltakere til brukertesten som passer målgruppen. Deltakerne var ikke pasienter, så deltakerne passet kun kravet om å ha nedsatt kognitiv fungering og behov for tilpasning.

7.4.5 Oppsett

En oppdatert versjon av prototypen ble brukertestet på personer i målgruppa. Brukertesten ble utført i Haugesund og fasilitert av noen andre enn meg. Det var derfor viktig at alt var klart på forhånd og at personen som skulle fasilitere hadde informasjonen de trengte.

På forhånd sendte jeg et informasjonsskriv med instruksjoner for brukertesten, målet for brukertesten, gjennomgang og forklaring av prototypen og manus som skulle brukes under selve brukertesten.

Personen som fasiliterte brukertesten var med og observerte da jeg utførte brukertester i Haugesund til prosjektoppgaven min forrige semester. Likevel er ikke dette noe personen har gjennomført selv, og personen er ikke designer.

Jeg satte opp et skjema som fasilitatoren skulle fylle ut etter hver brukertest, som jeg baserte funnene fra brukertesten på.



Kjønn: Kvinne
Alder: 52
Utviklingshemning: Ukjent
Autisme: Nei
Genetisk syndrom: Nei
Andre diagnoser: Nedsatt funksjonsevne

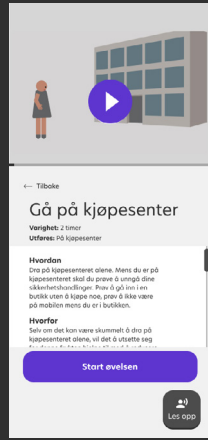

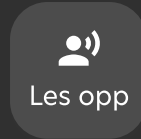

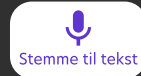




Kjønn: Mann
Alder: 58
Utviklingshemning: Lett
Autisme: Nei
Genetisk syndrom: Ukjent
Andre diagnoser: Nei

7.4.6 Resultat

Resultatet av brukertesten er oppsummert i tabell 6.

Testpunkt	Funn	Endring
Navigasjon og flyt	Kan være utfordrende, i hvert fall ved første bruk av appen. Spesielt utfordrende når man er ferdig med dagens øvelse og skal navigere rundt i appen. Finne frem til innholdet i menylinja.	Legge til tydeligere tilbakeknapp. Vise mer intuitivt hva man kan gjøre ved å komme til «aktiviteter» ved endt øvelse.
Lesehjelp og støttefunksjoner	Lesehjelp ble brukt av en person, men det er uklart hvor tydelig det var at knappen for lesehjelp kunne lese opp teksten på skjermen. Stemme-til-tale funksjonen ble ikke brukt eller forstått.	Gjøre endringer spesielt på stemme-til-tale knappen, endre navn og bytte ikon og bytte plassering.
Dagens øvelse	Dagens øvelse var intuitiv og greit å bruk. Det var ikke tydelig at videoen kunne spilles av for en av brukerne. Det var også noe vanskelig tekst og vanskelige ord.	Endre ikon for å spille av video, tydeliggjøre at dette er en video man kan se. Re-iterere på beskrivelse til øvelse, se om noe tekst kan fjernes eller forenkles.

Før	Etter
	
	
	
	

Tabell 6: Funn ved brukertesting

Testpunkt	Funn	Endring
Farger og font	Fargene var greie. En bruker ønsket gjerne flere farger, men syntes det var fint å kunne velge hovedfarge selv. Ingen negative tilbakemeldinger til farge generelt, men det skader ikke med flere farger på oppmuntringene. Fonten var tydelig og teksten lesbar, men i noen tilfeller var teksten for liten.	Endre skriftstørrelse der teksten var for liten. Tydeliggjøre at farger kan velges og tilpasses.
Brukervennlighet	Noen steder var det litt kronglete, og dette kan ha blitt påvirket av flere faktorer. Likevel verdt å tenke gjennom flyten en gang til og sikre at appen er enkel å navigere gjennom.	Vurdere å ha intro-beskrivelse for de som bruker appen første gang. Forenkle tekst. Tydeliggjøre navigasjon. Tydeligere flyt ved endt øvelse.
Ikoner	Ikonene var tydelige unntatt to tilfeller. Dette gjaldt stemmetil-tekst og den ene smiley-en.	Bytte ikon for stemmetil-tekst. Bytte ut smilende smiley.

Før

Etter

Tabell 6: Funn ved brukertest 1.

7.4.7 Oppsummering

Løsningen kan være utfordrende for målgruppen, særlig ved første gangs bruk. Navigeringen rundt i appen, spesielt etter fullføringen av dagens øvelse, og det å finne frem til innholdet i menylinja viste seg å være vanskelig. Det er en utfordring å skille mellom om dette skyldes at appen er helt ny for brukeren, eller om det er fordi de ikke kjenner konteksten rundt. For å få bedre innsikt foreslås det at appen brukertestes på flere personer. Jeg vil anbefale at behandler setter av tid til å vise pasienten rundt i appen før pasienten skal bruke den på egenhånd for første gang. Dette kan bidra til å styrke alliansen mellom pasient og behandler, og er et bedre alternativ enn å legge inn en brukerguide etter min personlige mening. Det å sette av tid til å gå gjennom appen sammen med pasienten kan være med å senke barrieren for å åpne appen, da man allerede har sett innholdet en gang tidligere.

Dagens øvelse ble oppfattet som intuitiv og enkel å gjennomføre, men det var ikke åpenbart for en av brukerne at videoen kunne spilles av, noe som indikerer behovet for å endre ikonet for avspilling. Lesehjelpen ble brukt av én person, men det var uklart om det var tydelig nok at knappen kunne lese opp teksten på skjermen. Stemme-til-tale funksjonen ble heller ikke brukt eller forstått, noe som indikerer et behov for endre designet på denne. De faktiske brukerne vil få en omvisning i appen av behandler, samt ha en grunnleggende forståelse av sin diagnose og behandlingsplan.

For personer med lett utviklingshemming var appen forståelig, og ingen hadde store problemer med navigering eller bruk. Dette er et positivt funn som indikerer at appen har potensiale for målgruppen.

Når det gjelder design og farger, var fargene generelt greie. En bruker ønsket flere farger, men likte muligheten til å velge hoved-

farge selv i innstillingene. Fonten ble sett på som tydelig og lesbar, selv om teksten noen ganger var for liten. Ikonene i appen var stort sett tydelige, men det var to unntak: stemme-til-tekst-ikonet og en av smiley-ene, som begge ble oppfattet som uklare.

Siden noen deler av appen var kronglete å bruke, må navigasjonen forbedres. Flyten i appen bør gjennomgås for å sikre enkel og brukervennlig navigasjon. I tillegg må belønningssystemet videreutvikles for å øke motivasjonen blant brukerne. Samlet sett viser brukertestene at appen har et godt potensiale, men at det er rom for forbedringer.

Videre bør appen utvikles slik at det legges inn nivåer basert på behandlingsplanen til pasienten. Det bør også lages et system for belønninger, både inne i appen og eksternt. De eksterne belønningene må bestemmes av pasienten og avtales med behandler. Dette belønninger som for eksempel å dra på kino, bestille valgri mat, gå på konsert eller andre ting pasienten selv velger.

7.5 Brukertest av prototype med personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst

En tidligere deltaker hjalp til med å rekruttere en pasient til en siste brukertest. Dette var sent i prosjektet, og derfor ble ingen endringer gjort basert på brukertesten. Likevel er utfordringene avdekket under brukertestet listet i tabell 7 for fremtidig utvikling.

7.5.1 Mål

Det jeg ville teste under brukertesten var det samme som i den forrige brukertesten.

- At flyten i appen var intuitiv for målgruppen
- At det var mulig å utføre «Dagens øvelse» slik som tenkt
- At støttefunksjonene slik som tekst-til-stemme og stemme-til-tekst ble brukt og forstått
- At oppsettet, navigasjon, font og farger fungerte bra

7.5.2 Hvor

Haugesund

7.5.3 Hvem

Det var en deltaker som brukertestet. Personene ble rekruttert av en behandler som har deltatt i prosjektet. Pasienten har

psykisk utviklingshemming og mottar behandling for angst. Brukeren er derfor kjent med behandlingsformen og diagnosen angst.

Kjønn: Mann

Alder: 19

Utviklingshemning: Lett utviklingshemming

Autisme: Nei

Genetisk syndrom: Nei

Andre diagnoser: Sosial fobi

7.5.4 Hvordan

Brukertesten ble fasilitert på vegne av meg slik som forrige brukertest, men jeg var ikke med for å observere digitalt. Fasilitatoren hjalp til med å rekruttere deltakere til brukertesten som passer målgruppen. Deltakerne var pasienter og brukertestet der de mottar behandling.

7.5.5 Oppsett

Oppsettet var likt som sist, se punkt 7.4.5. Eneste forskjell var at jeg ikke selv observerte. Funnene er derfor basert på fasilitatorens notater.

7.5.6 Resultat

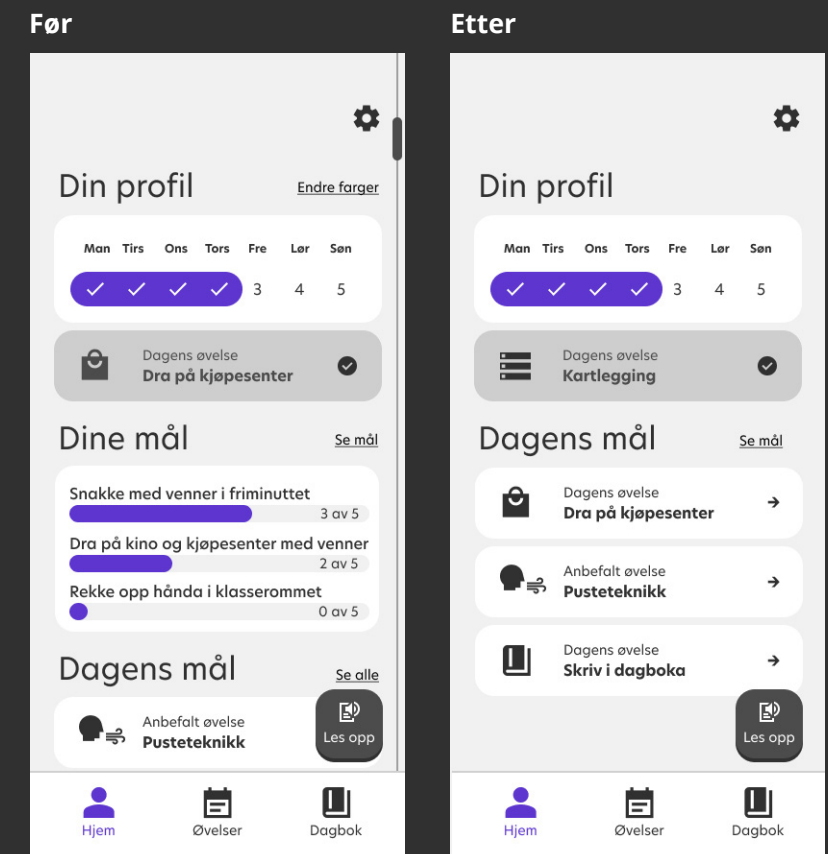
Resultatet av brukertesten er oppsummert i tabell 7.

Testpunkt	Funn	Endring
Navigasjon og flyt	Navigering var ikke logisk.	Forenkle navigasjon gjennom appen.
Lesehjelp og støt-tefunksjoner	Lesehjelp og stemme-til-tekst var ikke lett. Det var litt liten tekst. Bruker fant denne, etter å ha blitt guidet av fasilitator.	Fortsette iterasjon på disse hjelpemidlene. Vurdere å ha automatisk avspilling av tekst, som eventuelt kan slås av for de som ikke trenger dette.
Dagens øvels	Det gikk greit å gjennomføre dagens øvelse. Bruker brukte ikke video. Noe tekst var for vanskelig. Siden var oversiktlig.	Forenkle teksten i løsningen. Vurdere å ha automatisk avspilling av video.
Farger og font	Brukeren ga tilbakemeldinger på at fargene var fine, spesielt lilla. Teksten var for liten noen steder.	Endre skriftstørrelse der teksten var for liten.
Brukervennlighet	Bruker syntes appen var lett å bruke. Vanskelig å se at man kan scrolle på sider som "mål".	Forenkle enda mer, både navigering og tekst. Teste om dette løser problemet. Synliggjøre bedre der det er mulig å scrolle.
Ikoner	Ingen tilbakemeldinger.	-

Tabell 7: Funn ved brukertest 2.

Forslag til endring

For å forbedre brukervennligheten foreslås det å endre hjem-skjermen ved å fjerne elementer. Nedenfor vises forslag til endring.



7.5.7 Oppsummering

Det er fortsatt utfordringer med å bruke appen. Spesielt knyttet til navigering, forståelse av tekst og bruk av lesehjelp (tekst-til-tale). For å løse disse utfordringene kreves det videre testing etter å ha gjort de nødvendige endringene, for å se om utfordringene kan forbedres. Det beste er om en prototype av løsningen kan tas i bruk over en lengre periode, og basert på tilbakemeldinger gjøre endringer underveis.

Belønningssystemet kan være en faktor i at navigering blir for komplisert. Da må det vurderes om denne kan forenkles uten å miste motivering og oppfordring til å gjøre flere øvelser. Det kan vise seg at belønningssystemet tar bort fokuset og kun blir et forstyrrende element for brukeren, dette må testes videre.

Det er utfordrende å gjøre tekst leselig i et format slik som app. Elementer som lesehjelp burde ikke ta bort fokus fra hensikten til siden man er på, men siden ikoner må støttes med tekst må man finne balansen der teksten er leselig uten å fjerne fokus.

“Jeg fikk et veldig godt inntrykk av appen, og ser frem til å kunne bruke denne som verktøy i fremtidig behandling. Fint og oversiktlig layout. Mye nyttig innhold, med både informasjon om hvordan og hvorfor.”

- tilbakemelding fra behandler som fasiliterte brukertest

08

Diskusjon

I diskusjonen drøfter jeg resultatet, oppgavens begrensninger og presenterer til slutt noen designanbefalinger basert på målgruppen.

- 172 Resultat
- 172 Begrensninger
- 175 Designanbefalinger for personer med nedsatt kognitiv fungering og sosial angst
- 178 Refleksjon

8.1 Resultat

I oppgaven formulerte jeg problemstillingen "Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?". Dette har jeg svart på gjennom å designe en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst hos personer med psykisk utviklingshemming. Løsning en fungerer for pasient, behandler og omsorgspersoner.

8.2 Begrensninger

Gjennom prosjektet har jeg fått svært god hjelp av både hovedveileder og bi-veileder. Jeg er svært takknemlig for at jeg fikk holdt så mange intervjuer som jeg fikk holdt, at jeg fikk gjennomført en workshop med eksperter og at jeg fikk brukertestet løsningen min. Til tross for dette har jeg møtt på noen utfordringer og begrensninger. Dette er hovedsaklig begrensninger knyttet til at jeg jobber med et område der det eksisterer svært lite forskning. Dersom menneskter med psykisk utviklingshemming skal ha samme muligheter som andre i befolkningen blir forskere nødt til å inkludere denne gruppen fremover. Siden jeg har hatt en målgruppe som i praksis er pasienter har det vært utfordrende å få tilgang på brukere, både for intervju og for brukertesting. Å inkludere personer fra målgruppa kunne tilført dybde til prosjektet, men kunne også blitt for tidkrevende med tanke på prosjektets tidslinje. Dette er derfor en anbefaling til eventuelle doktorgrads-avhandlinger. Løsningen som endte med å svare best på forskningsspørsmålet viste seg å være en app. Dette har i seg selv noen begrensninger, særlig i form av motivasjon til å ta appen i bruk. Dette kan være en mulig utfordring for løsningen.

8.2.1 Tilgang på brukere

Et viktig resultat og poeng både i prosjektoppgaven og masteroppgaven min har vært at det å inkludere brukere fra målgruppen er essensielt for å utvikle løsninger som er brukervennlige. Som en person uten psykisk utviklingshemming er det ikke mulig for meg å validere en løsning på egenhånd, ei heller ved å brukerteste på personer uten psykisk utviklingshemming. Ikke bare burde løsningen brukertestes på personer i målgruppa, den burde helst utvikles og designes i samarbeid med personer i målgruppa. Slik vil deres perspektiv og behov inkluderes og være gjennomgående i hele løsningen og prosessen for å utvikle den.

Målgruppen i oppgaven er personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst, som betyr at personene i målgruppa er pasienter. Det gjør det mer komplisert å innhente brukere da mye er taushetsbelagt. Det å ikke ha tilgang på brukere har derfor vært en begrensning for å få til en slik samskapning og validering av løsningen. Jeg har vært heldig som har fått innspill fra mange gode eksperter på området, og fra personer som kjenner målgruppa godt gjennom flere års erfaring. Dette påvirker utviklingen positivt og har gjort det enklere å komme inn på rett spor.

8.2.2 Motivasjon til å bruke løsningen

Løsningen er utviklet for personer med lett psykisk utviklingshemming og sosial angst. Å bli frisk når man har en psykisk lidelse krever at man jobber for dette på egenhånd ved å følge sin behandlingssplan og råd gitt av behandleren sin. Dette kan være krevende når man har det krevende, og man trenger en viss indre motivasjon og driv til å jobbe for egen helse. En faktor som spiller inn på denne moti-

vasjonen er arbeidsalliansen mellom pasient og behandler (Cruz og Pincus 2002, Garcia og Weisz 2002, Hartley, Redmond m.fl. 2022).

Forholdet mellom pasient og behandler er svært viktig for å sikre god behandling. Dette kan påvirke utfallet og graden av forbedring hos pasienten. Arbeidsalliansen kan være med å påvirke hvorvidt pasienten følger behandlingsplanen og anbefalinger gitt av behandler (Mushlin og Appel 1977, Starfield, Wray m.fl. 1981, DiMatteo og DiNicola 1982).

Dette kan være en viktig faktor når man introduserer digitale helsetjenester. Det er viktig å ikke prøve å heldigitalisere helsetjenesten, men at man supplerer med digitale støtteløsninger. Om disse digitale hjelpemidlene blir tatt i bruk eller ikke av pasienten kan påvirkes av arbeidsalliansen mellom pasient og behandler. Det er nødvendig med en solid arbeidsallianse i bunnen for at de digitale hjelpemidlene skal bli tatt i bruk. Dette er derfor en forutsetning for løsningen presentert i denne oppgaven, og det vil være visse forventninger til eksterne faktorer som må være på plass for at en digital løsning skal fungere i praksis.

I løsningen er det derfor lagt vekt på oppmuntring, motivasjon og belønningssystemer i selve appen, men den største drivkraften til pasientens motivasjon kommer fra god oppfølging fra behandler og en ekstern påvirkning og oppfordring til å bruke appen regelmessig. Dette er en løsning som skal fungere som et supplement og et hjelpemiddel for å følge sin behandlingsplan, det skal ikke erstatte behandling slik den er i dag.

8.2.3 Begrenset forskningsmaterieill

Universell design og interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming er et område der det mangler forskning. Dette kan til tider være utfordrende, spesielt med begrenset tilgang på brukere fra målgruppen som kunne blitt inkludert via samskapning og eksperter av erfaring.

8.3 Designanbefalinger for personer med nedsatt kognitiv fungering og sosial angst

I prosjektet er målgruppen preget av sin diagnose psykisk utviklingshemming og i tillegg sosial angst. Angstlidelse vil prege designvalg, spesielt når det kommer til forstyrrende elementer og elementer brukeren ikke får kontrollere selv. Dette kan være pop-ups og videoer med automatisk avspilling. På neste side i tabell 8 presenterer jeg designanbefalinger som er en oppsummering av det jeg selv har fulgt gjennom oppgaven basert på erfaringene jeg har opparbeidet.

Kognitiv nedsettelse	Hensyn personer med nedsatt kognitiv fungering	Ekstra hensyn for de med angstlidelse
Språk	Utfordringer med språk gjør det viktig å forenkle språk og vanskelig terminologi.	
Oppmerksomhet	Mindre kapasitet til å prosessere informasjon og kognitiv overbelastning betyr at kun nødvendig og relevant informasjon bør presenteres og hver side bør inneholde få elementer. Navigasjon på sidene må føle samme mønster, og gjerne også oppsette på layout slik at det blir forutsigbarhet for brukeren.	Pop-ups og videoer på automatisk avspilling kan være stressende og trigge angst
	Det er viktig å la brukeren utføre oppgaver og handlinger i eget tempo. Det kan også være hensiktsmessig å gi brukeren mulighet til å gå ut av en oppgave og fullføre den siden, slik at data blir lagret i mellomtiden.	En person med angst kan oppleve stort press om det er tidsbelagte oppgaver.
Hukommelse	Utfordring med hukommelse betyr at det ikke bør presenteres mye ny informasjon på én gang, men at informasjon presenteres litt etter litt på en forståelig og overkommelig måte. Her er det best å introdusere en ny ting om gangen.	

Læring	Det kan være vanskelig å identifisere og tolke egne følelser. Ved å bruke visuell støtte kan det bidra til å gjenkjenne og sette ord på følelser og kroppslige reaksjoner.	Behandling for angst innebærer psykoedukasjon som betyr opplæring i symptomer på angst og hvordan dette påvirker en. Derfor er det viktig å lære å gjenkjenne følelser og reaksjoner som er knyttet til angsten, og lære at dette er helt vanlige symptomer.
	Noen kan ha lesevansker der det blir viktig med støtte i form av tekst-til-tale eller støtte for eksterne skjermlesere.	
Motorikk	Vanskelig å treffe knapper som kan påvirke navigasjon og scrolling. Pass på at trykkflater er store og responsive.	Dersom knapper ikke reagerer som forventet kan det skape uro hos brukeren.
	Kan ha saktere bevegelser, slik at man må være påpasselig med tidspress og timere på å utføre oppgaver eller trykke på knapper.	

Tabell 8: Designanbefalinger for personer med psykisk utviklingshemning og sosial angst

8.4 Refleksjon

Jeg har lært mye gjennom dette prosjektet, og noe jeg særlig tar med meg videre som designer er viktigheten av å følge og treffe kravene til tilgjengelighet og universell utforming. Som designer er dette noe jeg har hatt for lite fokus og kunnskap om tidligere, og noe jeg savner fra studiet. En utfordring når man jobber med universell utforming er å inkludere brukere, og dette er en forutsetning for å skape brukervennlige løsninger. Dette har vært utfordrende i dette prosjektet.

Jeg har vært heldig som har fått god hjelp til å rekruttere eksperter og også brukere i målgruppen, men på grunn av samarbeid med Helse Fonna har noen av metodene foregått digitalt på grunn av avstand. Å utføre brukertester digitalt gikk heldigvis bra, og uten noen forstyrrelser. Det eneste negative ved å utføre brukertester digitalt var å ikke kunne observere i samme rom, og jeg mistet da observasjoner av kroppspråk og lignende hos brukeren.

En annen utfordring har vært litteratursøk. Når man jobber innen et felt der det er store mangler forskningsmessig blir man ofte begrenset til generell forskning eller forskning innen andre domener som kan gjøre litteratursøk utfordrende. Her har jeg fått god hjelp av min bi-veileder som er ekspert på feltet. Han har gjennomført litteraturgjennomgang på området og har dermed god oversikt over eksisterende forskning. Det har da blitt opp til meg hvor jeg kan anvende forskning og hvor jeg må bruke generell forskning som en hypotese. Ved bruk av generell forskning må dette testes videre hvorvidt dette fungerer med målgruppen. Her kommer jeg igjen tilbake til rekruttering og involvering av brukere fra målgruppa, som en forutsetning også for å utvikle nye metoder og retningslinjer.

09

Konklusjon

182 Oppsummering
182 Bidrag
183 Muligheter

9.1 Oppsummering

Denne oppgaven har adressert problemstillingen: "Hvordan kan vi motivere og legge til rette for selvstendighet og egenmestring i hjemmebehandling for pasienter med psykisk utviklingshemming og sosial angst, og samtidig forbedre universell utforming og individtilpasning av behandlingen som tilbys av psykologene i poliklinikken?". Gjennom arbeidet har jeg designet en digital selvhjelpstjeneste som et supplement til behandling for sosial angst og psykisk utviklingshemming, som fungerer for pasienter, behandlere og omsorgspersoner.

Denne studien har vist at det er et tydelig skille mellom kommersielle apper som Duolingo, Headspace og Fitbit, og selvhjelpsapper utviklet for personer med nedsatt kognitiv fungering. Kommersielle apper er generelt bedre designet for brukervennlighet og engasjement, som bør overføres til digitale helseløsninger.

Gjennom utformingen av en digital selvhjelpsplattform har jeg demonstrert hvordan gamifiserte helseapper kan brukes som inspirasjon. Med god bruk av farger, leselig font og motiverende elementer som maskoter og animasjoner holder de brukerne engasjerte. Slike elementer er viktige å inkludere i apper der brukeren skal utføre oppgaver, for å gjøre appen mer attraktiv og oppmuntrende.

9.2 Bidrag

Min oppgave har bidratt til å dekke et behov som eksisterer i dagens behandling av psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming. Ved å fokusere på designprinsipper spesifikt rettet mot personer med psykisk utviklingshemming og sosial angst. Dette har vist at brukermedvirkning, gjennom brukertesting og samskapning, er viktige metoder for å utvikle brukervennlige tjenester for målgruppen. Det har vært utfordrende å inkludere personer med psykisk utvikling-

shemming i denne oppgaven, noe som kunne gitt mer dybde til prosjektet. Dette skyldes i hovedsak tidsrammen jeg har forholdt meg til, men også at målgruppen er pasienter som jeg ikke har direkte tilgang til. Ved videreutvikling av løsningen oppfordres det til aktiv inkludering av målgruppen.

9.3 Muligheter

Videre bør det forskes mer på design for personer med nedsatt kognitiv fungering. Det burde forskes på metoder for å inkludere denne gruppen i designmetoder, slik at designere kan utvikle brukervennlige løsninger gjennom samarbeidende design. Universell design og interaksjonsdesign for personer med psykisk utviklingshemming mangler forskning, noe som gjør det utfordrende å utvikle løsninger uten tilstrekkelig tilgang til målgruppen.

Motivasjon til å bruke appen er en utfordring, da denne avhenger av pasientens indre motivasjon i tillegg til arbeidsalliansen mellom pasient og behandler. En solid arbeidsallianse er nødvendig for at digitale hjelpemidler skal bli tatt i bruk, og dette påvirker også om pasienten følger behandlingsplanen. Løsningen legger vekt på oppmuntring, motivasjon og belønningssystemer i appen, men god oppfølging fra behandlere og ekstern påvirkning er avgjørende for å sikre regelmessig bruk av løsningen.

Til slutt viser denne oppgaven at det finnes potensiale for å utvikle brukervennlige løsninger for målgruppen. Det er viktig at videre forskning og utvikling tar hensyn til de spesifikke behovene til personer med psykisk utviklingshemming, slik at vi kan skape løsninger som støtter deres psykiske helse og selvstendighet.

Referanser

- Arcscott, K., Dagnan, D., & Kroese, B. S. (1998). *Consent to psychological research by people with an intellectual disability*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 77-83.
- Bakken, T. L. og H. Sageng (2016). *Mental health nursing of adults with intellectual disabilities and mental illness: A review of empirical studies 1994-2013*. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 286-291.
- Bakken, T. L. Evensen, O. O. Bjørgen, T. G. Nilsen, I. T. Bang, N. Pedersen, U. Berge, K. Ellingsen, K. E. Baasland, T. og Helverschou, S. B. (2018) *Mental health services for adolescents and adults with intellectual disabilities in Norway: a descriptive study*. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, Vol. 12 Issue: 3/4, pp.121-134, <https://doi.org/10.1108/AMHID-03-2018-0012>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., & Torgersen, L. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. [https://www.helse-bergen.no/ebehandling/om-emeistring/](https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykiskhelse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/Bredesen, M., & Schmidt, I.(2017). Ungdom og fritids medvirkningshåndbok, 148.</p><p>Bayor, A. A., Brereton, M., Sitbon, L., Ploderer, B., Bircanin, F., Favre, B., & Koplick, S. (2021). <i>Toward a competency-based approach to co-designing technologies with people with intellectual disability</i>. <i>ACM Transactions on Accessible Computing (TACCESS)</i>, 14(2), 1-33.</p><p>Bell, N., Tonkin, M., Chester, V., & Craig, L. (2018). <i>Adapting measures of social climate for use with individuals with intellectual developmental disability in forensic settings</i>. <i>Psychology, Crime & Law</i>, 24(4), 362-378.</p><p>Bergen, H. (u.å.). <i>Om eMeistring</i>. Hentet 28.05.2024, fra <a href=)
- Chou, Y.-k. (u.å.). *What is Gamification?*. Hentet 24.05.2024, fra <https://yukaichou.com/gamification-examples/what-is-gamification/>.
- Council, B. D. (u.å.). *The Double Diamond*. Hentet 27.03.2024 fra <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/>.
- Cruz, M. og H. A. Pincus (2002). *Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment*. *Psychiatric Services* 53(10): 1253-1265.
- Dagnan, D., McEvoy, J., & Sturmey, P. (1995). *The psychometric properties of a brief scale for assessing challenging behaviour*. *The Irish Journal of Psychology*, 16(1), 21-28.
- Daniel, C. (u.å.). *Duolingo Users and Growth Statistics (2024)*. Hentet 21.05.2024, fra <https://www.usesignhouse.com/blog/duolingo-stats>.
- Dekelver, J., Kultsova, M., Shabalina, O., Borblik, J., Pidoprigora, A., & Romanenko, R. (2015). *Design of mobile applications for people with intellectual disabilities*. *Communications in Computer and Information Science*, 535, 823-836.
- DiMatteo, M. R. og D. D. DiNicola (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*.
- Erland Skogli, K. H.-G., Christine Mee Lie og Tonje Glenne Arnesen (2020). *STIMULAB – KUNNSKAPSOPPSUMMERING*: 28-33.

Evensen, I. og J. B. Omfjord (2019). *Designing game-inspired mobile applications to promote physical activity for individuals with intellectual disabilities*, NTNU.

Fang, J., Fleck, M. P., Green, A., McVilly, K., Hao, Y., Tan, W., ... & Power, M. (2011). *The response scale for the intellectual disability module of the WHOQOL: 5 point or 3 point?* Journal of Intellectual Disability Research, 55(6), 537-549.

Feng, J., Lazar, J., Kumin, L., & Ozok, A. (2010). *Computer usage by children with down syndrome: Challenges and future research*. ACM Transactions on Accessible Computing (TACCESS), 2(3), 1-44.

Finlay, W. M. og E. Lyons (2001). *Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation*. Psychological assessment 13(3): 319.

Finlay, W. M. og E. Lyons (2002). *Acquiescence in interviews with people who have mental retardation*. Mental retardation 40(1): 14-29.

Fonna, H. "nventorium for støttet psykologisk evaluering. Hentet 24.05.2024, fra <https://www.helse-fonna.no/avdelinger/forskning-og-innovasjon/inventorium-for-stottet-psykologisk-evaluering-ispe-forskningsdrevet-innovasjon>.

Garcia, J. A. og J. R. Weisz (2002). *When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 70(2): 439.

Gibbons, S. (2016). *Design Critiques: Encourage a Positive Culture to Improve Products*. Hentet 07.05, 2024, fra <https://www.nngroup.com/articles/design-critiques/>.

Gibbons, S. (2021). *5 Prioritization Methods in UX Roadmapping*. Hentet 26.05.2024, fra <https://www.nngroup.com/articles/prioritization-methods/>.

Gjertsen, H. (2019). *People with intellectual disabilities can speak for themselves! A methodological discussion of using people with mild and moderate intellectual disabilities as participants in living conditions studies*.

Grandgeorge, M. og N. Masataka (2016). *Atypical color preference in children with autism spectrum disorder*. Frontiers in psychology 7: 227653.

Hanington, B. og B. Martin (2019). *Universal methods of design expanded and revised: 125 Ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions*, Rockport publishers.

Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). *Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff*. PLoS One, 17(1), e0262070.

Headspace. "About us." Hentet 28.05.2024, fra <https://www.headspace.com/about-us>.

Helsedirektoratet (2018). *Om psykisk utviklingshemming*. Hentet 28.05, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>.

Helsedirektoratet (u.å.). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsenorge (2022). *Kva er psykisk helse?* Hentet 29.05.2024, fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

Ikeda, E., Krägeloh, C., Water, T., & Hinckson, E. A. (2016). *An exploratory study of self-reported quality of life in children with autism spectrum disorder and intellectual disability*. Child Indicators Research, 9, 133-153.

Interaction Design Foundation - IxDF. (2017, June 29). *What is Behavioral Design?*. Interaction Design Foundation - IxDF. Hentet 29.05.2024, fra <https://www.interaction-design.org/literature/topics/behavioral-design>

Jalote-Parmar, A., Hara, D. T., Guldbrandsøy, I., Woodhouse, A., & Hara, K. W. (2023, November). *Multistakeholder Service Design Framework for Design of Patient Care Pathways-A case of joint management of pain patients in the health, labour and welfare services in Norway*. In Service Design and Innovation Conference (pp. 495-507).

Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). *Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33(2), 126-138.

Mushlin, A. I. og F. A. Appel (1977). *Diagnosing potential noncompliance: physicians' ability in a behavioral dimension of medical care*. Archives of internal medicine 137(3): 318-321.

Myhr, S., Kongsgård, B., Johannesen, A., & Bakken, T. L. (2022). *Tilrettelegging av sosiale møteplasser for voksne med utviklingshemming i eit kommunalt bufellesskap*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 19(4), 260-269.

Nair, A. S., Priya, R. S., Rajagopal, P., Pradeepa, C., Senthil, R., Dhanalakshmi, S., ... & Zuo, X. (2022). *A case study on the effect of light and colors in the built environment on autistic children's behavior*. Frontiers in psychiatry, 13, 1042641.

NHI (7. juli 2021). *Sosial angst*. Hentet 26.05.2024, fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/sosial-angst>.

Nichols, J. (2021). *Gorilla User Testing: Using Primates to Advance Human-Centered design*. Medium. Hentet 29.05.2024, fra <https://medium.com/truthabout-design/gorilla-user-testing-using-primates-to-advance-human-centered-design-dc03a4c46c99>

Norsk Kompetansesenter for utviklingshemming og psykisk helse (NKUP) (2024). *Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming*. NKUP. https://www.oslo-universitetssykehus.no/4914a1/contentassets/01805ce00df549cbbd6a3a0a0e110484/nkup_digital-oppslag.pdf

O'Keeffe, L., Guerin, S., McEvoy, J., Lockhart, K., & Dodd, P. (2019). *The process of developing self-report measures in intellectual disability: A case study of a complicated grief scale*. British Journal of Learning Disabilities, 47(2), 134-144.

Pavlov, N. (2014). "User interface for people with autism spectrum disorders." Jour-

nal of Software Engineering and Applications 2014.

Power, M. J., Green, A. M., & WHOQOL-DIS Group. (2010). *The Attitudes to Disability Scale (ADS): development and psychometric properties*. Journal of Intellectual Disability Research, 54(9), 860-874.

Reid, G., Vallerand, R. J., Poulin, C., & Crocker, P. (2009). *The development and validation of the pictorial motivation scale in physical activity*. Motivation and Emotion, 33, 161-172.

Schwartz, A. E., Kramer, J. M., & Longo, A. L. (2018). *Patient-reported outcome measures for young people with developmental disabilities: incorporation of design features to reduce cognitive demands*. Developmental Medicine & Child Neurology, 60(2), 173-184.

Scott, H. M. og S. M. Haverkamp (2018). *Comparisons of self and proxy report on health-related factors in people with intellectual disability*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 31(5): 927-936.

Shrestha, V. og S. Fagernes (2017). *Achieving Accessible Websites-A study of Design and Development Processes in NRK*. Norsk IKT-konferanse for forskning og utdanning.

Sigstad, H. M. H. og V. Garrels (2018). *Facilitating qualitative research interviews for respondents with intellectual disability*. European Journal of Special Needs Education 33(5): 692-706.

Skullerud, E., Linaker, O. M., Svenning, A. C., & Torske, H. (2000). *Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for Den norske legeforening.

Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., & D'Lugoff, B. C. (1981). *The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care*. American Journal of Public Health, 71(2), 127-131.

Statista "Fitbit - statistics & facts.". Hentet 28.05.2024 fra, <https://www.statista.com/topics/2595/fitbit/#topicOverview>

Stickdorn, M. og J. Schneider (2012). *This is service design thinking: Basics, tools, cases*, John Wiley & Sons.

Uutilsynet. "Kva seier forskrifta?". Hentet 28.05.2024, fra https://www.uutilsynet.no/regelverk/kva-seier-forskrifta/153#applikasjonar_appar.

Uutilsynet "Om oss.". Hentet 28.05.2024, fra <https://www.uutilsynet.no/om-oss/om-oss/251>

Uutilsynet "Kognisjon". Hentet 28.05.2024, fra <https://www.uutilsynet.no/brukerutfordringer/kognisjon/160>

White-Koning, M., Arnaud, C., Bourdet-Loubère, S., Bazex, H., Colver, A., & Grandjean, H. (2005). *Subjective quality of life in children with intellectual impairment-how can it be assessed?*. Developmental medicine and child neurology, 47(4), 281-285.



Vedlegg

- A Samtykkeskjema
- B Intervjuguide
- C Affinitetsdiagram
- D Plan for workshop
- E Presentasjon workshop
- F Protokoll for brukertest

A – Samtykkeskjema



Ønsker du å delta i prosjektet:

En undersøkelse av behandlingsprotokoller anvendt av psykologer som møter personer med kognitiv nedsatt fungering

Formål og prosjektbeskrivelse

Dette prosjektet er i samarbeid med Helse Fonna. Det involverer utformingen av en digital planleggingsapplikasjon basert på nåværende behandlingsprotokoller for pasienter med nedsatt kognitiv fungering. For å utvikle et brukervennlig system, ønsker vi å involvere deg som deltaker. Både klinikere og forskere vil bli invitert til å samdesignere verktøyet med oss for å hjelpe oss med å forstå kravene til et slikt verktøy. For dette trenger vi dine innspill om tidligere erfaringer og din kunnskap om behandling for å utvikle et pasient-sentrert og kliniker-sentrert system for bedre håndtering av mentale helse-vurderinger og planlegging rundt behandling. Du blir bedt om å delta i denne studien fordi du passer inn i brukergruppen som dette prosjektet sikter på å utvikle en løsning for.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for Design (ID) er ansvarlig for prosjektet.

Hovedveileder (ID): Ashis Jalote Parmar - ashis.jalote.parmar@ntnu.no

Biveileder (MH): Oddbjørn Hove - oddbjorn.hove@helse-fonna.no

Det vil også inkludere noen masterstudenter som vil jobbe med dette prosjektet for å levere sin masteroppgave fra Institutt for Design.

Hva betyr det for deg å delta?

Du blir bedt om å delta i:

- Semi-strukturert intervju. Her vil du bli stilt spørsmål knyttet til dine erfaringer med behandling.
- Samdesignworkshop. Dette vil være en workshop som tar sikte på å utvikle skisser og generere ideer for et potensielt konsept eller prototype.
- Brukertestning av lavfidelitets-prototype. Dette vil være en lavfidelitets-prototype som demonstrerer konseptet og innholdet i verktøyet for klinikere. Testingen vil innebære initielle kommentarer og meninger om verdien av funksjonalitetene som tilbys i det nydesignede verktøyet.

Hvis du velger å delta i prosjektet vil det ta omtrent 30/60 minutter for intervjuet, en arbeidsdag for samdesignworkshopen og noe avsatt tid i løpet av en lengre periode i arbeidssammenheng for å teste løsningen. For intervjuet vil dine svar og tilbakemeldinger bli registrert både muntlig og elektronisk.

Data som blir samlet inn om deg

Det vil bli samlet inn persondata. Det som vil samles inn om deg vil være

- navn
- nettidentifikator
- stemme på opptak

Under intervjuene og co-design workshopen samles data via

Lydopptak. Disse vil bli slettet etter at dataene er transkribert og analysert.

Under den endelige testingen av lavfidelitets-prototypen samles data via

Videopptak av prototypens bruk (uten ansikt). Disse vil bli slettet etter at dataene er transkribert og analysert.

Deltakelse er frivillig

Deltakelse i prosjektet er frivillig. Hvis du velger å delta, kan du trekke tilbake samtykket når som helst uten å oppgi noen grunn. Alle dine personlige data vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern - hvordan vi lagrer og bruker informasjonen din

Vi vil bare bruke informasjonen din til det formålet vi har forklart i dette brevet. Vi behandler informasjonen som konfidensiell og i samsvar med personvernregelverket. Bare medlemmer av prosjektet vil ha tilgang til informasjonen. Dataene vil bli lagret på sikrede NTNU-servere med koder for å anonymisere brukerdata. Denne koden vil være tilgjengelig for prosjektlederene så snart e-posten mottas fra deltakerne for å slette dataene deres. Deltakerne vil bli informert om det samme.

Hva skjer med dataene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Informasjonen vil bli anonymisert når prosjektet er fullført/oppdraget er godkjent, noe som er planlagt å være innen 30.08.2024. Ved denne datoen vil behandlingen av dataene avsluttes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg basert på ditt samtykke.

A – Samtykkeskjema

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å få tilgang til hvilken informasjon vi behandler om deg, og å motta en kopi av informasjonen
- å få rettet opp informasjon om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å klage til Datatilsynet om behandlingen av personopplysningene dine

Hvis du har noen spørsmål om studien

Eller ønsker å vite mer om eller utøve dine rettigheter, vennligst ta kontakt med:

Masterstudent: Madelen Gamborg-Nielsen - bjorgmg@stud.ntnu.no

Hovedveileder (ID): Ashis Jalote Parmar - ashis.jalote.parmar@ntnu.no

Biveileder (MH): Oddbjørn Hove - oddbjorn.hove@helse-fonna.no

NTNU's personvernombud: Thomas Helgesen - thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSDs vurdering av prosjektet, vennligst kontakt:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post

(personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 555 82 117

B – Intervjuguide

Intervjuguide

Forklar formålet med intervjuet;

- Intervjuet gjennomføres i forbindelse med min masteroppgave ved NTNU. Jeg studerer Industriell design og har siden august samarbeidet med psykologspesialist Oddbjørn Hove. Tidligere jobbet jeg med å sette design på kartleggingsverktøyet han jobber med, mens i år skal jeg jobbe mer bredt for å se på hvordan behandlingen kan utformes for å bedre tilpasses personer med nedsatt kognitiv fungering.
- Behandle vilkårene for konfidensialitet;
- Forklar formatet på intervjuet; semi-strukturert intervju
- Angi hvor lang tid intervjuet vanligvis tar; 1 time
- Fortell dem hvordan de kan kontakte deg senere hvis de ønsker det;
- Spør dem om de har noen spørsmål før dere begge starter intervjuet;
- Interessert i å delta på co-design workshop?? Uke 9 (27.feb-1.mars), 10 (6. mars) eller 11 (12.-15.mars).

Case: Vi har en pasient med navnet Ole. Ole har generelle lærevansker og autisme. En ting Ole opplever at vi ikke er gode nok på er informasjon til han som pasient. Dette gjelder informasjon om kartleggingsresultater, diagnoser, formidling av hvorfor vi anbefaler han ulike typer behandling eller intervensjoner. Dette påvirker Oles motivasjon til å gjennomføre endringer og høre på det legen sier. Resultatet er dermed fravær av effekt eller mindre effekt av behandlingen og Ole får ikke den endringen han trenger.

Kategorier

1. Medisinsk ekspertise og rolle
2. Informasjon som blir lagret om pasienten
3. Hvordan deles informasjon med andre profesjoner
4. Deres ønsker og behov

Generelle spørsmål

1. Hvordan ble du interessert i psykisk helsevern, og hva motiverte deg til å forfølge en karriere innen dette feltet?
2. Hva er dine hovedansvarsområder og oppgaver i denne posisjonen?
3. Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg?
4. Hvilken type behandling bruker du i din praksis? (f.eks. kognitiv atferdsterapi?)
5. Jobber du tverrfaglig, og i så fall, hvordan er samarbeidet med andre profesjoner?
6. Hvordan opplever du kommunikasjonen mellom ulike profesjoner i psykisk helsevern?
7. Er det noen spesifikke områder der du mener det kan være forbedringspotensial?
8. Hvordan ser behandlingsløpet for pasientene ut i din enhet?
9. Ser du potensielle forbedringsmuligheter i disse behandlingsløpene?
10. Hvordan ser kommunikasjon med pasienten ut?
11. Hvilken informasjon blir delt til pasienten?
12. Hvilke opplysninger blir hentet ut og lagret om pasienten?

B – Intervjuguide

Brukermedvirkning

1. Hvordan kan brukermedvirkning og pasientperspektiver integreres i forskningsprosjekter for å sikre at omsorgstilbudet er tilpasset behovene og preferansene til denne pasientgruppen?

Forskertilpassede spørsmål:

1. Kan du gi en oversikt over det nåværende landskapet innen psykiatrisk behandling for pasienter med kognitiv nedsatt fungering i Norge?
2. Hva er de primære utfordringene helsepersonell står overfor når det gjelder å gi effektiv behandling til denne pasientgruppen?
3. Kan du gi oss en oversikt over dine forskningsinteresser og tidligere arbeid relatert til psykiatrisk omsorg for pasienter med kognitive funksjonshemninger i Norge?
4. Hvilke metodologier eller tilnæringer har du funnet mest nyttige i din forskning på dette området?
5. Hvordan ser du på samspillet mellom forskning og praksis når det gjelder å forbedre omsorgen for denne pasientgruppen?
6. I forskningen din, hvilke tilnæringer har vist seg å være lovende for å forbedre pasientbehandling innen psykiatrisk behandling for individer med kognitiv nedsatt fungering?

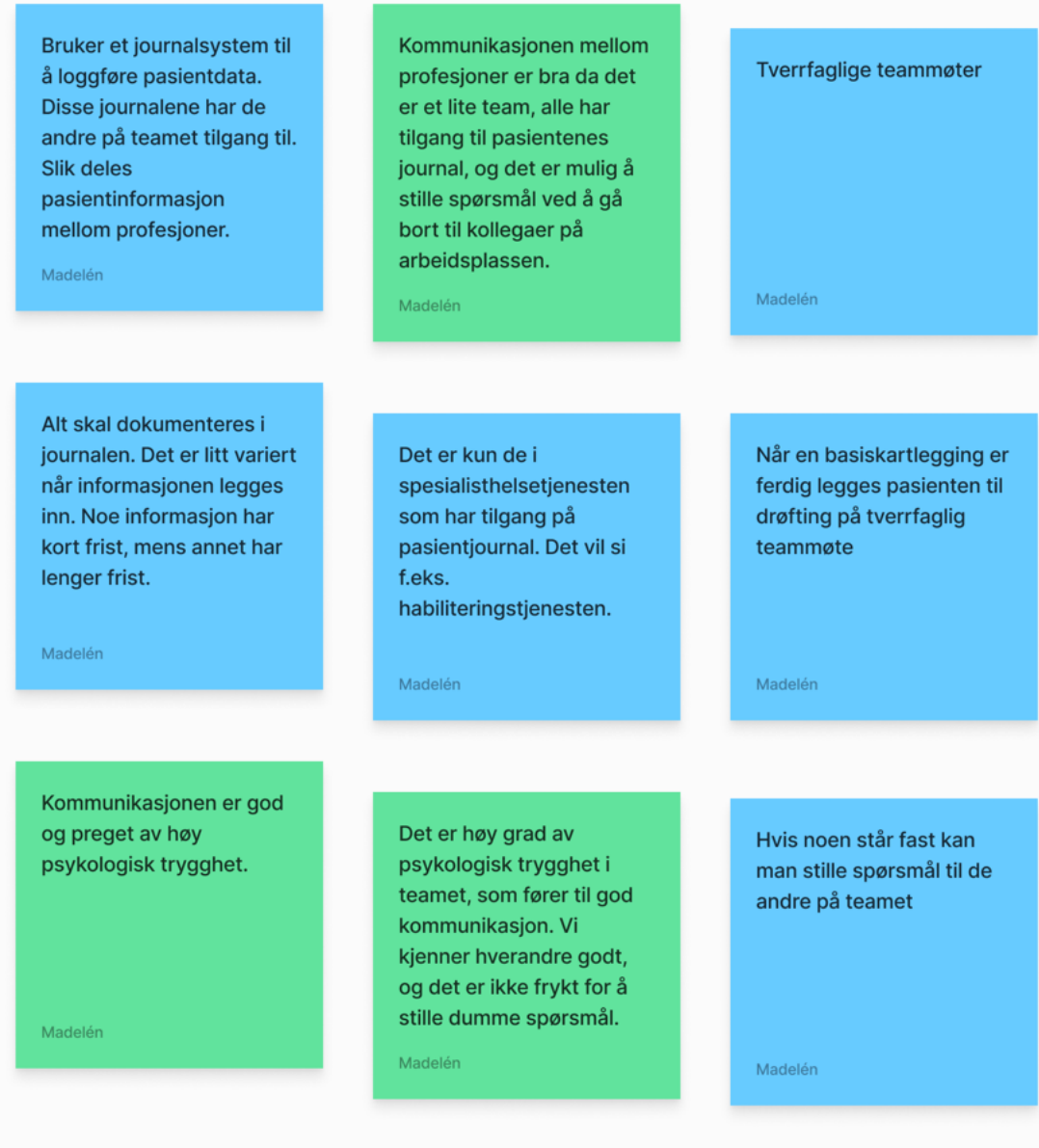
Tverrfaglig samarbeid

2. Hvordan ser du på rollen til tverrfaglig samarbeid i å imøtekomme de komplekse behovene til disse pasientene?
3. Hva er de eksisterende hullene eller områdene for forbedring i de nåværende prosessene for pasientplanlegging og behandling?
4. Kan du dele eksempler på vellykkede pasient-sentrerte initiativer eller programmer som har som mål å forbedre kvaliteten på omsorgen for personer med kognitiv nedsatt fungering i psykiatriske settinger?
5. Hvordan påvirker kulturelle og samfunnsmessige faktorer tilbudet av psykiatrisk behandling for denne pasientgruppen i Norge?
6. Fra ditt perspektiv, hva er de viktigste hensynene eller prinsippene som bør informere utformingen av tjenester skreddersydd for å møte behovene til pasienter med kognitiv nedsatt fungering i psykiatriske behandlingstilgjør?
7. Hvordan ser du for deg integrasjonen av teknologi og digitale løsninger for å forbedre tilgangen til og levering av psykiatrisk behandling for personer med kognitiv nedsatt fungering?
8. Hvilke forskningshull eller ubesvarte spørsmål finnes det innen dette feltet som kunne ha nytte av ytterligere utforskning?
9. Hva er noen av de viktigste funnene fra dine studier som kan ha relevans for utformingen av tjenester for disse pasientene?
10. Hvordan tror du forskning kan bidra til å adressere de nåværende utfordringene innen psykiatrisk omsorg for personer med kognitiv nedsatt fungering i Norge?
11. Kan du dele noen eksempler på suksessfulle samarbeidsprosjekter mellom forskningsmiljøer og kliniske praksiser innenfor dette feltet?
12. Hvordan tror du fremtidig forskning kan bidra til å forbedre kvaliteten på omsorgen for personer med kognitive funksjonshemninger i psykiatriske settinger i Norge?
13. Hvordan kan funnene fra din forskning informere beslutningstakere og interessenter i utformingen av politikk og praksis for denne pasientgruppen?

C - Affinitetsdiagram



Kommunikasjonen innad i team mellom profesjoner



Bilde: Affinitetsdiagram

Bilde: Affinitetsdiagram

C - Affinity map

Kommunikasjon med kommunen og andre tjenester



Bilde: Affinitetsdiagram

Kommunikasjon med pasienten

Må bli flinkere på samhandling med pasientgruppen

Madelén

Jeg tenker det er ekstremt viktig å ha med brukerstemmen. For vi kan fantasere ganske mye om hva som er bra for den gruppen, og hva som vil fungere. Men vi vet ikke. Så det å få noen som faktisk har store lærevansker med til å teste, til å si sine meninger om hvordan vi bør gjøre det, det er jo kjempebra.

Madelén

Man må være litt tålmodig. Det må modne litt for pasienten det vi har lyst til å gjøre. At vi ikke nødvendigvis kan kjøre på fra første time med alt det vi ønsker. Men ta det litt til og litt. Noen ganger må man også bruke litt tid på å få til en allianse, bli kjent. At pasienten på en måte er komfortabel med meg som behandler.

Madelén

På et overordnet nivå har jeg nå bare med pårørende som brukermedvirkere. Det har vært kjempefruktbart, med gode innspill. Men etter hvert vil jeg ha faktiske pasienter med til brukertesting. Men jeg har hørt fra andre at det kan være utfordrende når du har en brukermedvirker på overordnet nivå, som kanskje ikke fungerer skikkelig.

Madelén

Med kognitiv nedsatt fungering er det større behov for tilrettelegging. Enklere måter å snakke på og legge frem ting på, om det for eksempel er en hjemmeoppgave at det må repeteres flere ganger.

Madelén

Noen pasienter er jo henvist av andre, om det er foreldre, det er personale i bolig. De er kanskje ikke så motivert til å gjøre undersøkelser eller til å starte behandling.

Madelén

Noen har kanskje kortere timer hvis de blir fort sliten. Det kan bli mye å fordøye. En annen tilnærming enn for personer uten kognitiv nedsatt fungering. Følger derfor opp lenger enn på for eksempel DPS.

Madelén

For å tilpasse bruker vi ikke vanskelige ord og begreper og vi prøver å forenkle. Vi utdyper ikke, men holder det kort og enkelt.

Madelén

Hvis det er psykoterapi, og for eksempel for en sosial angst, så er jeg også et fobiobjekt. Det kan jo sammenlignes med at hvis du skal behandles for en edderkopp-fobi, så skal du snakke med en stor edderkopp. Det er ikke nødvendigvis det mest behagelige du gjør.

Madelén

Bilde: Affinitetsdiagram

C - Affinity map



Bilde: Affinitetsdiagram

D – Plan for workshop

Plan

Detaljer

Hva	Samskappingsworkshop
Mål	Målet med workshopen er å diskutere konsepter og få ekspertuttalelser om konseptet gjennom samskappingsdesign.
Når	20. mars
Hvor	Møterommet til LUP i Strandgata 202

Tidsskjema

12.30 - 13.00	Velkomst og presentasjon av konseptet
13.00 - 13.45	Diskusjon av konsepter i team (oppgaver under)
13.45 - 15.00	Teamene vil presentere sine ideer og tanker (20 min)

Oppgaver

- 1. Tilbakemeldinger**
Diskuter konseptet og skriv ned tilbakemeldinger, positive og konstruktive.
- 2. Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?**
Er fordelene klare og overbevisende? Adresserer det effektivt behovene til brukergruppen?
- 3. Hvordan kan løsningen svare på problemene?**
Hvilke krav må løsningen ha for at konseptet skal være velfungerende?
- 4. Potensielle risikoer**
Brainstorm potensielle risikoer og utfordringer knyttet til konseptet. Diskuter strategier for å redusere disse risikoene og sikre vellykket implementering.
- 5. Oppsummering**
Oppsummer neste steg og utvikle en handlingsplan. Bestem hvilke endringer eller tilpasninger som må gjøres for at konseptet kan bli vellykket.

Beskrivelse av konsept som skal diskuteres på workshop 20. mars

Hvorfor:

Personer med nedsatt kognitiv fungering har større sjanse for å utvikle psykiske lidelser. De samme metodene brukes i behandling som for andre mennesker, men det er lite forskning på behandling for denne gruppen. Behandling baserer seg ofte på kognitiv atferdsterapi, som er en terapiform der pasienten jobber selv mellom terapitimer. Det er ulikt hvordan pasienter følger behandlingsløpet utenfor terapitimer, basert på koordinering av tjenester og pasientens fungering.

Barrierer:

- Hjemmeoppgaver i dag er ofte avhengig av personal og oppfølging i eller utenfor timene
- Pasientgruppen er heterogen og trenger tilpasset behandling basert på individuelle behov
- Det er usikkerhet rundt om pasienten leser materialet de har med hjem som deles ut av behandler, og pasienten kan glemme å utføre hjemmeoppgaver og å ta med mappen med oppgaver til neste time

Konsept 1

Dynamisk verktøy for individtilpasset hjemmebehandling

Målgruppe: Primærbruker 1 og 2: Pasient og behandler, sekundærbruker: Personal og pårørende

Hovedfunksjoner

Bruker 1: Pasient

1. Tilgang til oppgaver og behandlingsplan i eget hjem
2. Påminnelser om å gjennomføre oppgavene
3. Motivasjon (Belønningssystem)

Bruker 2: Behandler

1. Kan legge til individuelle oppgaver dynamisk
2. Direkte kontakt med kommune, personal eller pårørende
3. Frigjøring av tid til andre ting enn hjemmeoppgaver i timene med pasient.

Bruker 3: Kommune

1. Kan følge opp pasienten uten å besøke
2. Kan sende melding til pasienten
3. Kan utvikle belønninger sammen med pasienten og bidra til å motivere

Behov

Konseptet skal utvikles for å dekke et behov som ikke møtes for pasientgruppa i dag. Det vil minke barrieren mellom spesialisthelsetjenesten og personal/pårørende og åpner opp for direkte kommunikasjon. Det vil også gjøre det mulig for behandlere i spesialisthelsetjenesten å dynamisk tildele oppgaver basert på individuelle behov.

E – Presentasjon Workshop

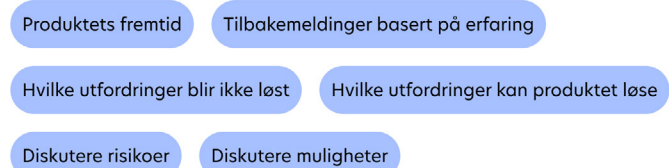
Gruppeinndeling



Deres rolle

- Være kritiske
- Gi tilbakemeldinger
- Skriv ned alt, ingenting er selvsagt eller åpenbart
- Ingen spørsmål er dumme
- Dere er ekspertene!

Mål: Validere foreslått løsning



Agenda

01

(20-30 min)
Presentasjon av
problemområder og
konseptforslag

02

(45 min)
Diskusjon av konsept i
team

03

(60 min)
Diskusjon av
konseptene i plenum

E – Presentasjon Workshop

Hypoteser

Møte pasienten hjemme

Tragge omgivelser og gode relasjoner til tjenesteytere er spesielt viktig for at pasientoppfølging skal føle ut det er trygg. I denne oppg. Å møte pasientene hjemme kan være beroligende. Å ikke gå ned til å bygge relasjon til pasientene og for å bli kjent er viktig.

Manglende støtte til dagligdags oppgaver

For personer med lett utviklingshemming er det viktig med å bli selvstendig og bli i bedrifter som omhandler oppg. Det som man skal være selvstendig, trenger man støtte og tragge tjenester rundt seg. De som har ulene er utsatt for ensomhet, mindre aktivitet og beroligende. Noen mangler støtte til å utføre oppgaver som å lese brett og innkallinger. Det kan også være fra motvarende å utføre husarbeid. Det kan være utfordrende å huske på hjemmeoppgaver som gir ut av behandling.

Personavhengig kommunikasjon

Tjenesteytere gjør sitt beste for å sikre kommunikasjon og gode relasjoner til brukere. Likevel kan mye bli personavhengig når det gjelder kommunikasjon mellom tjenesteytere. I tillegg til utøvelsen, ferd og utøvelsen forekommer blant annet, noe som kan gi negative utøvelsen brukere og forvare kommunikasjon til under tjenesteytere. Kommunikasjon foregår fortsatt over mail og telefon.

Koordinering av egne tjenester

Personer med nedsatt kognitiv funksjon kan ha ulike koordinerte sine egne tjenester. Dette kan føre til ut tjenester eller mellom flere ulike, og mangler den statten de trenger i hverdagen. Derfor kan det være utfordring, hvilke tjenester en person mottar tilbud fra, og dette gjør det vanskelig for tjenestene å kommunisere med hverandre.

Overvurdering av pasientens forståelse

I et behandlingsplan i psykisk helse vil en person med nedsatt kognitiv funksjon, trenger tilrettelegging som er tilpasset deres behov. Pasienten må bli med på sitt nivå med forståelse på kommunikasjon og metoder eller oppgaver. De med høy funksjon kan ha oppgaver som seg metoder for å lese som de forstå mer enn de egentlig gjør, noe som kan føre til ut pasienten blir overvurdert.

Dele observasjoner på tvers av tjenester

Personer med nedsatt kognitiv funksjon mottar tilbud fra flere ulike tjenester, og dette gjør det vanskelig for de å forstå hva de observerer og noterer med hverandre. Noen tjenester observerer kan komme gjennom pasientens liv, noe som kan gjøre det utfordrende å følge opp den helhetlige tilstanden til pasienten og å se hele mennesket.

Heterogen brukergruppe

- Lett** Selvstendig, lite oppfølging, koordinerer egne tjenester
- Moderat** Mye praktisk bistand, koordinerte tjenester, individuell plan
- Alvorlig**
- Dyp**



Målgruppe - Lett utviklingshemming

Bor alene Ofte overvurdert Mindre praktisk bistand Overlatt til seg selv

Få sosiale relasjoner Dårligere psykisk helse Dårligere fysisk helse

Ny brukerreise

1 - start

Sofie er ensom og sitter mye inne. Sofie vegrer seg for å ta buss fordi det er mange mennesker der.

2

Personal på hjemmebesøk legger merke til forandret atferd hos Sofie.

3

Personal ringer fastlegen med godkjenning. Fastlege kontakter psykisk helsevern.

4

Sofie og personal drar på inntakssamtale på poliklinikken.

5

Poliklinikken tar kartleggingsprøver og innhenter bakgrunnsinformasjon og historikk om Sofie.

6

Sofie får etter hvert behandling for sosial angst og laster ned en app med hjelp av behandler. Behandler viser hvordan appen fungerer.

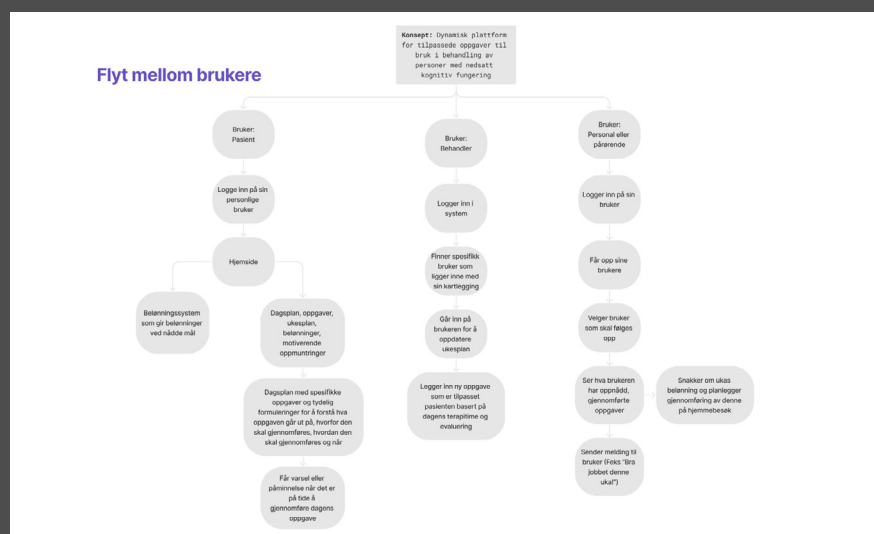
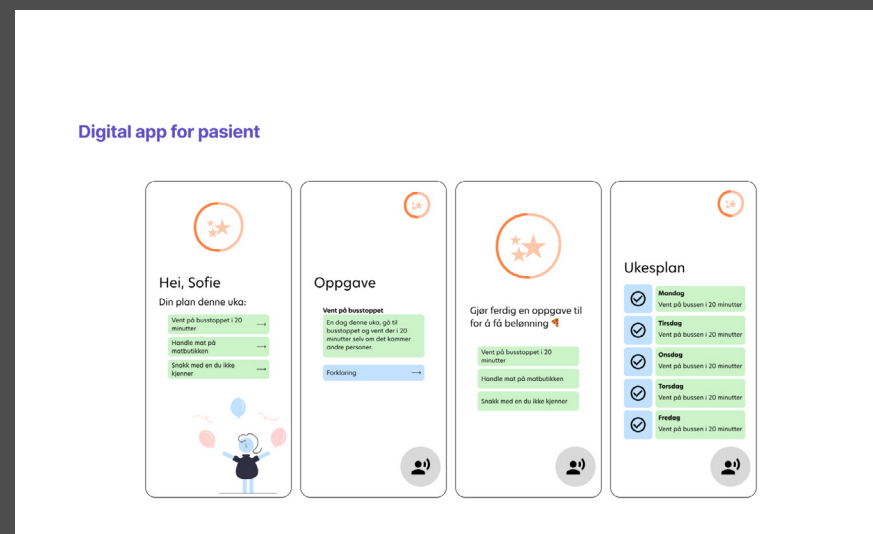
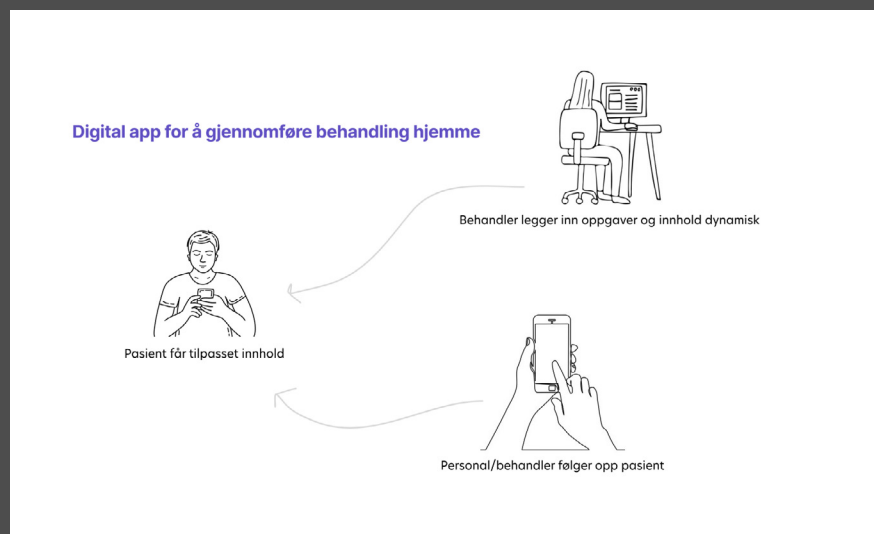
7

Sofie gjør hjemmeoppgaver i appen på mobiltelefonen sin når hun får varslinger eller når hun føler seg engstelig.

8 - slutt

Sofie får belønning for gjennomførte hjemmeoppgaver og drar på en konsert hun har lyst til å dra på.

E – Presentasjon Workshop



5 minutter - Drøft hypotesene (individuell oppgave)

Se over hypotesene

- Var det noen som skilte seg ut? Hvorfor?
- Var det noen du ikke var enig i?
- Var det noen du ville formulert annerledes?
- Var det noe som stemte godt overens med dine erfaringer?

10 min - Diskuter med partner

Oppgave

Skriv ned tilbakemeldinger på post-it lapp og klistre på hypotesen det gjelder. Diskuter og sammenlign med partner.

E – Presentasjon Workshop

10 minutter - Diskusjon i team

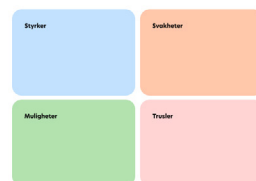
- Tilbakemeldinger
- Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?
- Potensielle risikoer

⚡ Oppgave

Bruk diskusjonspunktene som er utdelt og diskuter med din partner.

5 minutter - SWOT analyse

Oppsummer funnene fra diskusjonen i de fire rutene i SWOT-analysen.



15 minutter - Prototyping

5 min - Bruk arkene med ruter til å komme med forslag til hvordan appen kan se ut for pasienten.

5 min - Vis hvordan kommunikasjon med personal/pårørende kan se ut.

5 min - Vis hvordan belønningssystemet kan fungere

⚡ Oppgave

Bruk utdelt materiale til å designe en app som vil hjelpe og motivere brukeren til å gjennomføre øvelser hjemme. 2 minutter per rute.

15 min - Plenumsdiskusjon

Hver gruppe deler sine tanker og funn og til slutt prototypene de har designet.

Begge grupper kommer med innspill og tilbakemeldinger.

E – Presentasjon Workshop

Oppsummering

Hva har vi kommet frem til?

Felles enigheter eller uenigheter.

A collection of icons and shapes for a workshop. It includes a grid of blue and green rectangles, a set of four grey circles, a central grid of icons (person, speaker, lightning bolt, crossed-out speech bubble, speech bubble, bell, envelope, star, gift, gift, star, trophy, star), a set of four grey rounded rectangles, a set of four orange rounded rectangles, a set of four grey rounded rectangles, and two illustrations of a person holding balloons. Below the main grid are five white rounded rectangles.

Diskusjon i team

1. Tilbakemeldinger

Diskuter konseptet og skriv ned tilbakemeldinger, positive og konstruktive.

2. Hva må løsningen inneholde for å løse problemet?

Er fordelene klare og overbevisende? Adresserer det effektivt behovene til brukergruppen? Hvilke krav må løsningen ha for at konseptet skal være velfungerende?

4. Potensielle risikoer

Brainstorm potensielle risikoer og utfordringer knyttet til konseptet. Diskuter strategier for å redusere disse risikoene og sikre vellykket implementering.

5. Oppsummering

Oppsummer neste steg og utvikle en handlingsplan. Bestem hvilke endringer eller tilpasninger som må gjøres til konseptet basert på den mottatte tilbakemeldingen.

E – Protokoll for brukertest

Informasjonsskriv for brukertest av prototype

Link til prototpye:

<https://www.figma.com/proto/0qodXPJMEQ9NixitLmJ1EJ/Master?page-id=594%3A1703&node-id=594-1954&view-port=-152%2C396%2C0.19&t=0WvTOntU1VYABC6C-1&scaling=scale-down&starting-point-node-id=594%3A1781>

Gjennomgang og beskrivelse av prototype
Se vedlegg (beskrivelse av app.PDF)

Huskeliste

- Be brukeren tenke høyt og fortelle det de ser og det de gjør som om de forklarer til en som ikke kan se
- Still åpne spørsmål
- o Brukeren skal helst tenke selv
- Ikke legg føringer
- o Se hvor de føler det er naturlig å trykke, i stedet for å guide de til det som er riktig
- o Målet er å se om den som brukertester forstår og klarer å bruke appen på egenhånd
- o Skriv ned dersom de trykker «feil» eller sier noe annet enn det som er «rett» måte å utføre oppgaven.

Avvik

Det er noen funksjoner som ikke fungerer enda, slik som lesehjelp og tale-til-tekst. Det er også noen videoer som skal byttes ut som kun er midlertidig. Noen knapper kan man ikke trykke på, men de er ikke relevante i det som testes nå.

Evalueringskjema

<https://forms.gle/6W4UxCxiqE57xJae7>

-Noter gjerne ned observasjoner underveis og send disse også

Mål

Finne ut om appen er brukervennlig og om en bruker fra målgruppa kan gjennomføre en øvelse.

Manus

Vis appen og gi de mobilen.

- Kan du fortelle hva du ser på skjermen? Fortell om hvilke farger du ser, hva som står der, hva appen vil at du skal gjøre
 - Kan du logge inn
 - Lag en kode som du husker
- Vent til de svarer på hvordan de føler seg i dag

(kommer til skjerm med dagens plan)

- Kan du fortelle hva du ser? Fortell alt du ser på skjermen, hva tror du at appen vil du skal gjøre?
- Kan du gjøre dagens øvelse?

(de kommer nå til en side med informasjon om øvelsen)

- Kan du få teksten lest opp høyt?
- Kan du fortelle hva du ser på siden?
- Hva tror du appen handler om? Hva skal du gjøre?
- Kan du se videoen?

(ser video om hvordan man utfører øvelsen)

Svarer på hvordan de føler seg etter øvelsen
Svarer på hvordan øvelsen gikk å utføre

(kommer til skjerm gi tilbakemeldinger)

- Kan du fortelle hva du ser på skjermen?
- Hva tror du at du kan gjøre her?
- Du vil ikke gi tilbakemelding i dag

(kommer til side med «bra jobba», så til siden med fremgang)

- Kan du fortelle hva du ser på siden?
- Kan du komme videre til nivå 3?
- Hva må du gjøre for å komme til nivå 3?
- Kan du gjøre en anbefalt oppgave?

(kommer til siden med anbefalte oppgaver)

- Hva ser du på siden?
- Hva kan du gjøre her inne?
- Kan du gjøre «gå på kjøpesenteret»?
- Kan du starte øvelsen?

E – Protokoll for brukertest

(kommer inn til øvelsen «gå på kjøpesenter»)

- Hva ser du på skjermen?
- Kan du gjøre øvelsen etter du har sett på videoen og lest teksten?
- Kan du stoppe øvelsen og starte den igjen?
- Hva gjør du når du er ferdig med øvelsen?
- Klikk på smiley for å komme videre x2

