

## **Pasientenes erfaring med den nettbaserte løsningen i eMeistring**

En kvalitativ studie med hensikt om å fremheve pasientperspektivet av en nettbasert løsning i helsetjenesten.

ANDREAS GRIMSBY

KRISTINE LUND GRØNLI

JAN GUNNAR HESTHAMMER

VEILEDER

Hege Mari Johnsen

**Universitetet i Agder, 2021**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sosialinformatikk

Master

## Forord

Omsider er målet nådd! Vi legger bak oss et krevende år, men arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, tankevekkende og ikke minst lærerikt. Gjennom et godt samarbeid, mye humor og stor takhøyde i gruppen har vi kommet gjennom arbeidet med masteroppgaven på en god måte. Fra første dag i studiet har vi visst at vi ville skrive masteroppgave om noe vi engasjerer oss for, og det har vært givende å fordype seg i et tema innen psykisk helse og digital behandling med pasienten i fokus.

Takk til eMeistring ved Bjørgvin DPS for velvilje, og for å ha vært behjelpelig med å tilrettelegge for intervju med pasienter. Vi vil også rekke en stor takk til informantene som har fortalt om sine erfaringer med eMeistring. Dette har gitt oss verdifull kunnskap.

Videre vil vi gi en stor takk til vår veileder Hege Mari Johnsen ved Universitetet i Agder for god veiledning og støtte under hele prosessen.

Til slutt vil vi takke våre familier som har gitt oss muligheten, tid og rom til å prioritere studier.

Dato: 07.05.2021

Andreas Grimsby, Kristine Lund Grønli og Jan Gunnar Hesthammer

## Sammendrag

**Bakgrunn:** På grunn av samfunnets behov for et større behandlingstilbud innen psykisk helsevern blir det i dag utviklet flere behandlingstilbud via digitale plattformer. eMeistring er et behandlingstilbud til pasienter med depresjon, panikk lidelser og sosial angst som tilbys via veiledet internettbehandling. Det var interessant å se nærmere på pasientenes erfaringer med den nettbaserte løsningen, da prosjektgruppen i andre studieår fant at terapeutene ved eMeistring opplevde løsningen som lite brukervennlig.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer pasientene hadde med den nyeste versjonen (3.2.1) av den nettbaserte løsningen i eMeistring, og om de hadde spesifikke ønsker om forbedringer. Problemstillingen for studien ble formulert slik: «*Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon i eMeistring? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?*»

**Utvalg og metode:** Studien er kvalitativ med en deduktiv/induktiv tilnærming. Det ble gjennomført en heuristisk evaluering av den nettbaserte løsningen av prosjektgruppen, der Jacob Nilsens 10 prinsipper for brukervennlighet ble brukt som grunnlag for evalueringen. Delone & Mclean's suksessmodell fra 2003 ble valgt som teoretisk referanseramme for strukturering av intervjuguide, analyse og diskusjon. Innhenting av data ble gjennomført ved bruk av semistrukturert intervju over telefon. Utvalget besto av seks informanter. Informantene ble inkludert i studien ved et bekvemmelighetsutvalg der kriteriet var at de hadde gjennomført minst tre av åtte moduler i behandlingen.

**Resultat/ konklusjon:** Studien viser at informantene erfarte både positive og negative sider ved den nettbaserte løsningen. At løsningen ble oppfattet som enkel i bruk og ga frihet til å gjennomføre behandling når det passet for den enkelte ble trukket fram som positivt. Informantene opplevde at løsningen ikke var tilpasset mindre skjermer som mobil og nettbrett, og at løsningen hadde forbedringspotensial i enklere språkbruk, bedre statusoversikt og mer moderne design. Det kom også fram at noen informanter hadde foretrukket informasjon i annet format enn tekst, og at teksten kunne oppleves for generell til å treffe informantens individuelle behov. I konklusjonen ble det vurdert at den digitale løsningen kunne forbedres ved hjelp av brukersentrert utvikling og brukervennlighetstesting, samt forbedring av løsningens responsive design.

Nøkkelord: eMeistring, pasienter, veiledet internettbehandling, brukervennlighet

## Abstract

**Background:** Due to the need for a greater availability of mental health care services, several treatment options are being developed via digital platforms. eMeistring is an internet guided therapy, offered to patients with depression, panic disorders and social anxiety. We wanted to learn more about patients experiences with the web-based solution that eMeistring is using, due to the results from a previous project, where we found that the therapists were not satisfied with the solution's usability.

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate what experiences the patients had with the latest version (3.2.1) of the web-based solution in eMeistring, and whether they had specific wishes for improvements. The problem for the study was formulated as follows: *«What experiences does patients have with the use of the web-based solution used in the treatment of depression in eMeistring? And what suggestions for any changes do they have?»*

**Selection and method:** The study is performed with a qualitative with a deductive/inductive approach. Delone & Mclean's success model from 2003 was chosen as the theoretical framework for structuring the interview guide, analysis, and discussion. A heuristic evaluation of the web-based solution of the project group was carried out, where Jacob Nilsen's 10 principles for usability were used as a basis for the evaluation. Data collection was performed with a semi-structured interview over telephone. The selection consisted of six informants. The informants were included in the study with a convenience selection where the criterion was that they had completed at least three of eight modules in the treatment.

**Result / conclusion:** The study shows that the informants experienced both positive and negative aspects of the web-based solution. It was perceived as easy to use and gave freedom to carry out treatment when it suited the individual. The informants experienced that the solution did not adapt well to smaller screens such as mobile phones and tablets, and the solution had potential for improvement in simpler language use, better status overview and more modern design. Some informants would have preferred information in a format other than text, and that the text could be perceived as too general to meet the informants' individual needs. In the conclusion, it was considered that the digital solution could be improved by means of more user-centered development and usability testing, as well as improving the solution's responsive design.

Key words: eMeistring, patients, internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT), usability

## Innhold

Sammendrag .....	0
Abstract.....	2
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Behandlingsformen.....	3
1.3 Begreper.....	4
2.0 Problemanalyse .....	7
2.1 Aktører (Pasient og behandler).....	8
2.1.1 Pasienter .....	8
2.1.2 Behandler .....	10
2.2 Organisasjon .....	11
2.3 Teknologi.....	14
2.3.1 Universell utforming og responsivt design .....	16
2.3.2 Brukervennlighet og brukersentrert design.....	16
2.3.3 Brukerinvolvering i en utviklingsprosess .....	17
2.4 Avgrensing og problemformulering .....	19
3.0 Teoretisk rammeverk.....	20
3.1 Delone & Mclean suksessmodell for informasjonssystemer .....	20
3.2 Heuristisk metode .....	23
4.0 Metode.....	26
4.1 Valg av metode og design .....	26
4.2 Heuristisk evaluering .....	28
4.3 Utvalg og rekruttering .....	29
4.4 Intervju.....	30
4.5 Transkribering og analyse .....	31
4.6 Etske aspekter .....	32
4.7 Reliabilitet, validitet og troverdighet .....	33
4.8 Litteratursøk og kilder til innsikt .....	34
5.0 Presentasjon av funn.....	35
5.1 Heuristisk evaluering.....	35
5.2 Resultat fra intervjuene.....	47
5.2.1 Systemkvalitet.....	47
5.2.2 Informasjonskvalitet.....	49
5.2.3 Tjenestekvalitet .....	53

5.2.4 Bruk/Intensjon om bruk .....	55
5.2.5 Brukertilfredshet .....	57
5.2.6 Nytteverdi .....	59
6.0 Diskusjon.....	61
6.1 Systemkvalitet .....	61
6.2 Informasjonskvalitet .....	63
6.3 Tjenestekvalitet.....	66
6.4 Bruk/Intensjon om bruk.....	67
6.5 Brukertilfredshet.....	68
6.6 Nytteverdi .....	69
6.7 Metodediskusjon .....	70
7.0 Konklusjon .....	71
8.0 Prosess/ og produktevaluering .....	74
Litteraturliste .....	75

## Vedlegg

Vedlegg 1 Tankekart

Vedlegg 2 Invitasjon til deltakelse

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Vedlegg 4 Svarmelding REK

Vedlegg 5 Svarmelding FEK

Vedlegg 6 Svarmelding NSD

Vedlegg 7 Universell utforming

Vedlegg 8 Problemformuleringslogg

Vedlegg 9 Intervjuguide

## Tabelliste

Tabell 1: Eksempel fra analyseprosessen.....	32
Tabell 2: Skåring - Oppstart av ny modul .....	36
Tabell 3: Skåring - Dashboard .....	37
Tabell 4: Skåring - Modulsider – dashboard.....	38
Tabell 5: Skåring - Hjemmeoppave .....	39
Tabell 6: Skåring – Arbeidsoppgaver.....	40

Tabell 7: Skåring – Meny .....	41
Tabell 8: Skåring - Meldingsfunksjon.....	42
Tabell 9: Systemkvalitet.....	47
Tabell 10: Informasjonskvalitet .....	49
Tabell 11: Tjenestekvalitet .....	53
Tabell 12: Bruk/Intensjon om bruk .....	55
Tabell 13: Brukertilfredshet .....	57
Tabell 14: Nytteverdi .....	59

## Figurliste

Figur 1: eMeistring: e-terapeuter i veiledet internettbehandling.....	4
Figur 2: Leavitts diamant .....	7
Figur 3: Brukere som tilpasser seg teknologien. (Bouvet, 2020).....	12
Figur 4: En installasjon per foretak. (Egen produsert, 2020).....	14
Figur 5: Agile versus Waterfall. (Adobe Stockphoto, 2021).....	18
Figur 6: Delone & MCleans IS suksessmodell fra 1992.....	20
Figur 7: Information systems success model. (Wikipedia, 2020).....	21
Figur 8: 10 usability heuristics av Jacob Nielsen. (ChatbotMagazine, 2020).....	24
Figur 9: Forskningsprosessen.....	27
Figur 10: Oppstart av ny modul .....	36
Figur 11: Dashboard.....	37
Figur 12: Modulsider, Dashboard .....	38
Figur 13: Skjerm bilde - Hjemmeoppgaver.....	39
Figur 14: Skjerm bilde - Arbeidsark .....	40
Figur 15: Skjerm bilde - Meny .....	41
Figur 16: Skjerm bilde - Meldingsfunksjon .....	42
Figur 17: Fire skjerm bilder - Mobil .....	43

## 1.0 Introduksjon

Ald sand hjelpekunst begynner med at være der den Anden er. Vel, den Anden er online. Da må også psykiatrien være der og begynne der (Øverland, 2014).

Dette skrev psykolog Svein Øverland i aftenposten om digital psykiatri i 2014, og i dag er tilbudet om digitale helsetjenester i psykiatrien i stor utvikling. Likevel er det ifølge Innomed (2021) fortsatt bare en fjerdedel av de som lider av angst og depresjon som får den behandlingen de trenger. Pågangen for å få hjelp innen psykisk helsevern har aldri vært større, og helsetjenesten utfordres til å ta i bruk teknologiske løsninger for mer effektiv behandling. Det blir også sagt at det er lite forskning på digital behandling av psykiske lidelser (Solem & Ulleberg, 2017, s. 43). I Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022, s. 35), «Mestre hele livet», står det at det er behov for forskningsbasert utvikling av digitale verktøy og internettbehandling, og forskningsbaserte evalueringer av nye og allerede igangsatte tiltak.

For å møte det store behovet for psykisk helsevern ble det i 2012 opprettet et behandlingstilbud for veiledet internettbehandling i Helse Bergen; eMeistring. I denne behandlingen skulle pasientene igjennom et behandlingsløp på internett, med støtte og veiledning fra terapeut via asynkron kommunikasjon. I 2018 publiserte folkehelseinstituttet en rapport (Folkehelseinstituttet, 2018) der de vurderte denne behandlingsformen som effektiv og av god kvalitet. Målet med en slik avstandsoppfølging var å senke terskelen for å oppsøke behandling, men også at spesialisthelsetjenesten kunne gi hjelp til flere pasienter. Det er ikke bare i Norge veiledet internettbehandling har blitt en del av behandlingstilbudet for psykiske lidelser. Land som Sverige, Danmark, Storbritannia, Nederland, Australia og Canada har også tatt i bruk behandlingsformen med ulike erfaringer (Titov et al., 2018). I sykehustalen 2020, uttalte Bent Høie at eMeistring var kroneksempelen på pasientens helsetjeneste, og at denne tjenesten var bygd med pasienten i fokus (Regjeringen, 2020). Til tross for utbredt tilbud og positiv omtale, viser forskning at det er mange som ikke fullfører veiledet internettbehandling (Melville et al., 2010, s. 455). Det er lite forskning på hva dette kan skyldes, men man har sett at det er viktig å involvere sluttbrukerne i utviklingen av slike løsninger (Goodwin et al., 2016, s. 439).



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår prosjektoppgave i tredje semester undersøkte vi erfaringene til helsepersonell sin bruk av den nettbaserte løsningen i deres arbeidshverdag. Blant annet opplevde helsepersonell at systemet var lite brukervennlig og at de ønsket mer kunnskap om hvordan pasientene opplevde brukervennligheten i løsningen. I prosjektoppgaven kom det også frem at helsepersonell i liten grad hadde vært involvert i utviklingen av systemet, og at hverken pasienter eller brukerorganisasjoner hadde vært involvert.

I veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 tar de i bruk begrepet digital hjemmeoppfølging, som omfatter at deler av helse- og omsorgstjenesten kan flyttes hjem til pasienten ved hjelp av teknologi. Innunder dette begrepet blir eMeistring trukket frem, som et eksempel på nettbasert behandling (Direktoratet for e-helse, 2020, s. 69).

I nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023 har de som mål å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Her trekker de frem pasienten som aktiv deltaker, og påpeker at pasientens behov er førende for utvikling av helse- og omsorgstjenester. Den sier blant annet:

«Pasientens stemme skal bli hørt – både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester uavhengig av hvor de bor i landet. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet, vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs – og vite hvor hjelpen er å finne.» (Meld. St. 7 2019 – 2020, s. 3)

Brukermedvirkning er et kjernebegrep, og er forankret i lov om pasient- og brukerrettigheter, som blant annet sier at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Formålet med brukermedvirkning er å bidra til at helsetjenesten lytter til brukerens erfaringer, og at deres perspektiver tas i betraktning når man skal utforme og evaluere helsetjenester (Bahus,2021).

Ifølge Plan for e-helse 2019 – 2022 «Helsehjelp på nye måter» er det skissert opp følgende innsatsområder. Disse er (1) tilrettelegging for innbyggeren som ressurs, (2) stimulere til innovasjon, og (3) helsehjelp på avstand. De skriver at brukermedvirkning er relevant i utviklingen av nasjonale løsninger og i konkret tjenesteyting (Direktoratet for e-helse, 2019, s. 20 – 21).

På bakgrunn av dette, er vårt mål å undersøke hvordan pasientene opplever bruken av den nettbaserte løsningen i eMeistring.

## 1.2 Behandlingsformen

eMeistring tilbyr en helsetjeneste for personer som har en mild til moderat depresjonslidelse.

Veiledet internettbehandling basert på kognitiv atferdsterapi, er for personer over 18 år.

Behandlingsprogrammet er organisert i åtte moduler, og hver modul inneholder tekst på ca. 13

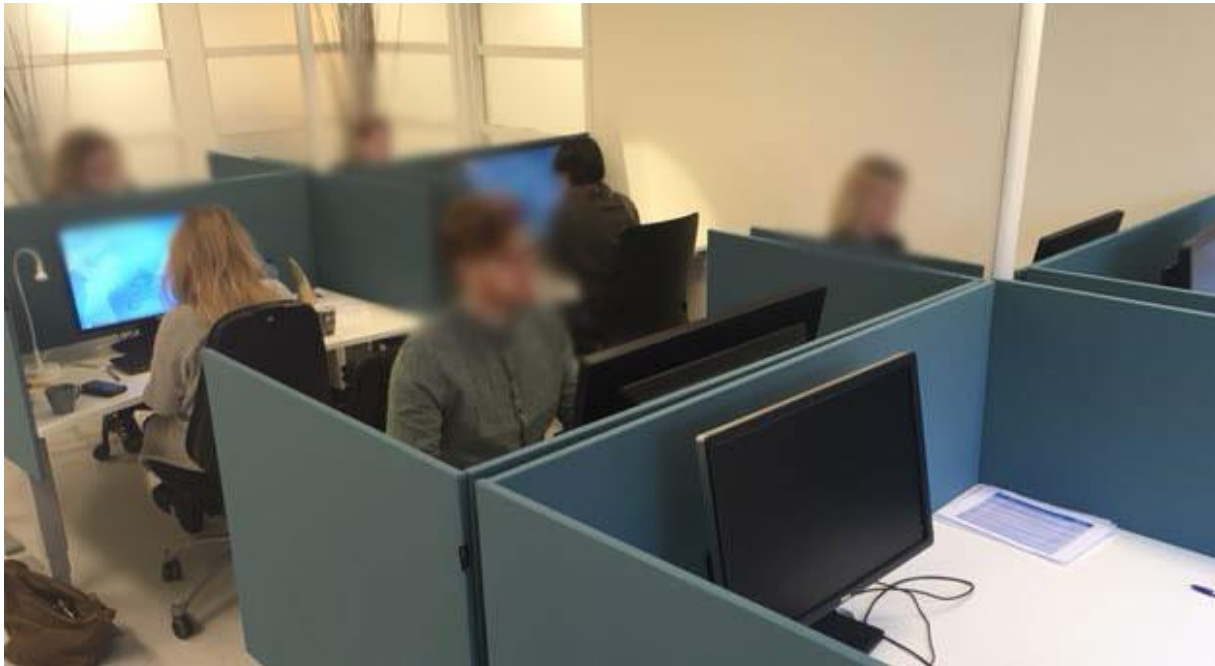
Word sider. Temaene, konsepter og oppgaver som vanligvis inngår i tradisjonell kognitiv atferdsbehandling ansikt til ansikt, er også en del av programmet (Jakobsen et al., 2017, s. 3).

Behandlingen er et samarbeidsprosjekt mellom pasient og behandler, og er kanskje særs viktig ved veiledet internettbehandling. Pasienten står i stor grad for fremdriften selv, og kontakten mellom pasient og behandler (e-terapeut) er minimal. Pasienten bør ha en viss evne til å jobbe strukturert (Nordgreen & Repål, 2019, s. 53).

Metoden har fått mye oppmerksomhet de siste årene, og har blitt løftet frem som et eksempel på økt tilgjengelighet av psykologisk behandling. Ved bruk av veiledet internettbehandling kan man tilby pasienter den samme forskningsbaserte behandlingen uavhengig av hvor man bor. Man kan fremme en aktiv pasientrolle der pasientens medvirkning og egenkontroll over egen helse er sentral. Den frigir også ressurser ved at man kan ha 10-12 konsultasjoner per dag, i kontrast til tre til fire konsultasjoner per dag i ansikt til ansikt behandling (Nordgreen & Repål, 2019, s. 111).

I eMeistring blir pasienten gjennom hele behandlingen bedt om å fylle ut skjema for symptomkartlegginger. Hvis skjemaet gir en forhøyet skår på depresjon, som indikerer en suicidalitetsskår, fører dette til at «et rødt» flagg utløses i den nettbaserte løsningen. Dette fører igjen til at det går en melding til e-terapeuten, som vurderer hvordan man skal intervensere. Det er viktig å bemerke at behandling via en nettbasert løsning ikke er å betegne som noen form for tilbud med øyeblikkelig hjelp. Henviser og pasient gjøres oppmerksom på dette, og blir orientert om hvor man kan søke hjelp dersom slike akutte situasjoner skulle oppstå. (Nordgreen & Repål, 2019, s. 70).

Figuren under viser e-terapeutene i eMeistring og hvordan de jobber.



*Figur 1: eMeistring: e-terapeuter i veiledet internettbehandling, (Olsen, 2019)*

### 1.3 Begreper

I helsetjenesten blir det brukt flere begreper, som kan omfatte det samme. Det kan være digital hjemmeoppfølging, nettbasert behandling, internettbehandling, veiledet internettbehandling, e-terapi. I vår oppgave vil vi benevne eMeistring innunder begrepet veiledet internettbehandling, og systemet som en nettbasert løsning.

Under finner du andre relevante begreper som blir tatt i bruk:

**Veiledet internettbehandling** blir definert som: «Terapeutveiledet behandlingsprogram via internett der behandlingsinnholdet blir formidlet via tekst, video og øvelser med ukentlig veiledning fra helsepersonell. Behandlingsprogrammene omfatter jevnlig kartlegginger terapeuten bruker for å evaluere effekt og progresjon» (Nordgreen & Repål, 2019, s. 153).

**Bruker:** En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for, eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet (Helsedirektoratet, 2017).

**DPS:** Distriktpsikiatrisk senter, DPS eller psykiatrisk senter er grunnsteinen i andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten) innen psykisk helsevern. DPS er definert som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet. DPS består av ulike type tilbud og tjenester: Dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester (Malt,2021).

**E-terapeut:** Forskjellen mellom terapeut og e-terapeut ligger i hvor mye direkte kontakt terapeuten har med pasientene, og hvordan deres kommunikasjon er dem imellom. For en e-terapeut består de primære kommunikasjonskanalene av korte telefonsamtaler eller av skrevne ord. Dette er en forskjell fra ansikt til ansikt terapeut, som snakker med pasienten i samme rommet (Nordgreen & Repål, 2019, s. 52)

**Fakultetes etiske komite (FEK):** Komiteens mandat er å vurdere forskningsetisk forsvarlighet i forskningsprosjekter på Fakultet for helse- og idrettsvitenskap (Universitetet i Agder, 2021)

**Innsatsstyrt finansiering (ISF):** Finansieringsmodeller for helse, benyttes av spesialisthelsetjenesten (Hauge, 2017).

**Kognitiv terapi** defineres som:

«Kognitiv terapi, som også kalles kognitiv atferdsterapi, retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforskning og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall» (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å).

**Norsk senter for forskningsdata (NSD):** Nasjonalt senter og arkiv for forskningsdata (NSD, 2021).

**Nvivo®:** er et analyseverktøy som hjelper til med å håndtere mange av de manuelle oppgavene innen kvalitativ forskning.

**Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK):** Godkjenner søknader hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven (Rekportalen, 2021).

**Responsiv nettside/design:** (engelsk forkortelse RWD - Responsive Web Design) er en nettside som kan vises på alle skjermstørrelser. Elementene på siden vil automatisk strekkes, krympes eller flyttes for å tilpasses den tilgjengelige skjermplassen på et bredt utvalg av enheter. (Wikipedia, 2018).

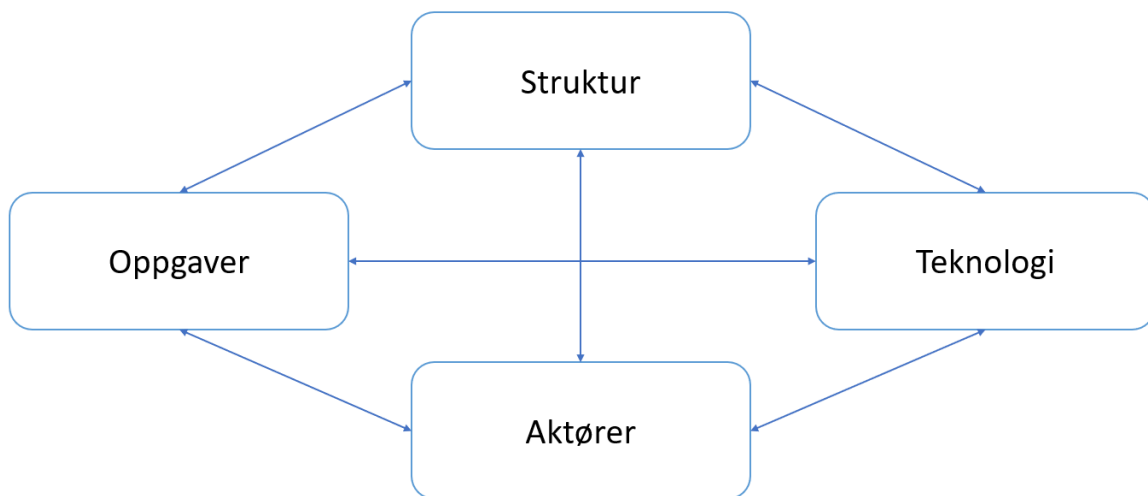
**Universell utforming:** Universell utforming vil si å planlegge produkter, omgivelser, programmer og tjenester slik at de kan brukes av så mange mennesker som mulig på en likeverdig måte. Hensikten er å oppnå like muligheter til samfunnsdeltakelse og motvirke diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne (Lid, 2021).

**WCAG 2.0 og 2.1:** EUs webdirektiv (WAD) og WCAG 2.1 om universell utforming av nettsteder og mobilapplikasjoner blir en del av norsk rett. Et oppdatert regelverk er ikke vedtatt. EUs tilgjengelighetsdirektiv (EAA) skal etter planen bli del av norsk rett i 2022 (Tilsynet for universell utforming av IKT, 2020). Det nye direktivet vil være mer oppdatert i henhold til dagens teknologi enn WCAG 2.0, som ble vedtatt i 2008. I Norge er krav om universell utforming underlagt Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger (Lovdata, 2020).

## 2.0 Problemanalyse

Problemanalysen tok utgangspunkt i Leavitts diamant (Figur 2), som er en sosioteknisk modell som kan benyttes ved drøfting av dynamikken som oppstår i et sosioteknisk komplekst perspektiv. Den beskriver at når det gjøres endringer på ett område i en organisasjon, så vil det medføre endringer i andre områder (Net2Change, 2017).

Som figur 2 illustrerer så består modellen av fire hovedkomponenter som påvirker hverandre; teknologi, struktur, oppgaver og aktører:



Figur 2: Leavitts diamant (Egenprodusert figur, 2020)

Modellen viser at innføring av teknologi i en organisasjon vil påvirke mye mer enn bare teknologien i seg selv. Aanestad (2012, s. 171) sier at IKT kan være en kompleks utfordring i helsevesenet: «Skal man håndtere IKT i helsevesenet bedre, er det et kjernepunkt å kunne forstå bedre hvordan slik kompleksitet oppstår, kunne forutse og unngå å skape unødvendig kompleksitet i konkrete prosjekter og kunne håndtere den dersom den likevel oppstår.» Aanestad (2012).

Ved å benytte Leavitts hovedkomponenter ble mulige problemområder knyttet til den nettbaserte løsningen i eMeistring synliggjort i et tankekart (Vedlegg 1). Dette tankekartet ble utgangspunktet for prosjektgruppens videre problemanalyse, med unntak av komponenten “oppgave”, som ikke ble gått nærmere inn på grunnet oppgavens omfang. Teknologi ble knyttet til den nettbaserte løsningen som brukes ved eMeistring, pasienter og behandlere ble identifisert som affiserte aktører. Organisasjonen og samfunnet ble sett på som strukturene rundt eMeistring.

## 2.1 Aktører (Pasient og behandler)

### 2.1.1 Pasienter

Det har tidligere vært registrert høyt antall frafall i nettbaserte intervensjoner generelt (Melby et al, 2019). Dette er et problem som er nevnt i flere studier og metaanalyser som omhandler nettbaserte behandlingstilbud for personer med psykiske lidelser (Silfvernagel et al., 2018, Beiwinkel et al., 2017, Zhou et al., 2016). I 2010 ble det av Melville et al., (2010) gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang av forskning på frafall fra internettbaserte behandlingsprogrammer. Frafallet i behandlingene varierte fra mellom 2% til 83%, og gjennomsnittet lå på ca. 35%. En studie som så på flere land som tilbyr veiledet internettbehandling, inkludert Norge viser at frafallet av pasienter under behandling er stort, og at det er begrenset tilgjengelighet av trente fagpersoner (Folker et al., 2018). Akkurat hva det store frafallet (drop-outs) av pasienter skyldes, er usikkert (Melby et al, 2019).

Det kan være flere grunner til at pasienter faller fra i behandlingsløp, og den nettbaserte løsningen kan trolig også kan spille en rolle i dette. Et ICBT behandlingsprogram i Canada opplevde 90 % frafall etter første implementering av veiledet internettbehandling.

Undersøkelser de gjorde viste at pasientene ikke var fornøyde med den nettbaserte løsningen, og at frister og tempoet i behandlingen var problematisk. Flere opplevde tekniske problemer og at verktøyet ikke var brukervennlig. De valgte å involvere pasientene i utviklingen for neste versjon, og frafallet etter denne intervensjonen sank til 33 % (Gratzer et al, 2018). Dette viser at brukerinvolvering kan være et bidrag til å senke antallet av pasienter som faller fra.

I boken “Veiledet internettbehandling” fra 2019 nevnes ingen brukerinvolvering av pasienter i systemutviklingen av eMeistring (Nordgreen & Repål, 2019). Innomed et al. (2011, s. 7) sier dette i sin håndbok for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren:

«Behovsdrevet innovasjon handler om å forstå brukerens eksisterende og fremtidige behov, for å sikre utvikling av løsninger som er forankret i reelle behov. Brukerne er de beste ekspertene på sin egen situasjon, og all deres kunnskap er svært verdifull i en innovasjonsprosess. Informasjon fra brukeren bør derfor benyttes systematisk for utvikling av de riktige løsningene.»

Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 (1999), er tydelig på at pasienten har rett til medvirkning i sin egen behandling, noe som styrker argumentet for å ta med brukerne inn i systemutviklingen. Dette er også i tråd med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet 2018, s. 11), som også understreker at pasientopplevd kvalitet er like viktig som medisinsk kvalitet. De sier også at nye behandlingsmetoder og brukervennlige IKT-løsninger vil gjøre det enklere for pasienter og helsepersonell å samarbeide.

Melby et al (2019, s. 26) sier at det er behov for ytterligere kunnskap om hva pasientene ønsker av nettbaserte intervensjonsverktøy, og hvis man involverer pasientene i utviklingen av systemene så vil man få innsikt i hva behovene er. Men de sier også at pasientinvolvering muligens ikke vil være nok for å løse problemet helt, fordi det kan være mange årsaker til frafall. De nevner at mangel på interesse for, eller negative holdninger til å delta i nettbaserte intervensjoner kan være en forklaring på frafall. Ved eMeistring blir det før behandlingsstart, utført en inntakssamtale om hvor motivert pasienten er til å delta i veiledet internettbehandling. Dersom pasientene ikke er motiverte eller er negative blir det vurdert at de ikke kan starte med behandlingsformen (Nordgreen & Repål, 2019, s. 68). Dette vil kunne være med å redusere antallet som faller i fra, fordi man har gjort en vurdering i forkant. Dette gir større grunn til å utforske brukervennlighet og brukerinvolvering som faktorer til frafall.

Faktorer som vil kunne påvirke pasientene negativt er manglende brukervennlighet og manglende fleksibilitet i verktøyet som ikke møter pasientenes individuelle behov. Nijland et al., (2011) fant i sin studie at en av de viktigste årsakene til at en ikke fortsetter å bruke en netttjeneste er dårlig brukervennlighet. De fant at det var viktig å kunne tilby automatiske påminnelser, et enkelt brukergrensesnitt, og mer personalisert innhold (Nijland et al, 2011). Behovet for et personalisert og individuelt tilpasset innhold i løsningen er også nevnt i en studie fra Sverige 2019. Denne studien så på veiledet internettbehandling for kvinner med fødselsangst. Noen informanter uttalte at hjemmeoppgavene var for standardiserte i den nettbaserte løsningen, og at de ikke møtte den enkeltes behov. Noen mistet derfor motivasjon til å fullføre behandlingen (Baylis et al., 2019).

I psykologtidsskriftet (2020) sier en behandler at for noen pasienter passer et standardisert behandlingsopplegget veldig godt, men for noen hadde det vært bedre med mer skreddersøm (Solberg, 2020). Et eksempel fra Richardson et al (2008) er at det for alle pasienter vil kunne være forskjeller i evne til å håndtere betraktelige mengder med tekst, og hvordan de ønsker at informasjonen de får skal framstå. I tillegg vil leseevnen kunne være midlertidig svekket av



konsentrasjons- og hukommelsesvanskene forbundet med en depressiv tilstand.

Selvhjelps litteratur vil variere både i omfang og i lesbarhet, og det er viktig å kunne anbefale noe som er egnet for den aktuelle personen (Richardson et al., 2008).

Målet med å tilby veiledet internettbehandling er at pasientene skal oppleve bedring i sin psykiske helse. Det å oppleve mestring og være motivert til å fullføre behandlingen vil være viktige faktorer. Bandura (1997, s.193) sier at en viktig del av veiledet selvhjelp er å styrke pasientens mestringsforventninger. Økt mestringsforventning kan også gjøre slik at pasienten blir mer motstandsdyktig når han/hun møter på hindringer i livet, som kan hindre tilbakefall (Berge & Repål, 2012).

### 2.1.2 Behandler

Å ta i bruk en nettbasert løsning i arbeidet fører til endringer av arbeidshverdagen. Endringer kan være av både positiv og negativ karakter. For behandlere kan endringen gi frykt for det ukjente og tapt identitet (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 379). I enkelte tilfeller kan en nettbasert løsning gjøre at oppgaver kan utføres mer grundig og effektivt. I andre tilfeller kan de nettbaserte løsningene være rigide og tidkrevende, som kan gi opplevelsen av at det ikke er forbedringer (Melby et al, 2019, s. 3). Nordgreen og Repål (2019, s. 18) skriver også at en nettbasert løsning ikke passer for alle. For e-terapeutene som jobber i eMeistring er kontakten med pasientene primært i skrevne ord gjennom asynkron kommunikasjon. Enkelte kan oppleve det å skulle bruke teknologi i psykologisk behandling som fremmedgjørende.

Ifølge Hauge (2017, s. 110) skal applikasjonsarkitektur støtte opp under klinikerens jobb og gi enkel tilgang til alle systemer som trengs for å gjøre jobben. Funksjonene man trenger skal finnes og være tilgjengelig innenfor arbeidsflaten som helsepersonell møter når de logger seg på. Når ny teknologi implementeres og tas i bruk er det viktig at systemet fungerer som forventet, at det er stabilt og brukervennlig. Folker, et al (2018) fant i sin studie at den nettbaserte løsningen som brukes i veiledet internettbehandling var strukturert og lite fleksibel. For å løse dette, så lederne på viktigheten av å gi variasjon mellom internettbehandling og ordinær samtaleterapi, styrke arbeidsmiljøet og fordele arbeidsmengde. Dette tiltaket vil kunne gi en bedre arbeidshverdag for e-terapeutene, men ikke nødvendigvis løse det som kan oppleves problematisk med den nettbaserte løsningen.

En viktig del av arbeidet med veiledet internettbehandling foregår via en asynkron meldingsutveksling, og det er nødvendig med opplæring i meldingsutveksling med pasienter (Folker et al, 2018). Rubin (2008) sier at effektivitet i kommunikasjon mellom behandler og pasient er en del av brukervennligheten. Effektiviteten kan si noe om hvordan programmet oppfører seg og om dette er slik brukeren forventer det. Nordgreen et al (2020) skriver at 79% av pasientene tok kontakt med sin e-terapeut når de hadde et problem eller spørsmål. Det er ikke beskrevet årsaken til at de resterende 21 % ikke tok kontakt, og det er derfor usikkert om dette skyldes nettløsningen eller andre faktorer for pasientene.

E-terapeuten sin mulighet til å fange opp kroppsspråk, tonefall og blikk vil gjennom veiledet internettbehandling være sterkt redusert (Nordgreen & Repål, 2019, s. 52). Dette kan føre til at e-terapeuten kan gå glipp av mye som kunne vært fanget opp i en ordinær samtaleterapi. Ordene terapeuten bruker i meldingen kan også oppfattes som strengere enn ment, noe som kan oppleves negativt av pasienten. Dette kan få negative konsekvenser for behandlingen og samhandlingen mellom pasient og e-terapeut (Hill et al., 2018, s. 4).

## 2.2 Organisasjon

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 16) skriver at en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse oppgaver og realisere bestemte mål. Videre hevder de at kjernen i enhver organisasjon er oppgaveløsning, vanligvis ut fra et ønske om at arbeidsoppgavene skal løses på best mulig måte. Det vil si kvalitet og med minst mulig bruk av ressurser (effektivitet) (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 17). Noen av suksesskriteriene for å oppnå en god implementeringsstrategi består av forankring hos ledelsen, kollegaer og henvisende instanser. I tillegg må man ha tatt tiltak for å nå ut til befolkningen med informasjon om tilbudet. Implementeringsprosessen bør ha tydelige mål, delmål og evaluering må gjennomføres underveis (Nordgreen & Repål, 2019, s. 113). Berg (2001, s. 146) hevder at god ivaretagelse av de hyppig framstilte suksessfaktorene aldri vil kunne garantere suksess. Dette fordi endringer i komplekse organisasjoner alltid vil være preget av en fundamental uforutsigbarhet, samtidig som teknologien som innføres i seg selv er kompleks.

Det kan være mange forventninger og utfordringer med innføring av en nettbasert løsning. For eMeistring har utfordringen med å få satt det i praktisk drift nasjonalt vært sentral. På et lokalt plan som en del av et foretak har eMeistring vært med i en lang prosess med konstante endringer av den nettbaserte løsningen. Nordgreen & Repål (2019, s. 133) skriver at den nettbaserte løsningen eMeistring tilbyr sine tjenester på, bidrar med muligheter så vel som

begrensninger. Så langt har programmene, og dermed brukerne, i stor grad måttet tilpasse seg teknologien. I konteksten av sosioteknisk kompleksitet sier Aanestad (2012, s. 172) at en organisasjon har som regel blitt tilpasset til teknologien som brukes, og teknologien har blitt tilpasset til organisasjonen.

«Man kan ikke bare kjøpe eller beslutte å ta i bruk en teknologi og tro at det er et verktøy eller en løsning som vil ha bestemte (positive) effekter. Effektene må aktivt skapes og «dyrkes» fram, og den største delen av jobben ligger i prosessen med å ta teknologien i bruk og tilpasse den til organisasjonen, og med å tilpasse organisasjonen og arbeidsfordelingen og rutinene til det teknologien krever og muliggjør.» Aanestad (2012, s. 174)

Figur tre viser brukere som tilpasser seg teknologien



Figur 3: Brukere som tilpasser seg teknologien (Bouvet, 2020).

Sligo et al., (2017, s. 86) beskriver at implementering er en prosess med å planlegge, teste, vedta og integrere et system slik at teknologien blir tatt regelmessig i bruk i organisasjonen. For eMeistring har det vært en lang og stegvis implementeringsprosess med mange latente konflikter mellom leverandør av den nettbaserte løsningen og eMeistring. Konfliktene handlet ikke om selve målet, men heller om manglende funksjonalitet og lange utviklingsprosesser. Det å være i en konstant endringsprosess vil alltid påvirke de ansatte, og det kan lett føre til motstand og konflikter (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 373). Opplevelsen av avmakt kan også gjøre seg gjeldende: «Avmakt kan defineres som en situasjon der mennesker ikke kan bestemme over sin situasjon» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 175). Avmakt skapes gjennom tre faser. I den første fasen forsøker man å gjøre noe med det som er

frustrerende. Dernest finner man ut at det ikke nytter, og at man ikke får gjennomslag. Til slutt gir man opp og innfinner seg med situasjonen, og gjør som man blir fortalt (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 175).

Bygstad et al., (2005) hevder det kan være en ulempe med stegvis implementering, ved at det kan oppleves som lite forutsigbart, da ny funksjonalitet kommer til underveis og implementering prosessen kompliseres. Samarbeid er nært knyttet til kommunikasjon, og Westhagen (2008, s. 142) skriver at kommunikasjon og samarbeid hører sammen. På den ene siden kan god kommunikasjonen bringe mennesker sammen og avklare misforståelser. På den andre siden kan dårlig kommunikasjon føre til misforståelser og konflikter.

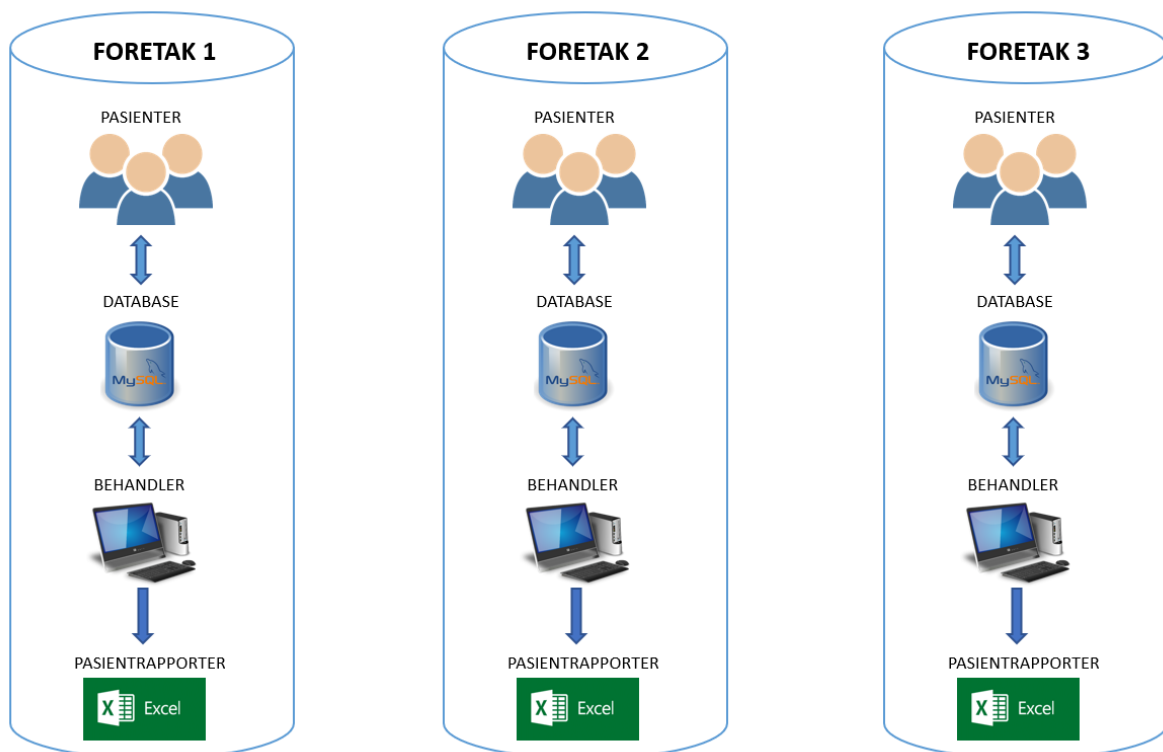
Frem til 2019 ble eMeistring hovedsakelig driftet lokalt i foretaket sammen med leverandøren av den nettbaserte løsningen. Men med ny versjon av den nettbaserte løsningen, og med mål om nasjonal bredding ble det gjennomført større endringer i strukturen. Dette ble gjort for å sikre en kostnadseffektiv og bærekraftig modell for bredding av eMeistring, og for å etablere en teknisk og organisatorisk infrastruktur som muliggjør kontinuerlig kvalitetsforbedring (Nordgreen et al., 2020, s. 290-291). Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 70) støtter dette ved å hevde at en organisasjonsstruktur gjør at atferden blir forutsigbar gjennom opprettede retningslinjer og holdepunkter for arbeidet som skal gjennomføres.

I oktober 2019 kom det ny takst/særkode for veiledet internettbehandling. Taksten er med å sidestille veiledet internettbehandling med tradisjonell behandling ansikt til ansikt (Nordgreen et al., 2020). Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet (Helsedirektoratet, 2019). For de lokale DPS`ene som tilbyr helsetjenesten eMeistring, vil dette gi økonomiske gevinster per pasient de har under behandling, fordi de kan tilby en tilleggsteneste utenom tradisjonell poliklinisk behandling. For DPS `er i andre regioner som ønsker å ta i bruk eMeistring, er dette tapte økonomiske gevinster, da utbredelsen av den nettbaserte løsningen tar lengre tid enn ønsket.

## 2.3 Teknologi

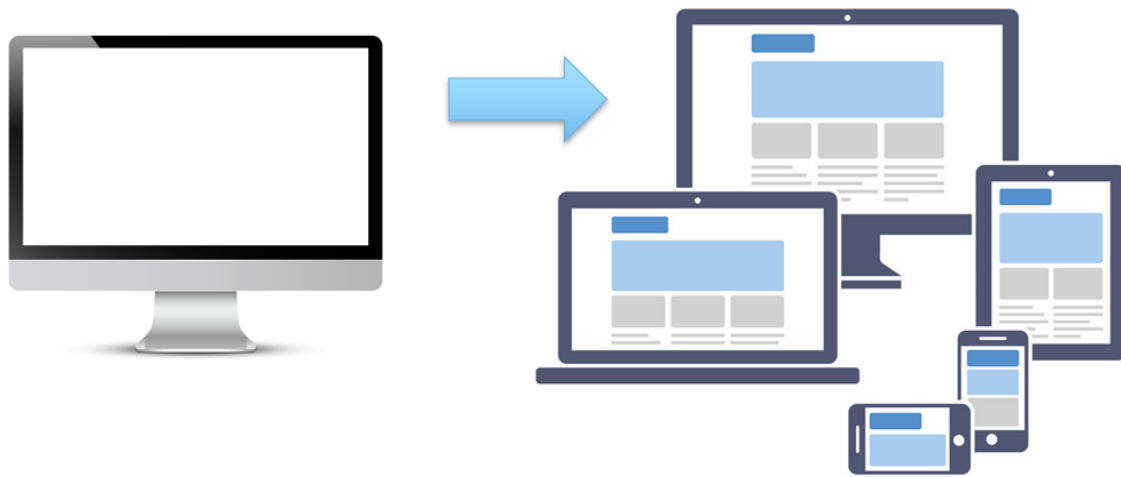
I Utviklingstrekk (2020) skriver Direktoratet for e-Helse at nettbasert behandling er en effektiv behandlingsmåte med stort potensiale, men utfordringen er imidlertid å bredde tilbudene. eMeistring sitt digitale verktøy kan se ut til å være et eget IKT-silosystem, da det i hovedsak er avgrenset til hvert enkelt foretak. Brukergrensesnittet, applikasjonslogikken og databasen er tett integrert. Vanligvis fungerer disse systemene godt, er teknisk stabile, og relativt enkle å endre når oppgaver eller formater endres. Hauge (2017, s. 59) skriver følgende i sin bok om den digitale helsetjenesten: «Disse «siloen» kommuniserer ikke med hverandre, og nesten ingen av dem har informasjonen i en form som kan forstås av andre systemer.»

Silosystemene reduserer lokal kompleksitet, men når perspektivet endrer seg til et samspill og samarbeid mellom avdelinger og forskjellige organisasjoner, da øker kompleksiteten (Bygstad et al., 2015, s. 3). Figur fire viser en installasjon per foretak:



Figur 4: En installasjon per foretak (Egenprodusert figur, 2020).

Høsten 2015 ble det gjennomført et stort skifte i utvikling av nettbaserte løsninger. World Wide Web Consortium, som er internasjonalt konsortium av selskaper engasjert i internett og World Wide Web, anbefalte en ny standard for å definere oppførselen til et nettsideinnhold (Liseter, 2021). Dette betydde at den nettbaserte løsninger fikk et større mulighetsrom, ved at det nå ble tilpasset alle arbeidsflater som PC, nettbrett og mobil, såkalt responsiv løsning. For eMeistring ble dette starten på en større utviklingsprosess på ca. 4 år i samarbeid med leverandøren. Målet var å få på plass ny funksjonalitet, og samtidig skape en bedre intuitiv og brukervennlig løsning for behandlerne og pasientene. Ny versjon ble satt i drift mai 2019. Figuren viser ny standard fra kun PC skjerm til nye tilpasninger for alle skjermflater.



*Figur 5: Ny standard i 2015 for nettbaserte løsninger (Adobe Stock, 2021)*

### 2.3.1 Universell utforming og responsivt design

I Norge er universell utforming av nettsider et krav i henhold til Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger (Lovdata, 2019). Hauge (2017, s. 196) skriver følgende om løsninger som har universell utforming: «Løsningene tilfredsstillt krav til universell utforming og er tilpasset brukerflater og brukerfunksjonalitet som brukere kjenner igjen fra annen digital virkelighet i hverdagen»

I 2018 ble det gjennomført en vurdering av Internettbaserte psykiske helsebehandlingssystemer i Skandinavia. Deriblant var eMeistring ett av systemene som ble vurdert. Kriteriene for evaluering var brukervennlighet, responsiv og universell design. Fremgangsmåten som ble brukt, var at forskeren gjennomførte en full intervensjon på eMeistring ved å ta rollen som en pasient på en PC, og på en Android-mobiltelefon for å evaluere om systemet brukte responsiv webdesign (Yogarajah et al., 2020).

Forskningen hevder at eMeistring stort sett tilfredsstillt evalueringskriteriene for samhandling og sikkerhet, men mindre for brukervennlighet og responsiv design. Systemet oppfyller bare delvis standarden om universelle utforming fra WCAG 2.0 (Yogarajah, et al., 2020, s. 5). På et generelt grunnlag hadde alle systemene problemer med retningslinjene om universell utforming WCAG 2.0. Følgende feil ble observert: Navigasjonsstrukturen var ikke tilpasset pasientenes behov, bruk av farge og kontrast gjorde det vanskelig for personer med synshemming slik som fargeblindhet, bilder og tekst skaleres ikke godt når oppløsning og størrelse ble endret (Yogarajah, et al, 2020, s. 6).

### 2.3.2 Brukervennlighet og brukersentrert design

The International Standard Organisation (ISO, 2018) definerer brukervennlighet som: «The extent to which a product can be used by the specified users to achieve specific goals with effectiveness, efficiency and satisfaction in a specified context of use».

Brukervennlighet beskrives av Nielsen (2012) som et kvalitetsattributt på hvor enkelt ett system er i bruk. Det blir nevnt fem viktige egenskaper når det gjelder brukervennlighet. I prosjektoppgaven er disse oversatt til norsk.

**Lærbarhet:** Dette handler om hvor enkelt det er for brukerne å utføre grunnleggende oppgaver i grensesnittet første gang det tas i bruk etter opplæring.

**Effektivitet:** Her ser man på hvor effektivt systemet er og hvor effektivt oppgaver kan utføres.

**Minneverdighet:** Det å huske sier noe om hvordan man lærer systemfunksjonene. Hvor fort kan brukere gjenoppta bruken etter å ikke ha brukt systemet på en stund.

**Feil:** Hvor mange, hvor alvorlige, hvor raskt kan man komme tilbake til stabil bruk etter feil

**Brukertilfredshet:** Sier noe om hvor fornøyd brukeren er etter å ha brukt systemet.

Nielsen (2012) trekker også frem nytte som en egenskap. Denne refererer til designets funksjonalitet. Brukervennlighet og nytteverdi er like viktig, og avgjør sammen om systemet er nyttig.

### 2.3.3 Brukerinvolvering i en utviklingsprosess

Sligo et al. (2017, s. 94) sier det er en positiv sammenheng mellom systemsuksess og brukerinvolvering. I dette studiet sier de at det er viktig at brukerinvolvering tas med i alle faser i en implementering.

En av utfordringene er å optimalisere interaksjonen mellom bruker og system, og hvis man ikke involverer brukeren i utviklingen av et nettsteddesign, så er nettsted nesten bestemt til å bli en mislykket opplevelse for brukeren. Et intuitivt og effektivt brukergrensesnitt er en viktig del av systemet. Designere må forstå de kognitive aspektene ved menneskelige interaksjonen med systemet, hvis man skal kunne bygge grensesnitt som er lettlært og brukervennlig (Shortliffe, 2014, s. 418).

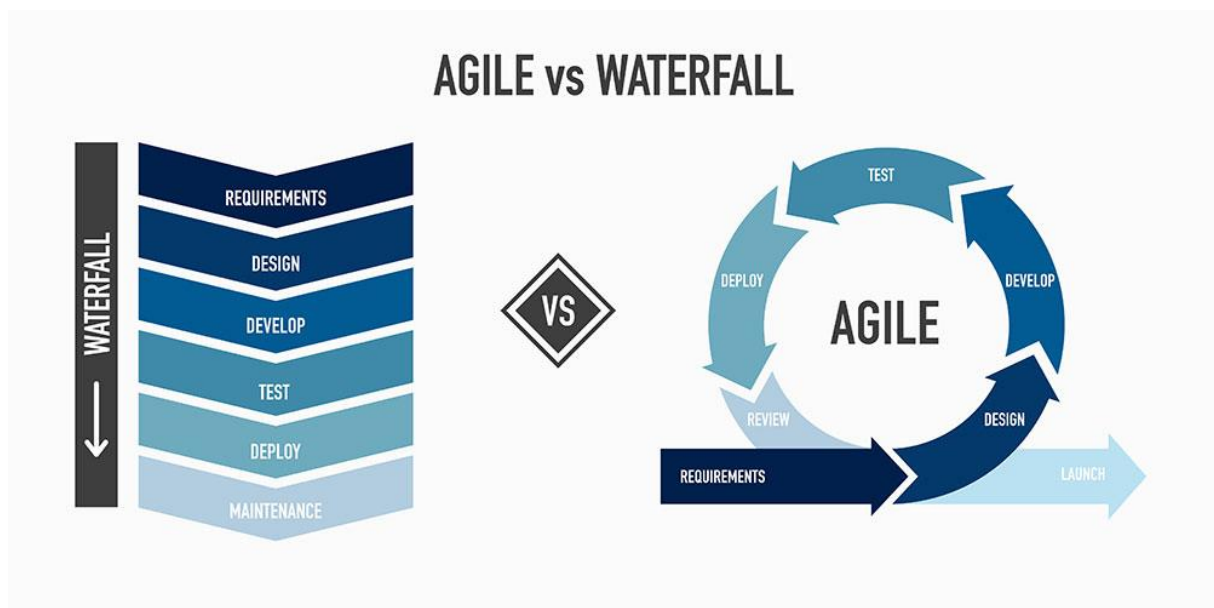
Når eMeistring startet opp utviklingen i 2012 uttrykte de sine behov til leverandøren og IT-avdelingen ved det lokale foretaket. Da behovene var skrevet ned, fikk de beskjed om at de kunne snakkes om seks måneder. Slik ble det ikke. Det tok lengre tid. De beskriver prosessen som linær (Nordgreen & Repål, 2019, s. 125). Det kan se ut som at Waterfall modellen ble benyttet som metode i starten av utviklingen av den nettbaserte løsningen til eMeistring. Waterfall modellen er en metode hvor hvert trinn i prosessen skjer sekvensielt, det vil si at den opptrer i en bestemt rekkefølge. Det som er sentralt, er at man først innhenter en ferdig kravspesifikasjon i form av funksjonalitet og design før man starter selve programmeringen (Shortliffe, 2014, s. 196).



I praksis vil det være vanskelig å lage en komplett kravspesifikasjon basert på funksjonalitet og design på forhånd. Spesifikasjoner og behov kan endres senere i utviklingsprosessen. Det kan være vanskelig for klientene å identifisere nye problem som kan oppstå før man har prøvd ut en prototype. En konsekvens er at man også kan identifisere problemer i selve implementeringen, noe som kan føre til en omarbeidelse av endring av kravene (Shortliffe, 2014, s. 196).

Nordgreen et al. (2019, s. 110) sier at hyppige visninger/demonstrasjoner av det som blir utviklet, er en god modell. Denne modellen tydeliggjør for helsetjenesten og IT-utvikler «hva vi egentlig mente». De sier videre at i dag jobbes det mer i iterasjoner, som vil si at arbeidsprosessene ligner på spiral hvor man jobber i kortere økter i flere runder med utvikling, testing og tilbakemelding (Nordgreen & Repål, 2019, s. 125).

Basert på dette kan de se ut som at de snakker om to ulike modeller, det vil si Waterfall modellen versus Agile modellen. Under vises en illustrasjon av disse to arbeidsprosessene.



Figur 6: Agile versus Waterfall (Adobe Stockphoto, 2021).

## 2.4 Avgrensing og problemformulering

På grunn av prosjektoppgavens omfang valgte prosjektgruppen å sette søkelys på pasientperspektivet og hvilke implikasjoner teknologien hadde for brukervennligheten. Med manglende forskning i Norge på pasientenes erfaringer med den nettbaserte løsningen i veiledet internettbehandling (Melby et al., 2019 s.28), ble det et naturlig valg å søke mer kunnskap om dette i vår oppgave. Problemanalysen førte prosjektgruppen fram til problemstillingen:

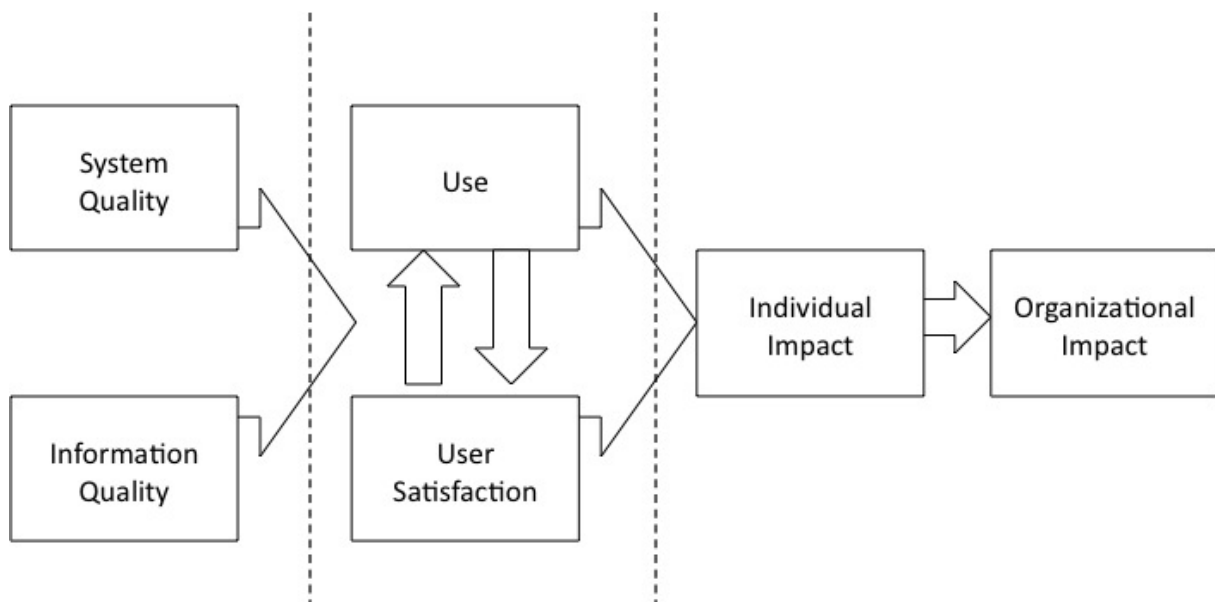
*«Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon i eMeistring? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»*

### 3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som danner grunnlaget for prosjektoppgaven om pasienter bruk og erfaringer med den nettbaserte løsningen i eMeistring. Delone og mcleans information system success model (IS suksessmodell) ble valgt som teoretisk rammeverk (DeLone & McLean, 2003).

#### 3.1 Delone & Mclean suksessmodell for informasjonssystemer

I 1992 publiserte DeLone og McLean sin informasjonssystem suksess-modell med seks kategorier. Dette var et rammeverk for å predikere suksess og måle effekt av informasjonssystemer. Modellen var basert på tidligere studier, og de seks kategoriene modellen besto av; «system quality», «information quality», «use», «user satisfaction», «individual impact» og «organizational impact» (DeLone & McLean, 1992). Modellen skulle vise at ulike faktorer i et informasjonssystem hadde påvirkning på hverandre, og at årsak og effekt var et viktig aspekt når det kom til suksessen av et informasjonssystem (DeLone & McLean, 1992). Figur seks viser kategoriene fra modellen som ble publisert i 1992:

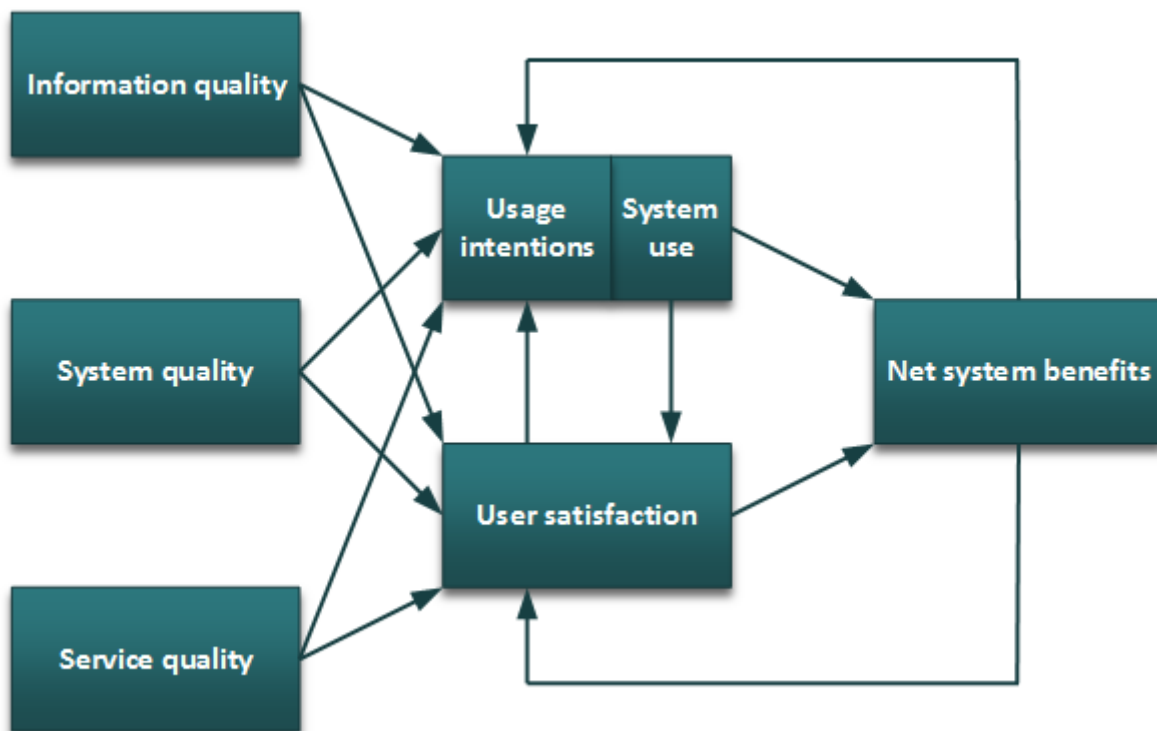


Figur 7: Delone & MCleans IS suksessmodell fra 1992 (Delone & Mclean, 1992)

Flere kritiserte Delone & Mcleans modell for å være ufullstendig. De mente at modellen burde se på flere dimensjoner, eller henviser til alternative suksessmodeller (Ballantine et al., 1996; Seddon, 1997; Seddon & Kiew, 1994). Modellen fikk omfattende kritikk fra Seddon (1997). Han mente at modellen var forvirrende fordi den tok for seg både kausale forklaringer og prosessforklaringer i sin evaluering av informasjonssystemer. Han mente at dette kunne føre til feiltolkninger i hvordan man skulle bruke modellen.

Som svar på kritikken reviderte Delone og Mclean modellen basert på ny forskning, og i 2003 publiserte de en ny og oppdatert modell. Denne modellen viser at de forskjellige kategoriene påvirker hverandre, og ikke er enkeltstående. Denne involverte «intention of use» (intensjon om bruk) i kategorien «use», en ny kategori med «service quality» (tjenestekvalitet) var lagt til, og «individual impact» (individuell innvirkning) og «organizational impact» (organisatorisk innvirkning) var slått sammen til kategorien «net benefits» (nytteverdi). I prosjektet er disse oversatt til norsk.

Figur sju viser de ulike kategoriene i den nye modellen fra 2003:



Figur 8: Information systems success model (Wikipedia, 2020).

I 2003 ble det publisert en studie om ulike suksessattributter som var nødvendige i et informasjonssystem, og det ble avdekket flere attributter som kunne evalueres. Under kategoriene i Delone og Mcleans suksessmodell ble det plassert flere relevante attributter. De fant også attributter som ikke passet inn i kategoriene, og forfatterne mente at kategoriene burde tilpasses informasjonssystemer i helsesektoren. De mente at det sannsynligvis ikke bare én faktor eller attributt som er avgjørende for systemsuksess, men alle henger sammen og påvirker hverandre (Van Der Meijden et al., 2003). Videre beskrives de ulike kategoriene i Delone og Mcleans modell:

**Informasjonskvalitet:** Informasjonskvalitet er beskrevet som kvaliteten på informasjonen man blir gitt i systemet, og måten denne informasjonen framstår. Man ser også på om man har tilstrekkelig informasjon, og om brukeren kan stole på informasjonen (Delone & Mclean 2003). For pasienten kan dette bety om informasjonen har nytteverdi, om informasjonen er nøyaktig, lesbar, og om den er forståelig og relevant.

**Systemkvalitet:** I denne kategorien er fokuset rettet mot systemets kvaliteter i form av tekniske funksjoner. For pasienten vil dette kunne omhandle for eksempel opplevd brukervennlighet, responstid, tilgjengelighet og sikkerhet. Flexibilitet og pålitelighet blir også nevnt som viktige fokuspunkt i denne kategorien (Delone & Mclean 2003).

**Tjenestekvalitet:** Kvaliteten av oppfølging, teknisk support og brukerstøtte ligger i denne kategorien (Delone & Mclean 2003). Leverandøren har fortsatt ansvar for å gi god support til sluttbrukerne selv etter implementering, samtidig som at den ansvarlige organisasjonen som har avtale med leverandøren skal utøve tilstrekkelig brukerstøtte til pasienter og e-terapeuter

**Bruk/Intensjon om bruk:** Man kan se på bruk og intensjon om bruk på flere måter. For pasienten kan man se på hvor mye det var planlagt å bruke systemet, og hvor mye man faktisk bruker det. Systemet kan også bli brukt annerledes enn det som var intensjonen i utgangspunktet. Pasientens holdning er også viktig når det kommer til intensjon om bruk, fordi det kan påvirke den praktiske bruken av systemet (Delone & Mclean 2003).

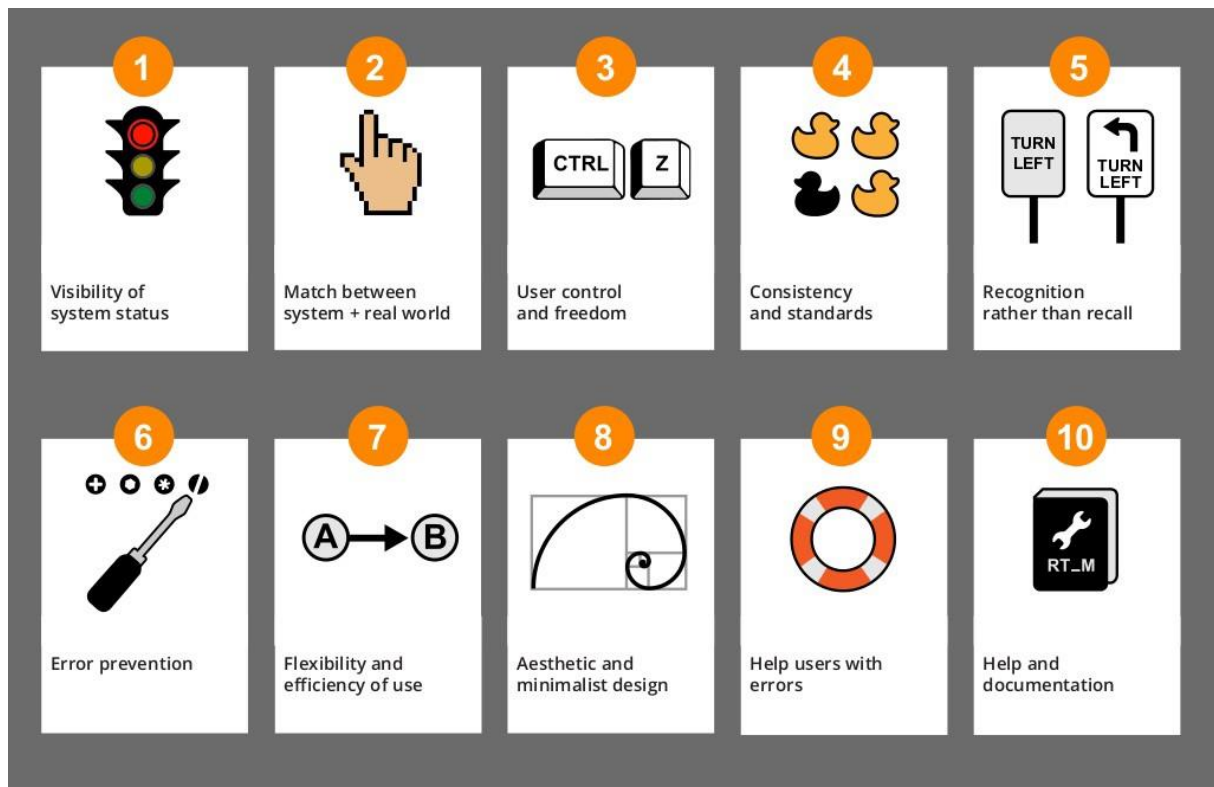
**Brukertilfredshet:** Denne kategorien ser på hvor tilfreds/fornøyd brukeren er med systemet. Hvis pasienten er fornøyd med brukeropplevelsen av systemet kan tilfredsheten øke. Følgene av dette vil kunne være økt intensjon om bruk og deretter økt bruk. Her ser man tydelig at bruk, intensjon om bruk og brukertilfredshet er kategorier som påvirker hverandre både positivt, men også negativt hvis brukeren har dårlige erfaringer med systemet (Delone & Mclean 2003).

**Nytteverdi:** I denne kategorien vurderes det hvordan systemet har påvirket organisasjonen og individ på ulike måter (Delone & Mclean 2003). I et pasientperspektiv vil systemet kunne ha en økt tilgjengelighet i form av påvirkning på hverdag, jobb og unngått reisetid til et DPS. Delone & Mclean (2003) peker på denne kategorien som den tyngstveiende suksessfaktoren fordi den ser på systemets positive og negative sider i en samlet kontekst.

### 3.2 Heuristisk metode

I 1990 introduserte Rolf Molich og Jakob Nielsen heuristisk evaluering av brukergrensesnitt. Dette skulle være en uformell evaluering som hadde som formål å øke kvaliteten av evaluering og forskning på dette feltet. De beskrev denne heuristiske evalueringen som en prosess der den som evaluerer ser på grensesnittet og vurderer det basert på egen kunnskap og erfaring. Molich og Nielsen ønsket at grunnleggende prinsipper for brukervennlighet skulle være underlaget for evalueringen (Nielsen & Molich, 1990). I 1994 hadde Nielsen beskrevet slike grunnleggende prinsipper, og publiserte «10 usability heuristics for user interface design».

Figur ni viser de 10 prinsippene Jacob Nielsen presenterte:



Figur 9: 10 usability heuristics av Jacob Nielsen (Scott, 2016).

Jacob Niensens prinsipper er velkjent og mye brukt i design av brukergrensesnitt, og er i liten grad endret siden den kom i 1994. Prinsippene er kritisert for å være inkonsekvent i måten man ser på problemer på tvers av de som evalueres. Det har også blitt nevnt at metoden ikke fanger opp store problemer i brukervennligheten av systemer, men heller finner mindre problemer (Benyon, 2014). Selv om metoden ikke finner alle feil, så har mange anerkjent den som et nyttig verktøy for å evaluere brukervennlighet av brukergrensesnitt, gjerne i samarbeid med andre metoder (Gonzalez-Holland et al., 2017).

De 10 punktene i evalueringen er i prosjektet oversatt til norsk, og blir beskrevet slik av Jacob Nielsen (1994):

- 1 Synlighet av systemstatus:** Systemets design skal gjøre slik at brukeren alltid vet hva som skjer. Dette gjøres igjennom tilbakemeldinger i systemet som gis til riktig tid. Når brukeren vet hva som skal skje i systemet vil man lære om hva man har gjort og planlegge videre arbeid. Forutsigbar interaksjon i systemet skaper tillit.

- 2 Sammenheng mellom systemet og den virkelige verden:** Designet må speile brukerens språk, slik at det er gjenkjennbart. Designet må tilpasses brukeren. Terminologi, konsepter, ikoner og bilder må være logiske og naturlige for brukeren. Hvis systemet er intuitivt, vil brukeren lettere kunne lære seg og huske brukergrensesnittet.
- 3 Brukerkontroll og frihet:** Brukere trenger en “nødutgang” som er tydelig merket, slik at man kan gå tilbake hvis man har gjort noe feil. Dette bør være designet som en enkel prosess, fordi det gir følelsen av frihet og selvtillit. Hvis ikke kan brukeren få følelsen av å sitte fast, og bli frustrert.
- 4 Konsistent og standardisert:** Brukeren skal ikke måtte behøve å lure på om forskjellige ord, situasjoner eller handlinger betyr det samme. Man bør følge andre deler av industriens måte å gjøre dette på, slik at det blir gjenkjennbart for brukeren. Det beste er hvis brukeren ikke trenger å lære noe nytt.
- 5 Forebygging av feil:** Selv om feilmeldinger er viktig så er de beste systemene designet slik at man ikke får feil i utgangspunktet. Man bør derfor fjerne muligheten for at feil oppstår, eller gjøre brukeren oppmerksom på hva man er i ferd med å gjøre for å unngå at brukeren utfører handlingen.
- 6 Gjenkjennelse i stedet for å huske:** Man bør minimere brukerens nødvendighet for å huske hvordan ting var i systemet ved å gjøre elementer, handlinger og valg synlig. Brukeren bør ikke være nødt til å huske informasjon som blir gitt i forskjellige deler av systemet. Informasjon man trenger for å bruke designet (slikt som meny-valg) bør alltid være synlig eller lett å hente opp når man trenger det. Systemet bør ta hensyn til menneskets begrensede korttidsminne, og heller bruke gjenkjennelse som verktøy.
- 7 Fleksibilitet og effektivitet i bruk:** Snarveier for de som er godt kjent i systemet vil kunne gjøre bruken av systemet mer effektiv. Det bør være mulig å skreddersy handlinger som brukeren må gjenta ofte. Fleksible handlinger gir brukeren mulighet til å velge hvilken metode som passer for dem.
- 8 Estetisk og minimalistisk design:** Grensesnittet bør ikke inneholde informasjon som er irrelevant eller sjeldent brukt. Innholdet og det visuelle designet skal fokusere på det som er essensielt for brukeren. Man må være sikker på at de visuelle elementene i grensesnittet støtter brukerens behov.
- 9 Hjelp brukere med å gjenkjenne, fastslå og finne tilbake igjen etter feil:** Feilmeldinger må framstå med enkelt språk (ingen feilkoder), konsis problemforklaring og foreslå løsning på problemet. Feilmeldingen kan også bli presentert sammen med et visuelt element som hjelper brukeren å legge merke til - og løse den.



**10 Hjelpetekst:** Systemet bør ikke ha behov for ytterligere forklaring. Men noen ganger kan det kan være nødvendig å gi tilgang til tekst som hjelper brukeren til å forstå hvordan man skal utføre en handling. Slik informasjon skal være lett søkbar og fokusere på den faktiske handlingen som skal gjennomføres.

## 4.0 Metode

I dette kapittelet begrunnes de metodiske valgene og hvordan prosjektet er gjennomført.

### 4.1 Valg av metode og design

Prosjektgruppen valgte å bruke kvalitativt design for å få økt kunnskap om pasientenes erfaringer og opplevelser med bruk av eMeistring. Det ble gjennomført en heuristisk evaluering av den nettbaserte løsningen, og intervju av informanter som har erfaring med bruk av depresjonsprogrammet i eMeistring. Heuristisk evaluering ble gjennomført for å øke vår forforståelse for den nettbaserte løsningen før intervjuene, og for å sammenligne informantenes erfaringer med vår evaluering.

Kvalitativ forskning kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer. Hensikten med en kvalitativ undersøkelse er å erverve seg mest mulig kunnskap om det fenomenet som skal undersøkes, og om fenomenets kontekst (Johannessen et al, 2016, s. 116). Målet var å undersøke og forklare et fenomen ut fra eksisterende teori og gjennom intervju tilegne ny empiri.

Som en forberedelse til å utarbeide intervjuguiden fikk gruppen tilgang til en demoversjon av den nettbaserte løsningen. To av gruppe medlemmene gikk igjennom løsningen som “pasienter”, og gruppe medlemmet med mest kjennskap til løsningen hadde rollen som “behandler”. Dette ble gjort for å bli bedre kjent med funksjonaliteten og designet i løsningen, og å kunne utforme relevante spørsmål.

I figur ti visualiseres prosjektets kvalitative forskningsprosess:

# FORSKNINGSPROSESSEN

## KVALITATIV METODE



Figur 10: Forskningsprosessen (Egenprodusert figur, 2021)

## 4.2 Heuristisk evaluering

Det ble utført en heuristisk evaluering av den nettbaserte løsningen i eMeistring hvor vi gikk gjennom Nielsens (1994) ti heuristikker. Dette ble gjort for å få en forståelse av den nettbaserte løsningen før vi skulle intervju pasientene, og for å kunne sammenligne pasientenes erfaringer med vår evaluering. En heuristisk metode ser på problemene som omhandler brukergrensesnitt, slik at disse problemene kan endres eller forbedres i en designprosess. Det ble diskutert om det ville være mulig å gjøre en «usability testing» sammen med pasientene. Dette ble raskt utelukket på grunn av reiserestriksjoner og smittevern ved Covid-19 pandemien.

Heuristisk metode innebærer at en liten gruppe eksperter undersøker grensesnittet og vurderer det opp mot de heuristiske prinsippene (Nielsen, 1994). Før vi gjennomførte den heuristiske evalueringen stilte vi oss spørsmål om vi hadde kompetanse nok. Det ble vurdert at:

- Alle medlemmene av prosjektgruppen har arbeidserfaring fra psykiatri
- Alle har grunnleggende IT-kompetanse
- Vi har god erfaring fra studiet ved UiA

Prosjektgruppen konkluderte med at gruppemedlemmenes kunnskaper ga grunnlag for å kunne gjennomføre en heuristisk evaluering.

Den nettbaserte løsningen ble gjennomgått side for side hvor hvert av gruppemedlemmene ga sin score med utgangspunkt i Likert skalaen med verdier fra 1-5, hvor «1» er dårligst, og «5» er best. På områder hvor det ikke ble ansett som relevant for gruppen å komme med en score har vi gitt scoren «0», som er det samme som «ikke aktuelt». Med resultat fra uttalelsene vil holdningen til det eventuelle problemet komme frem, og se om det finnes sammenheng mellom problemene (Joshi, et al., 2015, s. 397). For å få frem spontanitet kom de to gruppemedlemmene som ikke hadde kjennskap til systemet med tilbakemelding, før medlemmet som hadde erfaringer med systemet tidligere uttalte seg. Dette for å ikke påvirke score og bli påvirket av forklaringer på hvorfor systemet er designet som det er.

### 4.3 Utvalg og rekruttering

Johannessen et al., (2016, s.113) skriver at man skal finne informanter som er relevante og interessante ut fra formålet med studien. I utgangspunktet var det ønskelig med et strategisk utvalg, men på bakgrunn av at eMeistring ikke kunne kontakte pasienter direkte for oss ble det et bekvemmelighetsutvalg. Dette på bakgrunn av NSD sine retningslinjer som sa at pasientene som ville delta måtte kontakte en kontaktperson i prosjektgruppen, ikke omvendt. Det nevnes også at det ikke finnes en øvre eller nedre grense på antall intervju, men at man kan nå et metningspunkt for informasjon. I følge Malterud (2017, s. 65) er metningspunktet nådd når ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Prosjektgruppen hadde i et utgangspunkt ønske om å intervju minst ti informanter, der utvalgskriteriene var 1) at informantene hadde erfaringer med bruk av depresjonsprogrammet i den nettbaserte løsningen i eMeistring, og 2) hadde gjennomført minst tre av åtte moduler.

Prosjektgruppen hadde en kontaktperson ved eMeistring som bisto med rekruttering av informanter.

Prosjektgruppen utarbeidet en invitasjon (vedlegg 2) og et informasjonsskriv (vedlegg 3) som ble vurdert av Norsk Senter forskningsdata (NSD). Tilbakemeldingen var at eMeistring måtte sende ut på vegne av prosjektgruppen. I invitasjonen ble pasientene oppfordret til å ta kontakt med prosjektgruppens kontaktperson på mobil eller epost for å delta i masterprosjektet. Prosjektgruppen hadde ikke tilgang til listen over mulige informanter, denne ble hentet ut og oppbevart av eMeistring. Etter prosjektgruppen hadde fått nødvendige godkjenninger fra Regional etiske komité (REK), NSD, og fakultetets etiske komité (FEK) for å starte rekrutteringsprosessen. 15 januar 2021 sendte eMeistring ut 45 brev med informasjonsskriv og invitasjon. Av disse 45 brevene tok fem informanter kontakt for deltagelse i prosjektet. Det ble sendt ut brev til resterende mulige informanter (15 brev) når første intervjurunde var ferdig cirka 15. februar. Etter dette tok ytterligere en informant kontakt for deltagelse, og prosjektgruppen endte opp med totalt seks (6 av 60 mulige) informanter.

## 4.4 Intervju

Et intervju kan være mer eller mindre strukturert. Intervjuguiden vil være et verktøy som bidrar til å holde struktur hvor den som intervjuer får en viss standardisering (Johannessen et al., 2016). I prosjektoppgaven ble intervjuguiden strukturert etter kategoriene til Delone og Mcleans IS suksessmodell (2003). Van Der Meijdens et al., (2003) sine attributter ble tatt i bruk for å utarbeide en sjekklister under hvert spørsmål for å hente inn relevant informasjon i de ulike spørsmålskategoriene.

Å stille åpne spørsmål har stor betydning for at informantene skal kunne svare utfyllende (Dalen, 2013, s. 27). Dette ble det lagt vekt på i utarbeidelsen av intervjuguiden. Det ble også jobbet med å unngå at spørsmålene ikke kunne oppleves ledende for informanten. Det var viktig å la informanten komme med informasjon både om positive og negative erfaringer. Dalen (2013, s. 28) skriver videre at informanten skal føle at det er rom for å komme med egne meninger, og kan være ærlig.

Ifølge Kvale (2006) er det ingen fastsatte krav til hvilke kvalifikasjoner man bør ha som intervjuer, men at man lærer å bli en god intervjuer av å utføre intervjuer. For å få mer erfaring med å intervjuer ble det gjennomført et prøveintervju. Her fikk man også sett hvordan spørsmålene opplevdes i praksis.. Resultatet av prøveintervjuet ble at prosjektgruppen valgte å omformulere noen spørsmål som opplevdes noe uklare. Prøveintervjuet ble også en test på bruken av det tekniske utstyret.

Intervjuene ble avtalt via kontaktperson i gruppen som informantene selv tok kontakt med via kontaklinformasjon i invitasjonsskrivet. Informantene valgte selv dato og tidspunkt som passet best for dem. Kontaktpersonen videreformidlet telefonnummer og tidspunkt til de andre gruppemedlemmene. På grunn av situasjonen rundt Covid-19 ble det ansett som mest hensiktsmessig å utføre intervjuene på telefon. Dette for å ivareta smittevernreglene for innenlandsreise og avstand til personer utenfor kohort. Telefonintervju kan være en likeverdig intervjuemetode til ansikt til ansikt intervju, og forringer ikke informasjonsutbyttet så lenge informanten ønsker å utføre intervjuet på denne måten (Bjørvik, 2007, s. 28). For å få spontanitet i svarene ble ikke intervjuguiden sent til informantene forut for intervjuene.

Telefonintervjuene ble utført en til en, hvor gruppemedlemmet ringte opp informanten til avtalt tid. Intervjuet startet med å innhente muntlig samtykke for å delta, samt å gjøre opptak av samtalen. Varighet av intervjuene varierte mellom 30-40 minutter. Intervjuet ble tatt opp med en diktafon (Olympus WS-853), og ble transkribert umiddelbart etter intervjuet.

## 4.5 Transkribering og analyse

Malterud (2017, s. 77) skriver at man i transkripsjonen skal være lojalt ivaretatt fra det opprinnelige materialet, slik at informantens erfaringer og meninger kommer frem slik det ble formidlet i intervjuet. Videre skriver Malterud (2017, s. 80) at transkribering kan være med på å åpne for ett nytt møte med teksten som kan gi rom for ettertanke og andre slutninger enn da opptaket ble gjort. Transkripsjonen ble utført så fort som mulig etter intervjuene ble gjennomført for å ha intervjuet friskt i minnet.

I analysen ble det valgt å bruke en deduktiv-induktiv innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1281-1283, Elo & Kyngäs, 2008). Den innsamlende dataen ble kategorisert og analysert med utgangspunkt i de ulike kodene og kategoriene tatt ut fra den teoretiske referanserammen som metoden og forskningsspørsmålet er bygget på. Modellen under viser denne tilnærmingen;

1. Alle gruppe medlemmene leste først gjennom det transkriberte innholdet fra intervjuene for å få en felles forståelse og tok notater underveis.
2. Videre ble meningsenhetene plassert i kategoriene tilhørende i modellen til Delone og Mclean.
3. Meningsenhetene ble så konsert ned til meningsbærende enheter.
4. Deretter ble det benyttet induktiv tilnærming ved koding av de meningsbærende enhetene, som ble plassert under hovedkategoriene i Delone & Mcleans IS suksessmodell.
5. Etter å ha kodet alle de meningsbærende enhetene ble disse plassert i underkategorier. Underkategoriene ble plassert under hovedkategoriene fra Delone og Mcleans IS suksessmodell. For å gjøre prosessen mer systematisk ble Nvivo® versjon 12 brukt i analysen.

Tabell en viser et eksempel fra analyseprosessen fra meningsbærende enhet til kode:

Tabell 1: Eksempel fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Jeg syntes det var ganske enkelt å bruke. Det var ikke så mange ting man kunne gjøre feil, så det var enkelt og greit.	Enkelt å bruke. Ikke så mange ting man kunne gjøre feil.	Lett å bruke

Alle i gruppen var delaktig i hele bearbeidelsen av datamaterialet og analysen er gjort med deltakelse fra alle tre. Dette kan være med på å styrke fortolkningen av data, med tanke på at analysen har flere blikk og ikke farges av bare ett perspektiv. Dette kan ha innvirkning på studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2018, s. 297).

#### 4.6 Etiske aspekter

Selv om det ikke ble spurt om helseopplysninger så var det en mulighet for at pasientene kunne fortelle om dette uoppfordret. Det ble derfor levert fremleggsmelding til REK (vedlegg 4), og søkt FEK (vedlegg 5) når søknad fra NSD var godkjent (vedlegg 6). Prosjektoppgaven ble vurdert som ikke fremleggspliktig av REK (17.11.20). Prosjektgruppen ønsket å ivareta informantenes anonymitet, og den eneste informasjonene som omhandlet pasientens person er alder beskrevet i tiår og kjønn.

Pasientene som ble intervjuet var juridisk samtykkekompetente, men en sårbar gruppe som kan være utsatt for stigmatisering og diskriminering. For individer i de sårbare gruppene er det mulig å tilrettelegge rekruttering, informasjon og deltakelse på måter som kan forbedre og heve kvaliteten på samhandlingen mellom pasient og forsker. Samtykke til å delta i en studie bør innebære en prosess som innbyr til delaktighet i den grad det er mulig å få til, ikke som en skriftlig engangshendelse. Denne måten å vurdere samtykke på plasserer ansvaret hos forsker og gjør krav på at forskere må utvise kvalifisert skjønn (Hem, Heggen, Ruyter, 2007). På bakgrunn av at dette er pasienter som har samtykket til å bidra til forskning gjennom eMeistring, og at prosjektgruppen ikke stilte spørsmål som omhandlet personopplysninger

eller helseopplysninger ble det ansett som lite sannsynlig at studien vil påføre pasienten psykososiale belastninger.

På grunn av relativt kort bruk med den nye versjonen av eMeistring ble utvalget av informanter begrenset innenfor depresjonssegmentet. For å få innhente flest mulig informanter ble det diskutert bruk av flax-lodd eller gavekort til alle deltagere for å få flest mulige informanter til å la seg intervju. Denne metoden ble ikke valgt i samråd med veileder, med begrunnelse av at det kunne gi utslag i form av positiv bias, noe som innebærer at studiets resultater kunne bli påvirket og feilaktig fremstilt ved at informantene kunne føle seg presset til å snakke fordelaktig om den nettbaserte løsningen (Grønmo, 2021). Invitasjonen ble endret til en loddtrekning på seks gavekort pålydende kr. 500.- blant dem som deltok. Dette ble godkjent av FEK.

#### 4.7 Reliabilitet, validitet og troverdighet

Reliabilitet viser hvor pålitelige resultatene er og knytter seg til nøyaktigheten av dataene, hvilke data som brukes, måten den innsamles på, og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2016, s. 36). Beskrivelse av hensikt og bakgrunn for oppgaven, og argumentasjon for valg av utvalg, datainnsamlingsmetode og analyse styrker reliabiliteten til oppgaven. Redegjørelse for teoretisk bakgrunn og intervjuguide bidrar også til å styrke reliabilitet. For å få tilgang til flere informanter kunne prosjektgruppen inkludert pasienter som benyttet andre programmer av eMeistring, for eksempel sosial angst, men dette ville trolig ha påvirket validiteten/reliabiliteten av dataene.

Validiteten i en kvalitativ studie dreier seg om hvordan fremgangsmåte og funn gjenspeiler formålet med studien og virkeligheten. For å se om funnene er valide kan man se på om funnene svarer på prosjektets problemstilling (Johannessen et al., 2016, s. 232). Det som kan styrke validiteten i oppgaven er at alle gruppemedlemmene har fått god kjennskap til den nettbaserte løsningen, samt gjennomført en heuristisk evaluering. Det ble benyttet en intervjuguide for å sikre at temaer relatert til problemstillingen ble utforsket, noe som kan være med på å styrke gyldigheten til studien og dermed oppgavens troverdighet.

Troverdighet omhandler tillit til data, tolkning og metoden som er brukt for å sikre kvaliteten på en studie (Polit & Beck, 2017). Datainnsamling og analyse er detaljert beskrevet i metodekapittelet, noe som styrker studiens troverdighet. Transkribering og analyse ble



gjengitt nøyaktig, og arbeidet med analysen er gjort av gruppe medlemmene i felleskap. Dette styrker oppgavens troverdighet.

#### 4.8 Litteratursøk og kilder til innsikt

Prosjektets litteraturgjennomgang bygger på faglitteratur, artikler, forskningsartikler og offentlige strategier og statlige meldinger, rapporter, lovverk og veiledere. For å belyse temaet gjennom problemanalysen er det blitt gjort søk i for eksempel oria, ebscohost, researchgate, pubmed og google scholar for å finne aktuelle rapporter, forskning og annen relevant litteratur. På bakgrunn av at det er versjon som det finnes begrenset forskning på, ble det akseptert kilder som omhandler den eldre versjonen av den nettbaserte løsningen. Noen eksempler på søkeord er «veiledet internettbehandling», «internettbehandling», «icbt», «icbt user satisfaction», “veiledet internettbehandling erfaringer”, “veiledet internettbehandling pasienter». Prosjektgruppen fant også relevant litteratur ved å se på referanselistene til de overnevnte kildene.

## 5.0 Presentasjon av funn

Dette kapitlet starter med presentasjon av resultatene fra den heuristiske evalueringen. Etter dette presenteres resultatene fra intervjuene. Først kommer det en presentasjon av demografiske data, for deretter å presentere resultater i henhold til oppgavens teoretiske rammeverk (kapittel 3.0).

I figur ti vises demografiske data basert på kjønn og alder:



Figur 11: Demografiske data

## 5.1 Heuristisk evaluering

eMeistring ble evaluert ut fra heuristisk metodekapittelet (kapittel 4) på dataskjerm, nettbrett og mobil. Sidene som ble gjennomgått var pålogging ved oppstart av ny modul, dashbord, modulsider, hjemmeoppgaver, arbeidsoppgaver, meny og meldingsfunksjon.

Gjennomsnittet av gradering (Likert verdier fra 1-5) av alle ti brukervennlighetsprinsipper for hvert gruppelem er presentert i tabeller for hver side som er vurdert i løsningen. Det er også presentert samlet gjennomsnitt for prosjektgruppen På grunn av likt brukergrensesnitt i PC, mobil og nettbrett, ble evalueringen av mobil og nettbrett gjort som en helhetsvurdering uten rangering med Likert skala. Funnene vil videre bli presentert i tabeller med skjermbilder fra hver del av løsningen:

## Pålogging ved oppstart av ny modul



### eMeistring (01) - MADRS-SR

Hensikten med dette spørreskjemaet er å gi et detaljert bilde av ditt nåværende stemningsleie. Vi vil derfor be om at du besvarer noen spørsmål omkring [stemningsleiet de siste tre døgn](#).

Skjemaet inneholder en rekke ulike påstander om hvordan man kan ha det. Påstandene uttrykker ulike grader av plager, fra ingen plager til maksimale plager.

Sett et kryss i boksen utenfor den påstanden som du synes stemmer best med hvordan du har hatt det de siste 3 dagene.

Tenk ikke for lenge, men forsøk heller å fylle skjemaet ut raskt.

#### Stemningsleie

Her skal du krysse av for hvordan ditt stemningsleie har vært: Om du har kjent deg trist, tungsindig eller dystert. Tenk etter hvordan du har kjent deg de siste 3 dagene, om humøret har skiftet eller om det har vært det samme hele tiden, og forsøk å huske om du har kjent deg lettere til sinns hvis det har hendt noe positivt.

- 0. Jeg kan kjenne meg trist eller glad, alt etter omstendighetene
- 1
- 2. Jeg kjenner meg for det meste nedstemt, men iblant kjennes det lettere.
- 3
- 4. Jeg kjenner meg gjennomgående nedstemt og dystert. Jeg kan ikke glede meg over slikt som vanligvis gjør meg glad.
- 5.
- 6. Jeg er så totalt nedstemt og ulykkelig at jeg ikke kan tenke meg at det kan bli verre.

#### Følelse av indre uro / spenning

Her ber vi deg krysse av for i hvilken grad du har hatt følelser av indre spenning, uro, angst, eller udefinert redsel i løpet av de tre siste dagene. Tenk særlig på hvor intense følelsene har vært, og om de har kommet og gått eller vært der nesten hele tiden.

Figur 12: Oppstart av ny modul

Tabell 2: Skåring - Oppstart av ny modul

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,1	2,7	3,1	2,9
Kommentar			
Etter pålogging kommer man rett til et skjema uten noe informasjon i forkant om hva som skal skje. Øverst på skjemaet står det 100% selv som skjemaet ikke er fylt ut. Uten mer informasjon kan pasienten bli forvirret.			

## Dashboard

**Velkommen til eMeistring!**

Arbeidsoppgaver i hver modul:

- Les modulen
- Lever nye arbeidsark
- Lever hjemmeoppgaven
- Svar på eventuelle spørreskjema

Meldinger 1 >

**Modulsider**

- Lære om depresjon og behandlingen
- Hvordan arbeide med programmet?
- Bli jeg bedre av depresjon via internettbehandling?
- Hva kjennetegner nedstemthet og depresjon?
- Hva er kognitiv atferdsterapi?
- Det vi gjør påvirker hvordan vi har det - og omvendt

Tips til behandlingen

**SPØRRESKJEMA**

- eMeistring (01) - MADRS-SR
- eMeistring (09) - C-skala - Depr

**HJEMMEOPPGAVE**

- Hjemmeoppgave 1 - Depresjon

**ARBEIDSARK**

- Arbeidsark 01: Formulere mål for behandlingen

Innsendte skjema

Figur 13: Dashboard

Tabell 3: Skåring - Dashboard

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
2,1	2,1	2,4	2,2
Kommentar			
På dashbordet har man tilgang til moduler, meldinger, hjemmeoppgaver og arbeidsark. Menyen ligger øverst i venstre hjørne. På dashbordet er det ingen informasjon om progresjon, og hva som er fullført.			

## Modulsider – Dashboard

Modulsider	
	Lære om depresjon og behandlingen
	Hvordan arbeide med programmet?
	Blir jeg bedre av depresjon via internettbehandling?
	Hva kjennetegner nedstemthet og depresjon?
	Hva er kognitiv atferdsterapi?
	Det vi gjør påvirker hvordan vi har det - og omvendt
	Å sette mål for behandlingen
	GRATULERER, du har nå vært gjennom modul 1!

Figur 14: Modulsider, Dashboard

Tabell 4: Skåring - Modulsider – dashboard

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,2	3,3	2,3	2,9
Kommentar			
Det er ikke mulig å gjøre feil i oversikten over modulsidene, da det er begrenset med funksjonalitet. I modulsidene er det ingen indikasjon på hvor langt man har kommet, eller hva som er gjennomført. Det er mulig å gå ut av modulsidene ved å trykke på «huset» eller «pila» oppe i venstre hjørne.			

# Hjemmeoppgaver

## Hjemmeoppgave 1 - Depresjon



Du har nå lest ferdig den første modulen. Den innebærer en god del lesing, som du allerede har merket, og det kan kanskje føles litt tungt. Det kan være lurt å skrive ut modul 1 slik at du kan gå tilbake og lese denne om igjen. Det kan også være en god idé og la et familiemedlem eller en venn få lese modulen slik at h\*n vet hva du jobber med og dermed kan gi deg støtte underveis i behandlingen.

For å bearbeide det du har lest, vil du få hjemmeoppgaver knyttet til hver av modulene i eMeistring-behandlingen. De kommende modulene vil også inneholde øvelser. Jo mer tid og krefter du investerer i programmet, desto mer får du ut av det!

Her er hjemmeoppgavene som tilhører modul 1:

1. Hvilke depresjonssymptomer har du?

>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nunc efficitur laoreet nisi sit amet imperdiet. Praesent euismod sagittis mi non maximus. Mauris suscipit sem eros, eget accumsan mi viverra et. Pellentesque nec elementum quam. Morbi eget orci ultrices metus efficitur pharetra. Proin finibus ante imperdiet aliquam rutrum. Quisque scelerisque felis quis urna elementum, at tristique diam mollis. Vestibulum sapien turpis, blandit nec nunc sed, elementum sagittis ligula. Duis eget vulputate ante. Praesent nec sem consequat, condimentum felis et, finibus nisi.

2. Hvor motivert er du for å delta i en behandling der det meste av kontakten skjer via internett?

Figur 15: Skjerm bilde – Hjemmeoppgaver

Tabell 5: Skåring - Hjemmeoppgaver

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,6	3,2	3,7	3,5
Kommentar			
Lite muligheter for å gjøre feil, og enkelt å komme ut av aktiviteten. I hjemmeoppgavene er det vanskelig å forstå hvor langt i arbeidet man har kommet på grunn av misvisende prosentvisning øverst i bildet. Det er ingen tilgang til hjelpetekst, og noe tekst kan være misvisende og kan eventuelt forvirre brukeren.			

## Arbeidsoppgaver

Arbeidsark 01: Formulere mål for behandlingen (DP)

Utfylling

Mål 1

Generelt mål:

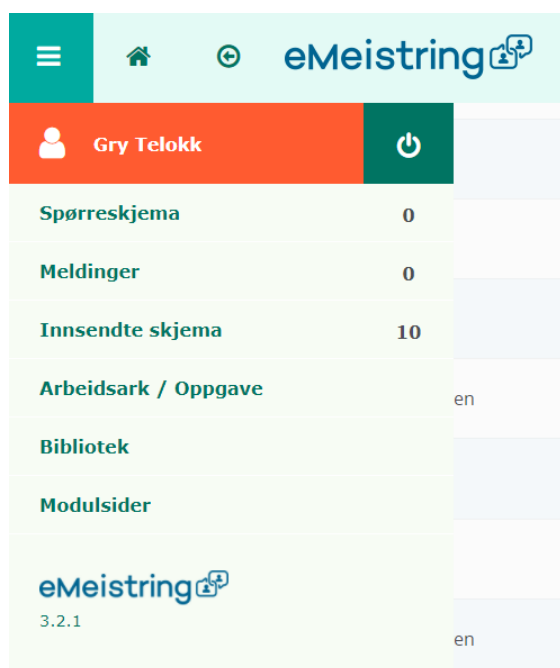
Spesifikt mål:

Figur 16: Skjerm bilde – Arbeidsark

Tabell 6: Skåring – Arbeidsoppgaver

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,3	3,2	3,4	3,3
Kommentar			
Mellomlagring er positivt og gir brukerkontroll og frihet. I arbeidsoppgavene var det vanskelig å vite hvor langt man hadde kommet i arbeidet. Lite intuitivt oppsett i flere av arkene. Det dukket opp nye knapper og forkortelser som brukeren ikke har sett i systemet før, som eventuelt kan skape forvirring.			

## Meny



Figur 17: Skjerm bilde - Meny

Tabell 7: Skåring – Meny

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,4	3,2	3,5	3,4
Kommentar			
<p>Menyen ligger fast oppe i venstre hjørne uansett hvor brukeren er i systemet.</p> <p>I menyen er det angitt et nummer bak noen funksjoner, men ikke andre. Dette kan eventuelt oppleves forvirrende. Tallene er dynamiske ved at tallet endres etter hva som er gjort på spørreskjema, meldinger og innsendte skjemaer. Tallet endres ikke på arbeidsark, modulsider, og endrer seg ikke etter hvor langt pasienten er kommet i modulen. Ikonet for utlogging er det industrien bruker som “slå av” ikon. Dette blir også forvirrende. Positivt med bruk av 3 streker, slik andre i industrien bruker.</p>			



## Meldingsfunksjon

The screenshot displays the 'eMeistring' messaging application. On the left, the 'Ny melding' (New message) screen is active, showing a text input field with the message: 'Takk for melding. Det går ikke så bra :-(', 'Helsing fra Gry'. Below the input is a 'Lagrer utkast' (Saves draft) indicator and a 'Send' button. The right side shows a list of messages under the heading 'Meldinger'. The messages are as follows:

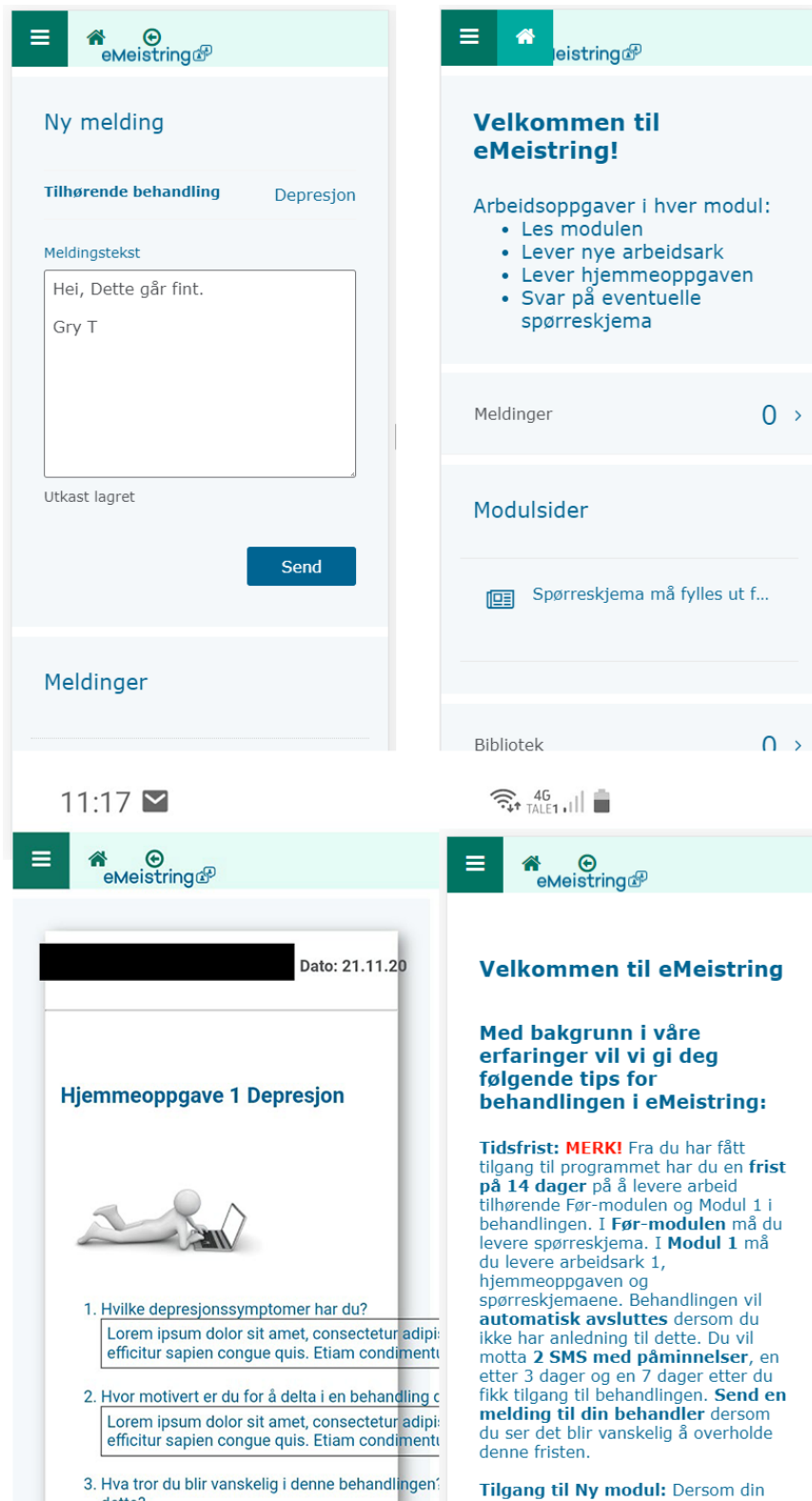
- 17.01.2021 12:37: Gry Telokk, aslødikjaslødikfjaslødijk
- 17.01.2021 12:20: Gry Telokk, Takk for melding. Hvordan går Helsing fra. hei og hå Gry
- 17.01.2021 11:57: [Redacted] Behandler, Hei, og tjo og hei
- 17.01.2021 09:08: [Redacted] Behandler, Er du klar for ny økt?
- 20.12.2020 13:00: Gry Telokk, Hei, Dette går ikke bra

Figur 18: Skjerm bilde – Meldingsfunksjon

Tabell 8: Skåring - Meldingsfunksjon

Gjennomsnittsskår			
Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Gjennomsnitt
3,1	2,5	3,1	2,9
Kommentar			
<p>Minimalistisk design, vanskelig å gjøre noe feil. Mellomlagring av meldingen skjer automatisk, noe som er positivt. Brukeren får ingen indikasjon på lest/ulest melding. Når meldingen er sendt har man ikke mulighet til å redigere/angre/slette eller tematisere meldinger. Lite estetisk, kjedelige fargebruk, ikke tilfredsstillende i forhold til universell utforming (Vedlegg 7).</p>			

## Mobil



Figur 19: Fire skjermbilder - Mobil

Meldingsfunksjonen ser lik ut som på pc, bortsett fra at tidligere meldinger ligger under, ikke ved siden. Det er hjelpetekst som sier at meldingen mellomlagres. «Hus» ikonet tar deg tilbake til dashbordet, noe som gir brukerkontroll. På menylinjen øverst ble det lagt merke til at logoen til «eMeistring» ligger bak tilbakeknappen. Ved trykk på logo kommer man heller ikke tilbake til dashbordet som er vanlig på andre nettsider.

Videre ble det oppdaget at det blir brukt ulik font i løsningen. Dette kan skape forvirring. Enkelte steder kunne det oppfattes at det skulle ligge hyperlenke, men dette var kun uthevet i fet tekst med en annen farge. Med mobil skjermstørrelse ble det også mye scrolling.

Når man åpner arbeidsarkene kan dette se uoversiktlig ut. I tillegg er feltene hvor man skal skrive inn svar på oppgavene er ikke riktig formatert, og det ser ut som bildet er delt i to. Dette gjelder også siden med hjemmeoppgaver. Det kan virke som skjemaene ikke er responsive. Dette kan være et forvirringspotensiale. Når man skal sende inn arbeidsark eller hjemmeoppgaver kommer det et pop-up bilde med bekreftelse på innsending. Dette er tilpasset skjermstørrelsen.

Det burde vært bruk av accordion (trekkspillmeny), i de mindre arbeidflatene. Dette kan være med å hindre mye scrolling.

## Nettbrett

I løsningen for nettbrett er det er noe bedre på en større skjerm. I forhold til bruk på telefon oppleves det bedre med mengden tekst på nettbrett, men det var like mye tekst som førte til mye scrolling. Meldingsfunksjonen ser relativt lik ut som på pc, bortsett fra at tidligere meldinger ligger under, ikke ved siden. Fortsatt hjelpetekst som sier at meldingen mellomlagres. Bekreftelse på innsending av skjemaer ser noe bedre ut på nettbrett, og er bedre tilpasset skjermstørrelsen. Som på telefon ligger logoen til eMeistring bak «tilbake-pil» og «hus»-ikonet på menylinjen. Skjemaene på nettbrett ser også oppdelt ut og er ikke responsivt. Som på telefon ble det oppdaget at det blir brukt ulik font i løsningen. Enkelte steder kunne det oppfattes at det skulle ligge hyperlenke, men det var bare uthevet i fet tekst med en annen farge.

### 5.1.1 Samlet vurdering ut fra Jacob Nielsens 10 heuristikker

**Systemstatus:** Det ble generelt vurdert til å være manglende tilgang til systemstatus gjennom hele løsningen, og det er lite som hjelper brukeren til å forstå hva man har gjort og ikke.

**Brukerkontroll og frihet:** Det ble i stor grad ivaretatt av muligheten til å alltid gå tilbake til dashboard eller meny uansett hvor man befant seg i løsningen. Mellomlagring var også en positiv funksjon, som ga brukeren frihet.

**Konsistens og standardisert:** Dette var noe ujevnt i løsningen, da noen funksjoner fulgte andre aktører i industrien mens andre ikke. Spesielt avloggingsknappen og brukerens egen side ble påpekt som unaturlige. Språket kunne også blitt forbedret ved å fjerne forkortelser.

**Gjenkjennelse i stedet for å huske:** Det er positivt med menyen som hele tiden er tilgjengelig, slik at man finner det man leter etter. Det ville kunne vært bedre ved at det så likere ut som andre systemer som brukerne er vant med i det daglige.

**Forebygging av feil:** På grunn av begrenset funksjonalitet i løsningen og minimalistisk design var det svært lite rom for å gjøre feil. En mulig feil kunne være når brukeren skulle sende inn hjemmeoppgaver og arbeidsark, fordi løsningen ikke hadde mulighet til å validere at hvert enkelt felt var fylt ut, slik at det kom en feilmelding når man skulle sende inn skjemaet. Pasienten fikk ikke beskjed om å fylle ut alle felt før man sender inn. Ingen felt er merket som obligatorisk. Dette ga mulighet til å sende inn tomme felt.

**Fleksibelt og effektivitet i bruk:** Det er lite muligheter for personlig tilpasning, og løsningen fanger ikke opp ofte brukte funksjoner for å effektivisere arbeidsflyten. Det kan også være tungvint å navigere i løsningen, noe som kunne blitt gjort enklere ved for eksempel å ha mulighet til å navigere frem og tilbake i hjemmeoppgaver og modulsider.

**Estetisk og minimalistisk design:** Dette ble mye diskutert av prosjektgruppen, for det var forskjellige meninger om hvor estetisk løsningen framsto. Det var enighet at man kunne gjøre løsningen mer “innbydende” og at den ser noe kjedelig ut sammenlignet med andre nettbaserte løsninger. Gruppen var enig i at det var svært minimalistisk design, noe som gjorde det vanskelig å gjøre feil, men at man samtidig mister noe funksjonalitet ved å gjøre det så “enkelt”.

**Hjelp brukeren med å gjenkjenne og fastslå og finne tilbake igjen etter feil** var ofte ikke aktuelt da det var lite rom for å gjøre feil. Dette kan sies å være den positive siden ved et minimalistisk design.

**Hjelpetekst:** Det var generelt lite hjelpetekst i løsningen, men hjelpeteksten som fantes i meldingsfunksjonen var til nytte. Det kunne vært aktuelt med mer hjelpetekst i form av små spørsmålsteget som brukeren kunne trykke på ved behov, spesielt i hjemmeoppgave/arbeidsark sidene.

## 5.2 Resultat fra intervjuene

Under dette kapitlet vil resultatene av intervjuene bli presentert. Resultatene er satt opp etter de seks kategoriene i DeLone og McLean (2003) IS-suksessmodell (jf. punkt 3.0).

### 5.2.1 Systemkvalitet

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien systemkvalitet om bruk. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

Tabell 9: Systemkvalitet

Kategori	Underkategori
Systemkvalitet	Innlogging Brukervennlighet Brukergrensesnitt Funksjonalitet

#### **Innlogging**

Det var ingen informanter som nevnte at de hadde problemer med innlogging, men med bruk av nettbrett sa en av informantene at det var vanskelig med innlogging. Det var heller ingen informanter som hadde hatt problemer med tilgang til løsningen.

#### **Brukervennlighet**

Fire informanter beskrev den nettbaserte løsningen som oversiktlig, og en informant mente i motsetning at løsningen var lite oversiktlig. Symptomskjemaene ble beskrevet som enkle å fylle ut, men det ble nevnt at det var vanskelig å vite hvor langt man var kommet i modulene og at det var et ønske om tydeligere statusoversikt. En informant sa:

Mer oversikt over når ting var ferdig at dette kunne bli plassert en egen plass. På denne måten ville man hatt oversikt over hva man hadde gjort og gjerne også at dette kunne blitt vist visuelt på noe vis, sånn at man hadde sluppet å godt å lete etter hva man hadde gjort det ikke. (Informant 1)

To av informantene hadde også behov for et sidesystem med utskrift av modulene for å få en oversikt over hva som skulle gjøres, og hva som hadde blitt gjort. Fire informanter mente at løsningen var lite brukervennlig, og to informanter beskrev løsningen som lite intuitivt. En informant nevnte at det var en forutsetning at man var kjent med andre digitale flater, og at det kan oppleves vanskelig for personer ute digital kompetanse. At det var lite brukervennlig på mobil ble også nevnt at to informanter. En informant sa: «Jeg synes det var vanskelig å fylle det ut på mobil, så det måtte gjøres på PC for min del. Det så veldig rart ut på mobil, og det ble for liten skrift» (Informant 6).

### **Brukergrensesnitt**

To informanter sa at de hadde et bra førsteinntrykk til løsningen, og en informant sa at førsteinntrykket var at det så litt kjedelig ut. Tre informanter mente løsningen hadde et utdatert design. En informant uttalte: «Er ingen dataekspert, men designet var nesten til å bli mer deprimert av. Kjedelig og det opplevdes flatt. (..) Opplevdes ikke lystig, fint og moderne slik man forventer. Kan sammenlignes med en sykehuskorridor» (Informant 5).

Dette støttes av en annen informant som uttalte at det var et lite innbydende design, og kunne ønske seg et mer personalisert design. Det ble også nevnt at løsningen burde ha mer farger og være mer dynamisk.

### **Funksjonalitet**

En informant oppga at det var lett å bruke meldingsfunksjonen, og det ble sagt at det var enkelt å skrive melding. Det ble også nevnt av en informant at vedkommende var usikker på meldingsfunksjonen og hadde et ønske om å dele opp meldingsfunksjonen i tekniske spørsmål, og spørsmål til behandler. En informant sa:

«For meg så hadde det vært enklere hvis det var veldig tydelig i systemet og kanskje også delt opp at “her skal du skrive melding hvis du lurere på noe i forhold til behandlingsforløpet” eller tekniske ting og en annen melding funksjon der du kunne skrive om hvordan du hadde det og tanker og følelser her og nå.» (Informant 1)

Dette henger også sammen med at en informant uttalte at det ikke mulig å sortere i meldingsfunksjonen.

Fire informanter sa at det var ingen unødvendige funksjoner i den nettbaserte løsningen. Tre av informantene mente det var positivt at systemet hadde mellomlagring i ulike skjemaer, og i meldingsfunksjon. En informant sa: «Det synes jeg var veldig positivt. Du kunne skrive, og fortsette dagen etterpå uten at noe forsvant kan du si, at det faktisk ble lagret på nettsiden uten at du måtte levere inn, det synes jeg jo var veldig bra» (Informant 4).

En av informantene opplevde løsningen som tungvint. At løsningen var lite utskriftsvennlig, ble også uttalt av en informant.

### 5.2.2 Informasjonskvalitet

I teksten under tabellen vil underkategoriene med tilhørende koder bli forklart.

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien Informasjonskvalitet. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

*Tabell 10: Informasjonskvalitet*

Kategori	Underkategori
Informasjonskvalitet	Utveksling av informasjon med behandler Språk i løsningen Tilgjengelighet av informasjon Persontilpasset innhold Hjelpeinformasjon i løsningen

#### **Utveksling av informasjon med behandler**

Meldingsutvekslingen med behandler ble noe ulikt oppfattet av informantene, og det ble beskrevet ulike behov i kontakt med behandler. En informant uttalte at det var en uvant kommunikasjonsform i behandling. En informant uttalte at asynkron meldingsutveksling var en uvant kommunikasjonsform i behandling:



For meg oppleves det mer naturlig å snakke om hvordan man har det ansikt til ansikt eller gjennom telefon. Samtidig var det vanskelig å vite hva meldingsfunksjonen skulle brukes til, om den skulle brukes til å sende meldinger om hvordan man hadde det, eller bare om praktiske ting, og da ble det en barriere for meg med å sende melding. Så da valgte jeg heller å ikke bruke det (Informant 1).

Fire informanter nevnte i midlertidig at meldingsfunksjonen ga et godt grunnlag for utveksling av informasjon fordi det var lav terskel for å sende melding, og at man kunne gi behandler informasjon som man ikke ga i hjemmeoppgavene eller arbeidsarkene. En informant uttalte: «(...)hvis jeg følte at jeg ikke fikk formidlet alt så kunne jeg skrive melding. Den fyller jo et tomrom hvis man ikke får sagt alt i arbeidsark og hjemmeoppgaver» (Informant 5).

Samtidig kunne denne meldingsutvekslingen være problematisk, og en informant fortalte at informasjon kunne gå tapt på grunn av den asynkrone kommunikasjonen med behandler. Informanten begrunnet dette med at man kunne glemme ting man ville fortelle eller lurte på fordi man ikke fikk svar raskt nok.

### **Språk i løsningen**

Vedrørende språket som ble brukt i løsningen ble det av en informant beskrevet at det kunne være et vanskelig språk, og at det da ble vanskelig å føle seg trygg på alle funksjonene i løsningen. Informanten sa:

Noen ganger synes jeg også kanskje det var litt vanskelig med navngivningen på forskjellige funksjoner, og at de kanskje brukte et litt vanskelig språk. De burde gjort det enklere å forstå helt av seg selv. For meg så var det jo helt nytt, jeg hadde ikke noe forhold til det fra før (Informant 1).

Samtidig sa fire informanter at de syntes språket i løsningen inneholdt informasjon som var enkel å forstå. To av disse informantene hadde kunnskap om kognitiv terapi fra før og begge nevnte at dette kunne være fordel for å forstå innholdet. En informant sa: «Jeg syntes det var lett språk, men så kan jeg litt om kognitiv terapi fra før, så det hjalp sikkert litt» (Informant 6).

## **Tilgjengelighet av informasjon**

Tilgjengeligheten av informasjon i løsningen ble beskrevet ulikt av informantene. Tre informanter uttalte at det var vanskelig å finne informasjon, og at de måtte bruke mye tid på å lete etter informasjon som var gitt eller mottatt, en informant sa: «Det var vanskelig å finne tilbake til informasjon, jeg måtte lete en god del» (Informant 5). Samtidig sa en annen informant at det var enkelt å finne informasjon fordi man kunne bruke meny-knappen for å navigere mellom de ulike sidene i systemet. To informanter fortalte også at det var lite tilgjengelig informasjon om behandlingsstatus i løsningen, spesielt informasjon om hvor langt man hadde kommet i behandlingen og hva man hadde gjort eller ikke gjort.

En informant som brukte utskrifter av modulene i sin behandling i stedet for å jobbe inne i den nettbaserte løsningen, oppga at vedkommende mistet informasjon ved bruk av papirutskrift fordi det lå mer informasjon i løsningen enn det man fikk med i utskriftene. Informanten sa;

Jeg tok nesten alltid ut innholdet i PDF filer, og så printet jeg de. Det gjorde at det var en del jeg ikke oppdaget. F.eks. disse lenkene. Blant annet også lydfilene. Det tok en stund før jeg så de var der, siden jeg gikk rett på PDF (Informant 3).

Tilgjengelighet av informasjon som man selv hadde lagt inn ble sikret i form av mellomlagring hvis man ikke var ferdig med hjemmeoppgaver/arbeidsoppgaver og måtte logge ut av løsningen. En informant beskrev denne funksjonaliteten som nyttig, og sa: «(...) systemet lagret den informasjonen jeg hadde lagt inn i oppgavene slik at jeg ikke trengte å starte på nytt hvis jeg måtte avslutte midt i» (Informant 5).

## **Persontilpasset innhold**

Alle informantene nevnte at den nettbaserte løsningen burde vært mer tilpasset deres behov for informasjon, dette omhandlet både format og innhold. En informant forklarte at store mengder med tekst ikke var tilpasset for personer med dysleksi, og at man brukte mye tid på å lese. Samtidig pekte de på at alt innholdet ikke passet til sykdomsbildet deres, og at de ofte måtte klikke seg igjennom informasjon som var irrelevant for dem.

To informanter sa at de opplevde at informasjonen var godt tilpasset fordi de foretrakk å lære nye ting ved å lese tekst. De samme informantene oppga også at dette gjorde dem fornøyd med informasjonen i løsningen fordi det var tilpasset slik de ønsket å lære, men at

informasjonen ble presentert på en lite profesjonell måte, som kunne gjøre innholdet kjedelig å lese.

Fire informanter fortalte at de kunne tenkt seg å få velge selv hvilket format de skulle få informasjonen i. En informant sa:

Vi fikk en god del informasjon og ting presentert i tekst, og det likte jeg ikke. Jeg har dysleksi og når jeg må lese ting i tekst så er det kanskje sånn at jeg må lese ting både 2 og 3 ganger før jeg virkelig forstår det. Så for meg så hadde det vært optimalt hvis jeg kunne fått sett en filmsnutt eller hørt et lydopptak for eksempel. Det hadde vært fantastisk (Informant 1).

For tre av informantene inneholdt modulene lite persontilpasset informasjon for deres depresjon. En av informant sa også at vedkommende opplevde at informasjonen forsøkte å treffe bredt, og at det derfor ble en del innhold som avvirket fra pasientens individuelle behov. En informant sa:

Det var ganske mye som jeg følte ikke passet for meg i det hele tatt. Kanskje 2/3 av opplegget som passet for meg. Det andre måtte jeg bare trykke meg igjennom. Jeg snakket med behandler om dette, og fikk forståelse for det. Jeg tenker også at innholdet burde blitt mer tilpasset personen. At behandler kunne valgt ut passende moduler for meg (Informant 6).

### **Hjelpeinformasjon i løsningen**

Hjelpeinformasjonen i løsningen ble beskrevet som noe begrenset av informantene. En pasient nevnte at det var svært nyttig med en hjelpeside som inneholdt forskjellige tips til bruk av løsningen. En annen pasient sa at det kunne vært ønskelig med mer informasjon om at løsningen mellomlagret informasjon, slik som man ofte får beskjed om i andre løsninger man bruker i dagliglivet. Informanten sa: «Jeg husker ikke at det sto noe sted at det hadde mellomlagret seg. Jeg bare fant ut av det neste gang jeg logget inn» (Informant 5).

### 5.2.3 Tjenestekvalitet

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien tjenestekvalitet om bruk. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

Tabell 11: Tjenestekvalitet

Kategori	Underkategori
Tjenestekvalitet	Brukerstøtte Opplæring Læringskurve

#### **Brukerstøtte**

Det var ulike tilnærminger når det gjaldt å innhente brukerstøtte, og de fleste benyttet behandler som førstehåndshjelp, hvis det var noe de trengte hjelp til i den nettbaserte løsningen. Samtidig opplevde de fleste at systemet var lett å ta i bruk

De fleste av informantene svarte at de valgte eller ville valgt behandler, når det var behov for teknisk assistanse eller hjelp til bruk av verktøyet. En informant brukte behandler som brukerstøtte, men ville ikke være masete. En informant uttrykte at man måtte finne ut ting selv, men hadde spurt behandler hvis det var noe spesifikt. To av informantene opplevde de fikk svar innen kort tid. En informant sa: «Det var bare å skrive melding til behandler, så fikk jeg svar innen kort tid. Det var veldig bra.» (Informant 4). En av informantene var usikker på brukerstøtten, og mente at man burde informert mer om dette i innkomtsamtalen.

Informanten sa: «Det kunne vært tatt mer opp i innkomtsamtalen, om det er behandler som skal svare på slike ting eller hvor man finner hvis man trenger det.» (Informant 3).

#### **Opplæring**

Det kan se ut som at det ikke forelå noen fast form for opplæring, når de skulle i gang med den nettbaserte løsningen i sin behandling. Hele fem av informantene oppga at de ikke fikk noen formell opplæring. En av informantene sa: «Jeg fikk ingen opplæring, og fikk ikke noe hefte eller noe for å bla i» (Informant 6). Tre av informantene mente at man ikke fikk noe skriftlig opplæringsmateriell eller manual, mens en svarte at man fikk et ark med noen instruksjer. En refererte til at man snakket litt om det i innkomtsamtalen.

## Læringskurve

Dette til tross, så opplevde de at systemet var lett å lære seg. En informant ga uttrykk for at det ikke var behov for opplæring, og en annen igjen ga uttrykk for at det var enkelt å lære seg. En informant svarte at det ikke var behov for opplæringsmateriell. En annen sa: «For meg fungerte det greit, men jeg kan forstå hvis andre kunne hatt behov for mer opplæring.» (Informant 6). Kun en informant uttrykte et ønske om mer opplæring. Informanten sa: «Skulle ønsket mer forklaring på hva man faktisk skulle gjøre. Jeg visste ikke hva jeg gikk til.» (Informant 1). Fire av informantene ga uttrykk for at de benyttet «erfaringslæring» for å lære seg systemet.

På spørsmål om forbedringer innen tjenestekvalitet, uttrykte en informant et ønske om en egen seksjon for ofte stilte spørsmål (OSS). En annen informant ytret ønske om videolæring. Informanten sa:

En kan jo alltid ha en videosnutt, som er lett tilgjengelig. Da får du sett bilder hvor man skal trykke, og hvor man finner diverse. Det er jo ofte en grei måte å lære det på. At du ser det visuelt. (Informant 4)

Alle informanter oppga at de lærte systemet etter hvert som de tok det i bruk.

## 5.2.4 Bruk/Intensjon om bruk

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien Bruk/intensjon om bruk. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

Tabell 12: Bruk/Intensjon om bruk

Kategori	Underkategori
Bruk/Intensjon om bruk	Selvrapportert bruk Forventet bruk Bruk av meldingsfunksjonen

### Selvrapportert bruk

Informantene ble spurt om hvor mye de selv anslo at de hadde benyttet den digitale løsningen, og fire informanter fortalte at de hadde brukt den minst en gang i uken. En av informantene uttalte at det var nok med en til to ganger i uken, fordi det var krevende å jobbe med egen psykisk helse. Samtidig nevnte en informant at tidsfristene i løsningen opplevdes som stressende i bruken av det, uten at det førte til økt bruk.

To informanter fortalte at de brukte løsningen ved å ta utskrift av modulene og skrive ned tekst for hånd, for så å fylle inn svarene ved bruk av PC i etterkant. Dette ble gjort for å få en oversikt over hva som måtte gjøres i hver modul, men de kunne miste oversikt hvis modulen inneholdt komponenter som ikke var tekstbaserte.

### Forventet bruk

Vedrørende forventet bruk var det noe ulik oppfatning om hvor mye føringer som lå til grunn fra eMeistrings side. To informanter fortalte det at det ikke var tatt opp i samtalen med behandler før oppstart hvor mye man forventet at løsningen skulle brukes. Tre informanter hadde derimot fått informasjon om hvor mye man burde bruke løsningen. En av disse informantene hadde brukt løsningen samlet sett mindre enn det som var estimert i samtalen, fordi modulene inneholdt ulik mengde arbeid.

## **Bruk av meldingsfunksjonen**

Flere av informantene i prosjektet uttalte at de brukte meldingsfunksjonen flere ganger i uken for å kommunisere med behandler. En informant fortalte at vedkommende var fornøyd med meldingsfunksjonen, fordi det å skrive var en god måte å kommunisere på. To informanter uttalte at de ikke sendte nytt spørsmål til behandler hvis det forrige ikke var besvart, fordi det følte unaturlig å sende flere spørsmål etter hverandre. Dette kunne føre til at de glemte ting de lurte på, hvis det tok tid å få svar. En informant sa:

Jeg var jo innforstått med at behandler ikke svarte i sanntid. Jeg holdt av og til igjen med å sende spørsmål, nettopp fordi jeg hadde sendt inn noen spørsmål, som ikke var besvart ennå. Jeg tenkte det var unaturlig å sende et nytt spørsmål, eller at det følte litt masete å sende noe nytt før det var svart på det forrige (Informant 3).

To informanter fortalte at de brukte meldingsfunksjonen lite på grunn av usikkerhet rundt bruken av den. Dette førte til mindre bruk enn de hadde hatt behov for, og det ble påpekt som en del av løsningen som burde blitt utviklet med mer fokus på brukervennlighet.

### 5.2.5 Brukertilfredshet

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien brukertilfredshet om bruk. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

Tabell 13: Brukertilfredshet

Kategori	Underkategori
Brukertilfredshet	Opplevde fordeler Opplevde ulemper

#### Opplevde fordeler

Informantene hadde noen ulike opplevelser av brukertilfredsheten av systemet. På spørsmål om hva informantene ikke var fornøyd med, svarte fem av informantene at behandlingsprogrammet ikke var tilpasset til mobil. En av informantene uttrykte det slik: «Jeg prøvde å bruke det på mobilen, og det fungerte ganske dårlig. Så det droppet jeg. Men, jeg hadde nettbrett. Hadde jeg ikke hatt nettbrettet, så hadde jeg vært mer misfornøyd» (Informant 3). Det ble mye zooming og scrolling når man skulle ta den i bruk. Det ble sagt at formatet mobil, var lite nyttig og hadde et stort forbedringspotensial. En av informantene som opplevde det lettere med PC sa:

Jeg husker at det var lettere med PC fordi det virket som at systemet var mye bedre tilpasset en større skjerm. Noen ganger føler jeg at de ikke har prioritert mobilappene og at det er først og fremst laget for pc-skjerm. Det var mye mer oversiktlig på en PC. Men, det er jo telefon man har med seg overalt så det hadde jo vært veldig nyttig hvis den var mer tilpasset en mobil i hvert fall for meg (Informant 1).

Meldingsfunksjonen ble trukket frem av to informanter, av det som fungerte bra på mobil. Mobilen ble brukt mest til å se om de hadde fått meldinger fra behandler, eller å skrive og svare behandler. En informant sa: «Jeg brukte mest mobil for å se om jeg hadde fått meldinger fra behandler, eller skrive meldinger. Resten av opplegget måtte jeg gjøre på PC. Det var rett og slett best pga. større skjerm.» (Informant 5).



Av de egenskapene som informantene var fornøyd med, så mente flere at systemet ga en god oversikt, og at det var lett å finne frem. En informant mente at det var en plan for det hele, og det passet informanten bra fordi det var forutsigbart. En informant følte på en god mestringsfølelse etter hvert som man kom videre i modulene, og sa: «Man føler mestringsfølelse når man kommer videre i modulene. Jeg følte at behandlingen hjalp meg veldig etter hvert.» (Informant 1).

Tilgjengelighet ble trukket fram av flere, ved at man kunne jobbe med sin egen behandling når det passet dem. Et moment var viktigheten av at man kom raskt i gang med behandlingen etter at man hadde vært hos fastlegen. Informanten sa:

Jeg var veldig fornøyd med at jeg kom raskt i gang med behandlingen etter at jeg hadde vært hos fastlegen. Det var absolutt et pluss. Det jeg var mest fornøyd med var at jeg kunne gjøre behandlingen akkurat når det passet for meg. (Informant 5)

### **Opplevde ulemper**

To av informantene opplevde usikkerhet med bruk av meldingsfunksjonen, og den ene forstod ikke hvordan man skulle bruke meldingsfunksjonen, noe som førte til at informanten ikke fikk kommunisert så mye med behandler som informanten hadde behov for.

På spørsmål om hva som kunne bli bedre, ble utskriften av skjemaene trukket fram. En av informantene ønsket å skrive ut hva som informanten hadde svart på skjemaene, og mente at skjemaene burde forbedres slik at de fremsto bedre når man skrev de ut på papir. Informanten sa: «Jeg ville forbedret disse her skjemaene noe, slik at det ser greit ut på papir.» (Informant 4).

For noen av informantene passet asynkron kommunikasjon bra, men noen av informantene hadde ønske om mer kommunikasjon, eller ønske om supplerende kommunikasjon i form av videomøter.

Noen av informantene var mer spesifikke og ga uttrykk for at skjemaer, arbeidsark og hjemmeoppgaver ikke fungerte når man brukte mobilen. Informanten sa: «Akkurat det å bruke skjema på mobil var litt kludrete. Det gjorde jeg på PC. Det er litt enklere å ha en større skjerm å kunne få lest det på.» (Informant 4)

## 5.2.6 Nytteverdi

Tabellen under viser hvilke underkategorier som ble identifisert under hovedkategorien nytteverdi om bruk. Nærmere beskrivelse av resultatene vil bli presentert i teksten i henhold til hver underkategori.

Tabell 14: Nytteverdi

Kategori	Underkategori
Nytteverdi	Nytteverdi av behandlingsmetode Frihet over egen tid Utfordringer med løsningen

### Nytteverdi av behandlingsmetode

Alle informantene uttalte at behandlingen i eMeistring hadde gitt økt kunnskap om egen psykisk helse, og to av informantene mente det var en nyttig behandlingsform. En informant uttalte:

Når man jobber så intenst med seg selv i så mange uker så endrer det litt måten man tenker på, og jeg merker med meg selv at jeg nå raskere blir oppmerksom på at jeg selv blir destruktiv og får mange negative tanker. Kunnskapen om hva jeg bør gjøre for å snu det ligger lettere tilgjengelig i hodet mitt. (Informant 5)

En annen nytteverdi som ble trukket frem var muligheten for å hente tilbake informasjonen i løsningen og at dette ikke bare var formidlet muntlig fra terapeut. Frihet over egen tid ble også nevnt som nyttig.

### Frihet over egen tid

Friheten til å jobbe når man selv vil ble trukket frem som nyttig av to informanter og at dette ga tid til refleksjon i behandlingen. Det ble også nevnt som en fordel at øktene kunne deles opp. En informant sa:

For min del så var det litt det at en får tid til å tenke gjennom ting litt mer, før en på en måte skriver det ned eller forteller om diverse da. Så det er veldig positivt at istedenfor at en får inn alt på en time hos psykolog for eksempel, så får du litt mer tid og ro til å tenke litt mer gjennom det før en svarer. (Informant 4)

To informanter beskrev det som positivt at behandlingsmetoden var tidsbesparende og at det ikke var begrenset til en time i ordinær behandling.

### **Utfordringer med løsningen**

To av informantene mente det burde være mer oppfølging etter behandling, og en mente det var for kort tilgang til løsningen etter behandlingslutt. Det å sitte alene gjennom behandlingen gjorde at to informanter mente det var utfordrende med egenlæring. En informant sa:

For mange kan det sikkert bli litt stort ansvar å gjøre alt dette helt selv. Man må ta mye ansvar for seg selv når man er med på dette opplegget. Spesielt når man bare får oppfølging på meldinger. Det kan sikkert gjøre noe med motivasjonen. (Informant 6)

Dette samsvarer med det som ble nevnt av en annen informant som opplevde lav mestringsgrad, og at det var et nederlag å ikke fullføre planlagt arbeid.

## 6.0 Diskusjon

Resultatene vil videre bli diskutert under kategoriene i DeLone og McLean (2003) sin IS-suksessmodell.

### 6.1 Systemkvalitet

Ifølge Delone & Mclean (2003) er egenskaper som vurderes i systemkvalitet blant annet brukervennlighet, pålitelighet og design. Løsningen ble av to informanter beskrevet som oversiktlig, noe som kan ha sammenheng med at alle informantene hadde god erfaring med bruk av PC, nettbrett og mobil. Det ble nevnt at løsningen opplevdes som oversiktlig, forutsigbart og lett å bruke. En informant mente i motsetning at løsningen var lite oversiktlig, og informanten måtte lete i løsningen i starten, men at dette gikk greit etter hvert. Å ikke vite hvor langt man har kommet, eller får oversikt over hva som er gjennomført kan bli forvirrende for pasienten, med tanke på at det er mange arbeidsark, moduler og hjemmeoppgaver som skal gjennomføres. Det ble i den heuristiske evalueringen trukket frem at det var usikkerhet på hvilke knapper som førte hjem til dashbordet, og det å logge seg ut av systemet. Løsningen ble av to informanter beskrevet som lite intuitivt, noe som samsvarer med funnene i studien til Ingelström et al. (2020). I studien til Van der Vaart et al. (2019) var det flere som hadde problemer med å navigere løsningen, og usikkerheten på riktig bruk av knapper var et problem. I motsetning til dette uttalte en informant i vår studie at det ikke var mye man kunne gjøre feil, og at systemet opplevdes enkelt. Dette stemmer med resultatet fra den heuristiske evalueringen, hvor det kom frem at det var liten mulighet for å gjøre feil i løsningen, på bakgrunn av at det er få valgmuligheter.

Når det gjaldt løsningens design uttalte informantene at designet kunne oppleves utdatert og flatt, noe som gjenspeiles i den heuristiske evaluering hvor designet ble beskrevet som minimalistisk, og det var delte meninger i prosjektgruppen om hvor estetisk løsningen framsto. I studien om veiledet internettbehandling gjort av Ingelström et al. (2020) blir det beskrevet at det er viktig å se på problemer knyttet til design, da dette kan føre til at pasienten avslutter behandlingen, og at de ikke opplever behandlingsformen som nyttig. Det vil derfor være en fordel for eMeistring å se nærmere på hvordan pasientene opplever designet i løsningen. For å forbedre opplevelsen av løsningen ville en informant hatt et mer personalisert design med fargevalg som forbedring av grensesnittet, og en annen ønsket at løsningen hadde mer farger og var mer dynamisk. At brukergrensesnittet ble beskrevet som utdatert kan ha gjort opplevelsen av brukervennlighet dårligere. For pasientene vil det være til stor fordel om

brukeropplevelsen og grensesnittet hadde vært bedre. Det kunne også ført til økt brukertilfredshet.

I den heuristiske evalueringen ble det også påpekt at det var inkonsekvent bruk av fonter og skrifttyper med variasjon på fet skrift, og farge på teksten opplevdes som ufullstendig og forvirrende. Dette samsvarer med studien om veiledet internetthandling av Earley et al. (2017) som skriver at problemer rundt designet, som handler om navigasjon og konsistent navngiving opplevdes som negativt blant brukerne. Dette kan føre til at pasientene opplever løsningen lite brukervennlig, og vil igjen kunne gå ut over pasientens selvtillit og mestring i bruk av løsningen.

Alle informantene hadde god erfaring med bruk av PC, nettbrett og mobil, og det vil være naturlig at informantene sammenligner den nettbaserte løsningen med andre nettsider de bruker i dagliglivet. Det var ingen informanter som hadde gjennomført hele behandlingen på mobil eller nettbrett. Flere informanter uttalte at løsningen ikke var tilpasset liten skjerm, og at de derfor valgte å bruke PC i sin behandling. Dette samsvarer med Yogarajah et al (2020) som sier at eMeistring ikke er tilfredsstillende på brukervennlighet og responsivt design. Hauge (2017, s. 197) beskriver at løsninger som er tilgjengelig på pc, nettbrett og mobil er viktige egenskaper for IKT i helsevesenet. Derfor vil være en viktig del av systemkvaliteten at den nettbaserte løsningen fungerer godt på alle typer arbeidsflater.

Av informantene i studien ble det påpekt at løsningen ikke inneholdt unødvendige funksjoner, og to av informantene benyttet mulighet til å skrive ut modulene i PDF. Å benytte seg av utskrift var den eneste måten informanten klarte å holde oversikten over innholdet i modulen. At pasienten opplevde at det ikke var oversiktlig uten et sidesystem kan føre til dobbeltarbeid, noe som vil være negativt for pasienten. Dette kan sees i sammenheng med Van der Meijdens attributt om iboende funksjon som skaper ekstraarbeid som igjen påvirker systemkvaliteten negativt. Muligheten for å skrive ut modulen ble i studien til Hadjistavropoulos et al. (2018, s. 957) trukket frem som positivt for pasienten og at det var til hjelp å ha dette tilgjengelig. Dette samsvarer med vår studie, men det er samtidig et problem at informantene måtte ta utskrifter, og at løsningen ikke gir god nok oversikt. Som forslag til forbedring ville en informant hatt muligheten til å ha oppe modulen samtidig som enten hjemmeoppgave eller arbeidsark. Dette er noe som kunne vært tatt opp i en utviklingsprosess hvor pasienter eller brukerorganisasjoner var involvert. Ved brukerinvolving vil brukerne av løsningen kunne bli fornøyde, og det kan ha positiv effekt på systembruk (Abelein & Peach, 2015). Dette støttes av Nguyen et al. (2016) som skriver at brukerinvolving kan føre til god brukeraksept.

## 6.2 Informasjonskvalitet

Informasjonskvalitet omhandler blant annet hvor lesbar og fullstendig informasjonen i løsningen er (Van der Meijden et al., 2003). Flere informanter mente at den nettbaserte løsningen gav flere muligheter for formidling av informasjon de hadde behov for til behandleren, for eksempel gjennom oppgaveløsning og meldingsfunksjon. Noen uttrykte i tillegg at asynkron kommunikasjon fungerte godt. Det at asynkron kommunikasjon som informasjonsformidling kan oppleves positivt, samsvarer med resultater fra studien til Melby et al. (2019), hvor informantene opplevde det som tilfredsstillende å kunne skrive lange meldinger og dele mye informasjon. De opplevde på denne måten å bli en aktiv del av egen behandling. En informant sa derimot at den asynkrone kommunikasjonsformen skapte en barriere i informasjonsutvekslingen på grunn av utydelige retningslinjer for bruken av den. Vedkommende opplevde likevel behandlingen som nyttig. Dette er i tråd med forskning (Berman et al., 2019) som viser at det å ha mye asynkron kontakt med behandler i veiledet internettbehandling har vist seg å ikke nødvendigvis være det viktigste i behandlingen. Når det gjaldt forbedringer av denne funksjonaliteten ble det nevnt av en informant at det burde vært et tydeligere skille på meldinger angående brukerstøtte og personlige spørsmål. I den heuristiske evalueringen ble det påpekt at meldingsfunksjonen ikke inneholdt predefinerte temaer som kunne hjelpe brukeren til å sortere hva meldingene omhandlet. Dette kunne kanskje ha gjort det lettere for pasienten å forstå hva meldingsfunksjonen skulle brukes til, og gitt mer trygghet rundt informasjonen som skulle deles.

Delone & Mclean (1994) omtaler naturlig språk og bruken av dette som en suksessfaktor ved et informasjonssystem. Opplevelsen av et naturlig og intuitivt språk vil også ha betydning for brukertilfredshet. Når det gjaldt språket i løsningen, var det delte meninger blant informantene om hvor enkelt det var å forstå. Noen informanter hadde kunnskap om kognitiv terapi som de begge omtalte som noe som gjorde det enklere å forstå språket. I den heuristiske evalueringen ble det ved flere funksjoner i løsningen identifisert ord og overskrifter som kan være vanskelig å forstå som bruker. Prosjektgruppen mente likevel at det i deler av løsningen var brukt et naturlig og enkelt språk. Jacob Nielsen (1994) forklarer at det må være en sammenheng mellom systemet og den virkelige verden, med et presist og intuitivt språk. Informantene skal ikke ha behov for å kunne noe om kognitiv terapi eller ha kunnskap om fagspråk for å forstå løsningen eller dens innhold for å kunne oppleve god brukervennlighet. For å bedre språket i løsningen vil brukermedvirkning kunne være et alternativ. Dette blir nevnt i en studie fra Canada (Gratzer, 2018) som omhandlet frafall fra veiledet

internettbehandling, der de fant at pasientene syntes at informasjonen i løsningen var forvirrende og vanskelig å forstå. Det ble gjennomført systemutvikling der pasienter var involvert for å endre dette, og andre faktorer som pasientene sa at de ikke var fornøyde med i løsningen. Frafallsraten endret seg fra 90 prosent til 33 prosent etter endringene som ble gjort. Det vil derfor kunne være en fordel for eMeistring å la personer uten fagkunnskap gå gjennom språket i løsningen for å sikre et forståelig språk.

Noen av informantene uttrykte at deler av informasjonen i den nettbaserte løsningen ikke var tilstrekkelig tilpasset deres individuelle behov. Behovet for mer skreddersøm støttes i Stortingsmelding 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), som sier at IKT skal utvikles slik at individuell tilpasning muliggjøres, og på denne måten vil pasienten involveres i egen behandling på en bedre måte. Coiera (2015) sier at en av de store utfordringene innen informatikk er å utvikle et sett med prinsipper som hjelper utviklere til å designe og implementere informasjonssystemer basert på karakteristikene ved personene som skal bruke systemet. Uttalelsene til informantene i vår studie samsvarer med beskrivelsen fra en psykologspesialist ansatt ved eMeistring, som sa at løsningen var basert på “one size fits all”, og at for noen ville dette passe greit, men for andre ville dette oppleves som at behandlingen ikke passet for dem (Solberg, 2020). Som forslag til forbedring nevnte en informant at e-terapeuten kunne ha valgt ut passende moduler til pasientene ut ifra individuelle behov. Hvis man møter pasientenes behov for individuelt tilpasset informasjon, vil dette kunne øke brukertilfredsheten, bruken og nytteverdien for pasientene som skal ta i bruk eMeistring. Dette støttes av Andrews & Williams (2014) og Radomski et al. (2019), som sier at skreddersøm i veiledet internettbehandling vil kunne gi økt bruk, bedre etterlevelse av behandling og optimalisere klinisk utfall hos flere pasienter.

Et annet aspekt i informasjonsformidlingen er formatet informasjonen blir presentert i. Det ble problematisert av flere informanter at det var for mye tekst som var lite dynamisk og engasjerende. De uttrykte at en mulig forbedring kunne være å få informasjon i andre formater for eksempel video eller lydfiler. Dette samsvarer med flere studier (Van der Vaart et al., 2019, Mehta et al., 2019) som sier at nettbaserte løsninger i veiledet internettbehandling gir et viktig mulighetsrom for å bruke nye formater for informasjon, som for eksempel video, lyd og spillelementer tilpasset pasienten. Mer interaktiv bruk og informasjon i flere formater vil også kunne gi en mer motiverende løsning. Stemningslidelser som depresjon kan gi svekket konsentrasjonsevne (Rådet for psykisk helse, 2019), og for personer som opplever dette, eller har lese/skrivevansker så vil store mengder med tekst kunne være en

uhensiktsmessig måte å presentere informasjon. I 2020 uttalte Tine Nordgreen til psykologtidsskriftet at eMeistring jobbet med å forenkle programmet, og erstatte deler av teksten med lydfiler, videofiler og animasjoner slik at det skulle bli lettere å bruke behandlingen (Halvorsen, 2020). Våre funn understøtter at det vil være viktig for pasientene at mulighetene for nye informasjonsformater i eMeistring utforskes, slik at individuelle behov for hvordan informasjonen fremstilles blir ivaretatt.

Flere informanter uttrykte behov for mer hjelpetekst i løsningen vedrørende hvordan den skulle benyttes. Dette samsvarer med en studie som så på styrker og svakheter i veiledet internettbehandling, der det ble nevnt at det burde vært mer hjelpetekst i løsningen (Hadjistavropoulos et al., 2018). Som forslag til forbedring mente noen av våre informanter at det hadde vært nyttig med varsling om at skrevet tekst ble mellomlagret slik som i meldingsfunksjonen. Dette ble også påpekt i den heuristiske evalueringen. I meldingsfunksjonen sto det tydelig at teksten ble mellomlagret når man skrev, men når man la inn tekst i arbeidsoppgavene eller hjemmeoppgavene var det ingen informasjon som tilsa at dette ble lagret. Mangelen på konsekvent bruk av varsel om mellomlagring vil kunne skape forvirring for pasientene. For å unngå inkonsekvens i løsningen, kunne alle steder der tekst blir mellomlagret fått hjelpetekst som indikerer mellomlagring. Dette støttes av Nielsen (1994) som sier at løsningens evne til å være konsekvent i funksjonalitet er et viktig prinsipp i dens brukervennlighet. I den heuristiske evalueringen ble det også påpekt at det flere steder hadde vært nyttig å legge hjelpetekst tilgjengelig som et lite ikon med for eksempel spørsmålsteget bak ulike funksjoner, slik at de pasientene som hadde hatt behov for ytterligere forklaring av forskjellige deler av løsningen kunne hatt tilgang til hjelpeteksten.



### 6.3 Tjenestekvalitet

Delone og McLean (2003) sier at tjenestekvalitet er en av de viktigste faktorene som påvirker den totale IS suksessen. Kategorien tar for seg systemets kvalitet på support og brukerstøtte. Det blir også sett på om brukerne får muligheter til å tilegne seg kunnskaper, slik at de kan ta i bruk løsningen på god måte. De fleste informantene mente at brukerstøtten var tilfredsstillende. Brukerstøtten i denne konteksten var pasientens egen behandler. Informantene var også fornøyde med den raske responsen fra sine behandlere, når de ba om hjelp. God brukerstøtte kan bidra til at pasientene får en bedre opplevelse når de gjennomgår sitt behandlingsprogram.

Flere av informantene opplevde at systemet var lett å lære, og at kunnskapen ble opprettet ved egenlæring. Det kan bety at læringskurven for å ta i bruk den nettbaserte løsningen, ikke var bratt. Dette kan ha sammenheng med den nettbaserte løsningen sitt enkle og minimalistiske design. På den annen side ble det etterlyste mer opplæring. Ifølge informantene, kan det se ut som om opplæring stort sett var fraværende, og hvis de fikk opplæring, så var ikke den lik for alle. Uten tilstrekkelig opplæring kan løsningen brukes feil. Dette trenger ikke bety at systemet har et dårlig grensesnitt, men at pasienten ikke vet hvordan løsningen skal tas i bruk (Coiera 2015, s. 157). Gagnon et al. (2010) sier i sin studie at tilstrekkelig opplæring kan styrke følelsen av nytteverdi og redusere motstanden til en løsning. Selv om studien omhandler helsepersonell, er det rimelig å tenke at dette også kan gjelde for pasientene som skal ta i bruk et nettbasert system. På spørsmål om forslag til forbedringer, ble bruk av videosnutter og «Ofte stilte spørsmål» trukket frem for å gjøre det enklere å ta i bruk den nettbaserte løsningen. Det er gjort flere metaanalyser som viser til at teknologi kan være med å fremme læring. Brame (2016) skriver blant annet at video som læremiddel kan være et svært effektivt pedagogisk verktøy. Dette kan bety, at det kan være fordelaktig for eMeistring å utforme en egen opplæring i selve løsningen.

## 6.4 Bruk/Intensjon om bruk

Delone & Mclean (2003) forklarer at bruk menes med hvordan man bruker systemet, og at intensjon om bruk handler om hvordan man har tenkt å bruke det. De sier også at hvis man har en intensjon om å bruke systemet, så vil dette kunne føre til økt bruk. Flere av informantene i vår studie uttalte at de hadde opplevd at forventningen til bruk ble avklart på det første møtet med behandler. Andre informanter mente at en slik avklaring ikke hadde funnet sted, og at det var opp til dem selv å bestemme hvor mye løsningen skulle brukes. I en litteraturstudie om veiledet internettbehandling for sosial angst fant Radomski et al. (2019) at det å etablere en forventning om bruk fra behandlers side kunne være med på å øke bruken av veiledet internettbehandling. Dette fordi man legger et “sosialt press” på pasienten til å kanskje bruke løsningen mer enn man føler for selv (Radomski et al., 2019). Om dette er noe som også gjelder for pasientene som er i behandling for depresjon er usikkert, men ved å legge en klar forventning til bruk så vil man også kunne øke risikoen for at pasienten ikke vil føle mestring hvis man ikke innfrir forventningene. Dette støttes av Berge & Repål (2019) som mener at man under en depresjon vil kunne være mer selvkritisk og motløs. Det vil derfor også kunne være et etisk spørsmål om man skal legge føringer for forventet bruk, eller om man skal bruke andre midler i løsningen for å stimulere til økt bruk.

Det er en forutsetning at løsningen er bygd opp på en slik måte at den holder på - og kanskje til og med øker pasientens motivasjon for bruk. Fire informanter fortalte at de brukte den nettbaserte løsningen flere dager i uken, og ifølge Radomski et al. (2019) vil det kunne være flere faktorer som spiller inn på hvor ofte man bruker en nettløsning. En av disse kan være hvor god den nettbaserte løsninger er på å “overbevise” pasienten om å bruke den. Radomski et al. (2019) forklarer at dette innebærer at løsningen må appellere til bruk ved å personalisere innholdet, gi påminnelser, understøtte dialog, være troverdig og belønne bruk. I den heuristiske evalueringen av løsningen ble det observert at pasienten fikk en positiv tilbakemelding i systemet ved slutten av en modul. Problemet med denne tilbakemeldingen var at pasienten fikk se tilbakemeldingen før man hadde blitt ferdig med å lese alle modulsidene. Dette gjør at man egentlig ikke får en positiv tilbakemelding på en innsats man har gjort, noe som kan virke litt mot sin hensikt. For å øke bruken av den nettbaserte løsningen fortalte en informant at det var positivt å få påminnelse via melding fra behandler ved inaktivitet. Påminnelser er for mange en viktig del av det å kunne holde på motivasjon, dette støttes også av Radomski et al. (2019) som i sin litteraturstudie fant at påminnelser var en av fem faktorer for å kunne øke bruk av veiledet internettbehandling for sosial angst. For

eMeistring vil slike påminnelser kunne bli sendt manuelt av behandler, eller la den nettbaserte løsningen sende ut automatiske påminnelser i stedet.

## 6.5 Brukertilfredshet

Delone og McLean (2003) sier at denne kategorien tar for seg brukerens sin erfaring med løsningen, og hvordan de opplever å ta den i bruk. Brukertilfredsheten er avhengig av hvem du spør, og i hvilken kontekst det er i. Dette begrunnes med at bruken kan være både frivillig og tvungen. Kategorien tar for seg holdninger og tilfredshet, og ser på interaksjonen mellom den nettbaserte løsningen og brukeren.

eMeistring sin responsive løsning tilbys på alle arbeidsflater, det vil si PC, nettbrett og mobil. Informantene hadde ulik opplevelse ved bruk av de enkelte arbeidsflatene. De fleste av informantene var ikke tilfreds med eMeistring sitt behandlingsprogram, slik innholdet fremsto på arbeidsflaten til en mobil. Våre informanter forteller at det ble mye zooming, scrolling, og at skjemaer, arbeidsark, hjemmeoppgaver og tekst/bilde ikke fremsto tilfredsstillende.

Selv om de generelt ikke var fornøyd med å bruke mobil, så ble meldingsfunksjonen vurdert til å fungere godt på liten skjerm. Dette kan forklares med at meldingsfunksjonen fremstår som enkel å bruke i alle skjermstørrelser. Noen informanter valgte derfor å bruke mobil for å sjekke meldinger fra behandlerne, men brukte PC til å fylle ut skjemaer, hjemmeoppgaver og arbeidsoppgaver. I den heuristiske evalueringen ble estetisk og minimalistisk design trukket frem som et positivt element i meldingsfunksjonen, fordi den var med å gi brukeren oversikt over sin kommunikasjon med sin behandler. Dette kan forklares med at behandlerne også er med på å strukturere kommunikasjonen og at den hjelper pasientene å holde tråden, samt at viktige temaer ikke blir glemte (Nordgreen et al., 2020, s. 288). Mehta et al. (2019, s. 357) skriver at enkelte opplevde den ukentlige kontakten med behandler som tilfredsstillende, mens andre ønsket mer kontakt og støtte. Dette gjenspeiles også i funnene i denne studien.

Til tross for dette fortalte noen informanter at de brukte meldingsfunksjonen lite på grunn av usikkerhet rundt bruken av den. Disse uttalelsene kan sees i sammenheng med Radomski et al. (2019) som i sin litteraturstudie sier at det å understøtte god dialog mellom behandler og pasient førte til økt bruk av veiledet internettbehandling. Den positive betydningen av dialog eller muligheten til dialog er nevnt av flere (Berman et al., 2009, de Jong et al., 2014, Radomski et al., 2019), og ved å optimalisere denne funksjonaliteten vil man i eMeistring kanskje kunne sett økt bruk av den. Det å være usikker rundt meldingsfunksjonaliteten vil

kunne gå ut over løsningens troverdighet, og hvor mye man ønsker å ta denne i bruk. Dette vil igjen kunne ha negativ innvirkning på informasjonskvalitet, brukertilfredshet og nytteverdi.

De fleste informantene påpekte at det var forbedringspotensialer for å tilpasse innholdet bedre for mobil. Det ble i den heuristiske evalueringen påpekt at det på grunn av mye tekst burde vært trekkspillmenyer for å slippe å scrolle så mye, og at det på hjemmeoppgaver og arbeidsark så ut som siden var delt i to. Dette er en indikator på at eMeistring bør videreutvikle den nettbaserte løsningen til å skape et innholdsdesign som kan gi bedre brukertilfredshet, også på de mindre arbeidsflatene, som for eksempel mobil. For å sikre brukervennlighet for alle som skal ta den nettbaserte løsningen i bruk, sier Hauge (2017, 195) at det må forventes at brukere av fremtidige nettbaserte løsninger for helsetjenesten må tas med på råd innenfor formaliserte rammer. Brukermedvirkning kan være med å bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av et tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017).

## 6.6 Nytteverdi

Nytteverdi beskrives av DeLone og Mclean (2003) som oppnådde effekter for organisasjonen, både fra et individperspektiv og fra et organisasjonsperspektiv. Det vil i denne sammenheng beskrive pasientenes opplevde nytteverdi av eMeistring. Informantene i vår studie uttalte at de mente behandlingen ga økt kunnskap om egen helse. En informant sa det var lettere å kjenne igjen negative følelser og tanker, og hvordan forholde seg til dette. Dette samsvarer med funnene til Earley et al. (2017, s. 85). I studien blir det å jobbe med å utvikle bevissthet og innsikt, mestringsferdigheter og atferdsendringer rundt sin egen livssituasjon identifisert som nyttig.

Alle informantene sa i vår studie at de var fornøyde med friheten til å kunne lese tilgjengelig materiale når som helst i uken, og at informantene kunne jobbe med behandlingen i eget tempo ble sett på som positivt. Samtidig nevnte noen informanter at det var utfordrende å ta ansvar for egenarbeid. Dette samsvarer med funnene til Hadjistavropoulos et al., (2018, s. 947) og Pedersen et al. (2020) som fant at de fleste i deres studier var fornøyde med nettbasert behandling, og at tilgjengelighet var noe som ble trukket frem som nyttig. At pasientene kan gjennomføre behandlingen i eget hjem i eget tempo kan være med på å minske terskelen for behandling, og det vil være tilgjengelig for flere. Dette kan gi nytte og gevinst både til pasientene selv og til samfunnet som følge av for eksempel mindre reising og fri fra jobb.

## 6.7 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere styrker og svakheter ved valg av metoder samt validitet og reliabilitet av resultatene. Å ha benyttet kjente modeller i utarbeidelse av intervjuguiden kan også styrke reliabiliteten i spørsmålene som ble stilt. Hsieh & Shannon (2005) skriver imidlertid at man må være oppmerksom på at bruk av teori kan ha begrensinger i form av at forskeren ser på dataene med en informert, men sterk bias. Dette kan føre til at funnene er mer støttende enn ikke støttende til teorien. Dersom funn ikke passet inn i modellen eller ga ny/tilførte informasjon ble dette sortert ut i analysen. Diskusjonen av funnene i oppgaven er understøttet av forskning som kan være med på å legitimere funnene. Siden prosjektgruppen ikke klarte å innhente flere informanter, er det usikkerhet om et metningspunkt ble nådd. Et lite utvalg forteller om noen erfaringer som finnes, men det er usikkert hvor representative funnene er, og om funnene er overførbare. Dette kan også ha påvirket reliabiliteten.

Det kan sees på som en styrke for studiens validitet at gruppemedlemmene hadde kunnskap og innsikt i den nettbaserte løsningen. Dette kan gjøre at det blir stilt relevante oppfølgingsspørsmål, men det kan på en annen side gjøre det vanskelig å ikke være farget av våre holdninger etter den heuristiske evalueringen. For å unngå å prege informantene med egne holdninger ble intervjuguiden fulgt. At prosjektgruppen har skrevet en oppgave med behandlernes perspektiv i studieforløpet kan også ha preget vårt syn på den nettbaserte løsningen.

I intervjuguiden kan det også være mulighet for misforståelse av spørsmålene. Mengden oppfølgingsspørsmål har vært til nytte da det ikke alltid har vært utfyllende svar i hovedspørsmålene. I etterkant oppleves det at enkelte oppfølgingsspørsmål ikke var åpne, og at flere kan oppfattes like. Dette har ført til at det har vært noe utfordrende å tolke og kategorisere datamaterialet i analysen, noe som kan ha påvirket oppgavens troverdighet.

## 7.0 Konklusjon

Formålet med denne studien var å få svar på følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon i eMeistring? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»*

Gjennom denne studien har det kommet frem en rekke erfaringer fra våre informanter. Det kan se ut som informantene erfarer både positive og negative aspekter rundt den nettbaserte løsningen i eMeistring.

Når det gjaldt systemkvalitet, var våre informanter sitt førsteinntrykk av den nettbaserte løsningen delt. Noen hadde et godt førsteinntrykk, men de fleste mente at systemet hadde et utdatert design. Symptomskjemaene ble beskrevet som enkle å fylle ut. De opplevde også at løsningen var forutsigbar og lett å bruke, og at det ikke var mye man kunne gjøre feil. Det som trakk ned, var at systemet ikke ga noen god oversikt over hvor langt man var kommet i behandlingen, eller hva som var gjennomført av hjemmeoppgaver, aktiviteter og moduler. Ingen av informantene hadde gjennomført hele behandlingen bare på mobil eller nettbrett. Flere av informantene mente at den nettbaserte løsningen ikke var tilpasset liten skjerm, og av den grunn valgte de å benytte PC istedenfor i sin behandling.

I kategorien informasjonskvalitet erfarte flere informanter at den nettbaserte løsningen ga gode muligheter for å formidle informasjon. Asynkron kommunikasjon med behandler fungerte godt for de fleste informantene, men en informant opplevde derimot meldingsfunksjonen som uklar, og brukte ikke denne i sin behandling. Når det gjaldt selve språket i løsningen, var det delte meninger om hvor enkelt det var å forstå. Noen av informantene uttrykte at deler av informasjonen ikke var tilstrekkelig tilpasset deres individuelle behov. Et annet aspekt som ble trukket frem var formatet informasjonen ble presentert i. Flere informanter opplevde at det var for mye tekst, og at teksten var formidlet på en lite engasjerende måte.

Når det gjaldt tjenestekvalitet ble brukerstøtten som informantene fikk av sine behandlere fremhevet som god. De fleste opplevde at systemet var lett å lære, og at kunnskapen om den nettbaserte løsningen var noe de fikk gjennom egenlæring. Dette til tross, så ble det etterlyst mer opplæring.

Om kategorien bruk/intensjon om bruk av systemet, opplevde flere av informantene at forventningene om bruk ble avklart på første møte med behandler. Andre mente at en slik avklaring ikke hadde funnet sted, og at det var opp til dem selv å bestemme hvor mye løsningen skulle brukes. Flere av informantene oppga at de brukte den nettbaserte løsningen flere dager i uken. Det som ble trukket frem som positivt var at behandler sendte en påminnelse via en melding ved innaktivitet.

I kategorien brukertilfredshet var de fleste av informantene ikke tilfreds med hvordan behandlingsprogrammet fremsto på arbeidsflaten til en mobil. Generelt fremsto hovedparten av innholdet i løsningen lite tilfredsstillende på mindre skjermstørrelser. Det som imidlertid ble trukket frem som positivt på mobil, var meldingsfunksjonen. Flere av informantene valgte derfor å bruke mobil for å lese svar i meldingsfunksjonen, men brukte større arbeidsflater til å utføre andre oppgaver i behandlingsprogrammet.

Når det gjaldt nytteverdi ble behandlingen trukket frem av alle informantene som nyttig, og noen kunne ønske å ha tilgang til behandlingsprogrammet lengre etter endt behandling. Det ble av alle informantene sett på som positivt at man hadde friheten til å kunne lese tilgjengelig materiale når som helst i uken, og jobbe med behandlingen når det passet for den enkelte.

Som forslag til forbedringer til den nettbaserte løsningen hadde informantene flere forslag:

- Mulighet til å velge informasjon i flere format (video, lyd)
- Bedre tilpasset innhold for nettbrett og mobil
- Et mer moderne brukergrensesnitt
- Oversikt over hvilke modulsider man hadde lest, og hvilke hjemmeoppgaver/arbeidsoppgaver som var gjennomført
- Økt tilgang til hjelpetekst
- Opplæring med videosnutter og tilgang til “ofte stilte spørsmål”
- Enklere språkbruk
- Forbedret meldingsfunksjon med mulighet til å legge inn predefinerte emner
- Skreddersøm i behandling med mer persontilpasset informasjon

Studien vår viser at det er flere tiltak rundt den nettbaserte løsningen, som kunne vært med å gi ytterligere gevinster ved å ta i bruk eMeistring:

- Brukere av systemet er som oftest ekspert på sitt eget domene, og ved å involvere sluttbrukere i større grad, vil det kunne være med på å øke treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av et nettbasert tilbud innen psykisk helse.
- For brukere med særskilte behov som følge av funksjonsnedsettelse, vil det å ta i bruk universell utforming i større grad, gjøre eMeistring mer brukervennlig og tilgjengelig.
- En grundig testing før godkjenning av leveranse vil kunne være med på å forbedre systemet. Ved å involvere testere med ulik bakgrunn, det være seg sluttbrukere, systemadministratorer, driftspersonell, vil man kunne finne problemer med design av brukergrensesnittet og vurdere funksjonalitet på PC, nettbrett og mobil.

Det oppfordres til videre forskning på hvordan pasientene opplever bruken av den nettbaserte løsningen i eMeistring med et større representativt utvalg, som vil kunne gjøre resultatene mer overførbare. Det kan også være interessant å gjennomføre en evaluering av brukergrensesnittet med et representativt utvalg for å se på brukervennligheten i løsningen på alle arbeidsflater.



## 8.0 Prosess/ og produktevaluering

Arbeidet med dette prosjektet har vært preget av et samfunn som har vært gjennom en pandemi. Grunnet smittevernsrestriksjoner har gruppen ikke hatt fysiske møter gjennom hele perioden. Til tross for dette har gruppen kommet seg gjennom med ukentlige møter på teams, og tett samarbeid. For å styrke oppgaven har det blitt lagt til rette for at alle gruppemedlemmene har kunnet delta på alle møtene. Dette for å kunne diskutere og reflektere i felleskap. Gruppen har også fått raske og gode svar og konkret hjelp av veileder.

I en normal situasjon uten pandemi ville det også kunne vært lettere med rekruttering av informanter, dersom det hadde latt seg gjøre med fysiske møter og reiser innenlands. Gruppen ser det positivt at det ble gjennomført en heuristisk vurdering av løsningen før møtet med informantene. Dette har økt for forståelsen, og gjort at vi har hatt forståelse av svarene til informantene. Videre har prosjektgruppen kunne benytte seg av undervisningen vi har fått i løpet av studiet, og brukt kompetansen som er tillært.

Ved å se på funnene fra den heuristiske evalueringen, pasientenes erfaringer, og forslag til forbedringer kan dette tas med i en eventuell oppgradering av den nettbaserte løsningen til eMeistring.

## Litteraturliste

- Abelein, U. & Paech, B. (2015). Understanding the influence of user participation and involvement on system success—a systematic mapping study. *Empirical Software Engineering*, 20(1), 28-81.  
[https://www.researchgate.net/publication/259634664\\_Understanding\\_the\\_Influence\\_of\\_User\\_Participation\\_and\\_Involvement\\_on\\_System\\_Success\\_-\\_a\\_Systematic\\_Mapping\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/259634664_Understanding_the_Influence_of_User_Participation_and_Involvement_on_System_Success_-_a_Systematic_Mapping_Study)
- Andrews, G. & Williams, A. (2015). Up-scaling clinician assisted internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression: A model for dissemination into primary care. *Clinical psychology review*, 41, 40-8 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.006>
- Aanestad, M. (2012). IKT: Et utfordrende redskap. I H. O. Melberg & L. E. Kjeksrud (Red.), *Fremtidens Helse Norge* (s.169-185). Bergen: Fagboklaget.
- Bahus, M. K. (2021, 27. mars). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Store norske leksikon [https://snl.no/brukermedvirkning\\_i\\_helsetjenesten](https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten)
- Ballantine, J., Bonner, M., Levy, M., Martin, A., Munro, I., & Powell, P. (1996). The 3-D model of information systems success: The search for the dependent variable continues. *Information Resource Management Journal*, 9(4), 5–14. [https://www.researchgate.net/publication/259934555\\_The\\_3-D\\_Model\\_of\\_Information\\_Systems\\_Success\\_The\\_Search\\_for\\_the\\_Dependent\\_Variable\\_Continues](https://www.researchgate.net/publication/259934555_The_3-D_Model_of_Information_Systems_Success_The_Search_for_the_Dependent_Variable_Continues)
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Baylis R, Ekdahl J, Haines H, Rubertsson C. Women's experiences of internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Fear of Birth. *Women Birth*. 2020 May;33(3):e227-e233. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.006>
- Beiwinkel, T., Telle, N., Siegmund-Schultze, E., Rössler, W & Eißing, T. (2017) Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: Randomized Controlled Trial . *Journal of medical Internet research*, 2017-06-15, Vol.19 (6), p.e213-e213 <https://www.jmir.org/2017/6/e213>

- Benyon, D. (2014). *Designing interactive systems : a comprehensive guide to HCI and interaction design*. Pearson: London.
- Berg, M. (2001). Implementing information systems in health care organizations: Myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 143-156.  
[https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(01\)00200-3](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(01)00200-3)
- Berge, T. & Repål, A. (2012), Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 49, nummer 1, 2012, s. 49-58  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/01/veiledet-selvhjelp-ved-depresjon>
- Berman, R., Iris, M., Bode, R., & Drengenberg, C. (2009). The effectiveness of an online mind-body intervention for older adults with chronic pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 10 1, 68-79  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.07.006>
- Bjørvik, E (2007) "Jeg sitter i et hus hvor alle vegger vender mot syd". Telefonintervju som kvalitativ metode i kulturvitenskap. *Tidsskrift for kulturforskning*. ISSN 1502-7473. <http://ojs.novus.no/index.php/TFK/article/viewFile/512/507>
- Brame, C. J. (2016). Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. *CBE Life Sci Educ*.  
<https://doi.org/10.1187/cbe.16-03-0125>
- Bygstad, B. (2015). *The coming of lightweight IT. Proceedings of the ECIS*. Münster, Germany.
- Bygstad, B., Hanseth, O., & Truong Le, D. (2015) "From IT Silos to Integrated Solutions. A Study in E-Health Complexity" ECIS 2015 Completed Research Papers. Paper 23. [https://aisel.aisnet.org/ecis2015\\_cr/23/](https://aisel.aisnet.org/ecis2015_cr/23/)
- Coiera, E. (2015). *Guide to health informatics* (3rd ed.). Boca Raton, Fla: CRC Press.
- Dalen, M. (2013) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2 utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- De Jong, C., Ros, W., Schrijvers, G., (2014) The Effects on Health Behavior and Health Outcomes of Internet-Based Asynchronous Communication Between Health Providers and Patients With a Chronic Condition: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2014;16(1):e19 <https://www.jmir.org/2014/1/e19>

- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (1992). Information systems success: the quest for the dependent variable. *Information systems research*, 3(1), 60-95.  
<https://www.researchgate.net/publication/220079763> Information Systems Success The Quest for the Dependent Variable
- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. *Journal of management information systems*, 19(4), 9-30. <https://www.researchgate.net/publication/220591866> The DeLone and McLean Model of Information Systems Success A Ten-Year Update
- Delone & Mcleans IS suksessmodell fra 1992. [https://is.theorizeit.org/wiki/Delone\\_and\\_McL\\_ean\\_IS\\_success\\_model](https://is.theorizeit.org/wiki/Delone_and_McL_ean_IS_success_model)
- Direktoratet for ehelse. (2020, 08. Juni). *Utviklingstrekk 2020 Drivere og trender for e-helseutviklingen*. Rapport: Utviklingstrekk 2020  
<https://ehelse.no/publikasjoner/rapport-utviklingstrekk-2020>
- Direktoratet for ehelse. (2019). *Plan for e-helse 2019-2022*. Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 18. Desember). *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025*. Veikart for nasjonale e-helseløsninger  
<https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger>
- Earley, C., Joyce, C., McElvaney, J., Richards, D., & Timulak, L. (2017). Preventing depression: Qualitatively examining the benefits of depression-focused iCBT for participants who do not meet clinical thresholds. *Internet interventions*, 9, 82–87.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.07.003>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Folkehelseinstituttet. (2018), *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering*. Rapport - Metodevurdering.  
<https://fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--enfullstendig-/>

- Folker, A., Mathiasen, K., Mørk Lauridsen, S., Stenderup, E., Dozeman, E., Folker, M. (2018) Implementing internet-delivered cognitive behavior therapy for common mental health disorders: A comparative case study of implementation challenges perceived by therapists and managers in five European internet services. *Internet Interventions* Volume 11, side 60-70,ISSN 2214-7829, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.001>
- Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger. (2013). *Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger* (FOR-2013-06-21-732). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-06-21-732>
- Forskningsrådet. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds og omsorgstjenestene*. Forskningsrådet. <https://www.forskningsradet.no/contentassets/648682087bb5457295d9923519d48f15/digitaliseringens-konsekvenser-for-samhandlingen-og-kvaliteten-pa-helse--velferds-og-omsorgstjenestene.pdf>
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Labrecque, M., Car, J., Pagliari, C., Pluye, P., Frémont, P., Gagnon, J., Tremblay, N., og Légaré, F. (2010). Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. *J Med Syst* **36**, 241–277 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9473-4>
- Gonzalez-Holland, E., Whitmer, D., Moralez, L., & Mouloua, M. (2017). Examination of the Use of Nielsen's 10 Usability Heuristics & Outlooks for the Future. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 61(1), 1472–1475. <https://doi.org/10.1177/1541931213601853>
- Gratzer, D., Khalid-Khan, F., & Balasingham, S.(2018). The Internet and CBT: A New Clinical Application of an Effective Therapy. *Intechopen* [https://www.researchgate.net/publication/324099938\\_The\\_Internet\\_and\\_CBT\\_A\\_New\\_Clinical\\_Application\\_of\\_an\\_Effective\\_Therapy](https://www.researchgate.net/publication/324099938_The_Internet_and_CBT_A_New_Clinical_Application_of_an_Effective_Therapy)
- Grønmo, S. (2021, 25. april). *Bias i forskning*. Store norske leksikon. [https://snl.no/bias\\_i\\_forskning](https://snl.no/bias_i_forskning)
- Hadjistavropoulos, H. D., Faller, Y. N., Klatt, A., Nugent, M. N., Dear, B. F., & Titov, N. (2018). Patient Perspectives on Strengths and Challenges of Therapist-Assisted Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy: Using the Patient Voice to Improve

- Care. *Community mental health journal*, 54(7), 944–950.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-018-0286-0>
- Halvorsen, P. (2020) Emeistring for alle penga. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.  
<https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/03/emestring-alle-penga>
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet (2018) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Tema  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2019). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2020 (ISF-regelverket)*.  
Innsatsstyrt finansiering (ISF) - regelverk.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Hem, M. H., Heggen, K., Ruyter, K., (2007) Questionable Requirement for Consent in Observational Research in Psychiatry. *Nursing Ethics*. 14(1):41-53.  
<https://doi.org/10.1177/0969733007071357>
- Hill, C., Creswell, C., Vigerland, S., Nauta, M. H., March, S., Donovan, C., Wolters, L., Spence, S. H., Martin, J. L., Wozney, L., McLellan, L., Kreuze, L., Gould, K, Jolstedt, M., Nord, M., Hudson, J. L., Utens, E., Ruwaard, J., Albers, C., Kendall, P. C. (2018). Navigating the development and dissemination of internet cognitive behavioral

- therapy (iCBT) for anxiety disorders in children and young people: A consensus statement with recommendations from the #iCBTLorentz Workshop Group. *Internet Interventions : the Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health*, 12, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.002>
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *SAGE journals*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Igelström, H., Hauffman, A., Alfonsson, S., Sjöström, J., Cajander, Å., & Johansson, B. (2020). User Experiences of an Internet-Based Stepped-Care Intervention for Individuals With Cancer and Concurrent Symptoms of Anxiety or Depression (the U-CARE AdultCan Trial): Qualitative Study. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e16604. <https://doi.org/10.2196/16604>
- Innomed, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge & Sintef (2011) Behovsdrevet innovasjon: 10 steg til innovasjon i helsetjenesten. [https://innomed.no/sites/default/files/2020-06/10\\_steg\\_til\\_innovasjon\\_i\\_helsesektoren\\_1.pdf](https://innomed.no/sites/default/files/2020-06/10_steg_til_innovasjon_i_helsesektoren_1.pdf)
- ISO (2018) Ergonomics of human-system interaction — Part 11: Usability: Definitions and concepts. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-11:en>
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jakobsen, H., Andersson, G., Havik, O. E., & Nordgreen, T. (2017). Guided Internet-based cognitive behavioral therapy for mild and moderate depression: A benchmarking study. *Internet Interventions : the Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health*, 7(C), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.11.002>
- Johannessen A, Tufte, P. A. & Christoffersen L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. Utg) Oslo: Abstrakt forlag AS
- Goodwin, J., Cummins, J., Behan, L., & O'Brien, S., (2016) Development of a mental health smartphone app: perspectives of mental health service users, *Journal of Mental Health*, 25:5, 434-440, DOI: 10.3109/09638237.2015.1124392

- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *Current Journal of Applied Science and Technology*, 7(4), 396-403. <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/14975>
- Kvale, S (2006) *Det kvalitative forskningsintervju*. (1 utg) Oslo: Gyldendal
- Lid, I. M (2021, 25 april) *Universell utforming*. Store norske leksikon [https://snl.no/universell\\_utforming](https://snl.no/universell_utforming)
- Liseter, I. M. (2021, 25. april). *W3C*. Store norske leksikon. <https://snl.no/W3C>
- Malt, U. (2021, 25 april) *Distriktpsikiatrisk senter*. Store norske leksikon. [https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk\\_senter](https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk_senter)
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Meld. St. 7 (2019–2020) - Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Meld. St. 29 (2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Mehta, S., Hadjistavropoulos, H. D., Earis, D., Titov, N., & Dear, B. F. (2019). Patient perspectives of Internet-delivered cognitive behavior therapy for psychosocial issues post spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 64(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/rep0000276>
- Melby, L., Sand, K., Midtgård, T. M., Toussaint, P., Karlstrøm, H., & Norges forskningsråd. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene : kunnskapsnotat*. Forskningsrådet.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J., (2010) Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *Br J Clin Psychol*. 2010 Nov;49(Pt 4):455-71. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>.
- Net2Change. (2017, 09.04). Leavitt –Organisationsanalyse model. Hentet fra: <https://net2change.dk/leavitt-organisationsanalyse-model/>



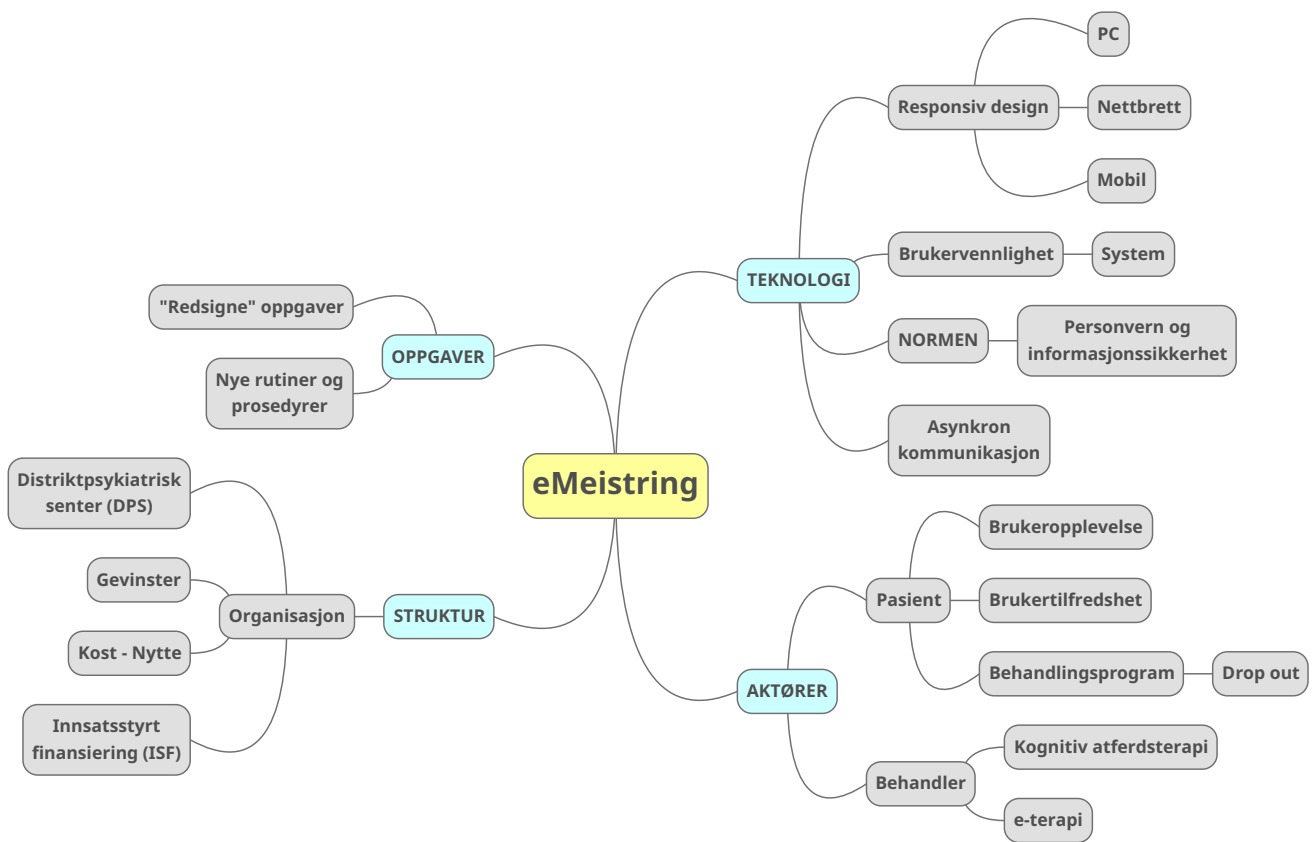
- Nguyen, H. T., Eikebrokk, T. R., Moe, C. E., Tapanainen, T., & Dao, T. K. (2016). Exploring health information technology implementation success factors: a comparative investigation in Nordic countries. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 15(4), 326-351
- Nielsen, J (1994) How to Conduct a Heuristic Evaluation. Hentet 28.12.2020 fra <http://www.nngroup.com/articles/how-to-conduct-a-heuristic-evaluation/>
- Nielsen, J. (2012). Usability 101: Introduction to Usability. Hentet fra <https://www.nngroup.com/articles/usability-101-introduction-to-usability/>
- Nielsen, J. (1994). 10 usability heuristics for user interface design. Nielsen Norman Group, 1(1). Hentet 22.11.2020 fra <https://www.nngroup.com/articles/ten-usability-heuristics/>
- Nielsen J., & Molich, R.. (1990) Heuristic evaluation of user interfaces. In Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '90). *Association for Computing Machinery*, New York, NY, USA, 249–256. DOI: <https://doi.org/10.1145/97243.97281>
- Nijland, Nicol & Gemert-Pijnen, Julia & Kelders, Saskia & Brandenburg, Bart & Seydel, Erwin. (2011). Factors Influencing the Use of a Web-Based Application for Supporting the Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes: A Longitudinal Study. *Journal of medical Internet research*. 13. e71. 10.2196/jmir.1603.
- Nordgreen, T. & Repål, A. (2019) Veiledet Internettbehandling – Digital verktøy for psykisk helsehjelp. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordgreen, T., Sætre, G. E., Spjeld S., H., Gulbransen, H., L., & Bruvik, K., H., (2020). *Bak skjermen*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 4, 2020, side 286-291. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2020/04/bak-skjermen>
- Norsk forening for kognitiv terapi. (u.å) Kognitiv terapi. Hentet 4. mai 2021 fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- Olsen, A. K. (2019). Kan rulle ut internettbehandling av angst og depresjon (Fotografi). *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/01/31/vil-rulle-ut-internettbehandling-av-angst-og-depresjon/>

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, M. K., Mohammadi, R., Mathiasen, K., & Elmose, M. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy for anxiety in an outpatient specialized care setting: A qualitative study of the patients' experience of the therapy. *Scandinavian journal of psychology*, 61(6), 846–854. <https://doi.org/10.1111/sjop.12665>
- Polit, D., & Beck, C.,  
(2017) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. US A:Lippincott Williams and Wilkins
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Radomski A, Wozney L, McGrath P, Huguet A, Hartling L, Dyson M, Bennett K, Newton A (2019) Design and Delivery Features That May Improve the Use of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Anxiety: A Realist Literature Synthesis With a Persuasive Systems Design Perspective: *J Med Internet Res* 2019;21(2):e11128 DOI: 10.2196/11128
- Richardson, R., Richards, D. A. & Barkham, M. (2008). Self-help books for people with depression: A scoping review. *Journal of Mental Health*, 17, 543–552. <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/abs/selfhelp-books-for-people-with-depression-the-role-of-the-therapeutic-relationship/77AD089F667A56F475C4138FF7032895>
- Rubin, J., & Chisnell, D. (2008). *Handbook of usability testing : how to plan, design, and conduct effective tests* (2nd ed.). Wiley Pub. USA
- Rådet for psykisk helse. (2019). *Depresjon*. Rådet for psykisk helse: <https://psykiskhelse.no/depresjon>
- Scott, K. (2016). Usability Heuristics for Bots (Figur) Chatbox magazine. <https://chatbotsmagazine.com/usability-heuristics-for-bots-7075132d2c92>
- Seddon, Peter B. (1997). A Respecification and Extension of the DeLone and McLean Model of IS Success. *Information Systems Research*, 8(3), 240–253. <https://doi.org/10.1287/isre.8.3.240>

- Seddon, Peter, & Kiew, Min-Yen. (1996). A Partial Test and Development of Delone and Mclean's Model of IS Success. *AJIS. Australasian Journal of Information Systems*, 4(1). <https://doi.org/10.3127/ajis.v4i1.379>
- Silfvernagel, K., Westlinder, A., Andersson, S., Bergman, K., Diaz Hernandez, R., Fallhagen, L., Lundqvist, I., Masri, N., Viberg, L., Forsberg, M. L., Lind, M., Berger, T., Carlbring, P., Andersson, G. (2018) Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Cogn Behav Ther.* S. 286-300. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1388276>.
- Sligo, Judith, PhD, Gauld, Robin, Roberts, Vaughan, & Villa, Luis. (2016). *A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. International Journal of Medical Informatics* (Shannon, Ireland), 97, 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>
- Solberg, P. O. (2020) Lærer å hjelpe seg selv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 57, nummer 3, 2020, side 170-172. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/02/laerer-hjelpe-seg-selv>
- Solem, S. & Ulleberg, El. (2017). Internettbasert behandling av depresjon. *Tidsskrift for Den Norsk Legeforening*, nr 1, 2017, 43 - 45. <https://tidsskriftet.no/2017/01/kronikk/internettbasert-behandling-av-depresjon>
- Sykehustalen (2020) Regjeringen <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2020/id2685663/>
- Titov, Dear, Nielssen, Staples, Hadjistavropoulos, Nugent, Adlam, Nordgreen, Bruvik, Hogstad, Hovland, Repål, Mathiasen, Kraepelien, Blom, Svanborg, Lindefors, & Kaldo., (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interventions : the Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health*, 13, 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.006>
- Tilsynet for universell utforming (2020). *Fremtidige regelverk og krav*. Hentet 1. januar 2021: <https://www.uutilsynet.no/webdirektivet-wad/fremtidige-regelverk-og-krav/747>

- Yogarajah, Aravinthan, Kenter, Robin, Lamo, Yngve, Kaldo, Viktor, & Nordgreen, Tine. (2020). Internet-delivered mental health treatment systems in Scandinavia – A usability evaluation. *Internet Interventions : the Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health*, 20, 100314–100314. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100314>
- Van Der Meijden, M. J., Tange, H. J., Troost, J., & Hasman, A. (2003). Determinants of success of inpatient clinical information systems: a literature review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 10(3), 235–243. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1094> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12626373/>
- Van der Vaart, R., van Driel, D., Pronk, K., Paulussen, S., Te Boekhorst, S., Rosmalen, J., & Evers, A. (2019). The Role of Age, Education, and Digital Health Literacy in the Usability of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain: Mixed Methods Study. *JMIR formative research*, 3(4), e12883. <https://doi.org/10.2196/12883>
- Westhagen, H., Faafeng, O., Hoff, K., Kjeldsen, T., & Røine, E. (2008). Prosjektarbeid: Utviklings- og endringskompetanse (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J., & Kong, J. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, Article 356. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1061-9>
- Øverland, S (2014, 3 Januar) Digital psykisk helse. *Aftenposten, Debatt*, <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/JOJaP/digital-psykisk-helse>

# Vedlegg 1



## Vedlegg 2

# Vi trenger dine erfaringer fra bruk av den nettbaserte løsningen til eMeistring.

I forbindelse med en masteroppgave ved Helse- og sosialinformatikk studiet ved Universitetet i Agder, inviterer vi deg til å delta i et intervju. Hensikten med intervjuet er å få kunnskap om dine erfaringer med bruk av den nettbaserte løsningen til eMeistring. Dine erfaringer og innspill vil være viktig, for å forbedre verktøyet for fremtidige brukere. Dette innebærer hvordan du opplever den **tekniske bruken** av skjemaer, hjemmeoppgaver, nettprat m.m. Hva fungerte bra, og hva fungerte ikke bra? **Vi ønsker å snakke med deg, uavhengig om du har gjennomført deler av, eller hele behandlingen.**

På grunn av situasjonen rundt Covid-19, er det mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet per telefon, men her er prosjektgruppen fleksibel om du foretrekker intervjuet ansikt-til-ansikt. All informasjon vil bli anonymisert, og gir ikke mulighet til å identifisere deg som informant.

Dersom du synes dette virker interessant å være med på, kan du lese vedlagte informasjonsskriv. Der får du vite mer om hva det innebærer å delta i prosjektet.

Vi håper å høre fra deg innen februar 2021. Ta kontakt med gruppens kontaktperson for å avtale et passende tidspunkt for intervju.

**Vi tar loddtrekning på seks gavekort pålydende kr. 500.- blant de som deltar.**

Snu arket for kontaktinformasjon →

**Ta kontakt om du vil vite mer.**

Mail: kristg18@uia.no

Mobil: 922 64 816

Med vennlig hilsen,

Hanne Guldbrandsen  
Systemansvarlig, koordinator,  
eMeistring  
Bjørgvin DPS

Prosjektgruppen  
Kristine Grønli  
Andreas Grimsby  
Jan Gunnar Hesthammer

# Vedlegg 3

## Vil du delta i forskningsprosjektet

*”Pasienters erfaringer med bruk av den nettbaserte løsningen til eMeistring hos brukere med depresjon”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om pasienters erfaringer med den nettbaserte løsningen til eMeistring for brukere med depresjon, og identifisere eventuelle behov for utbedringer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Veiledet internettbehandling er relativt nytt i Norge, og det kan se ut som det er forsket lite på det her i landet. eMeistring var de som startet med veiledet internettbehandling her i Norge i 2013. Gjennom en kvalitativ studie ønsker vi i vår masteroppgave å få vite hvordan pasientene opplever bruken av den nettbaserte løsningen til eMeistring hos brukere med depresjon. I tillegg ønsker vi å identifisere eventuelle behov for endringer av den nettbaserte løsningen.

Vi ønsker å belyse følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har pasienter med den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»*

Hensikten med prosjektet er å gjennomføre en brukerevaluering av den nettbaserte løsningen - ikke måle effekter av behandlingen din.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder (UIA), Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Veileder Hege Mari Johnsen, mob. +47 975 15 773, mail: [hege.mari.johnsen@uia.no](mailto:hege.mari.johnsen@uia.no)

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått spørsmål om å delta i denne studien på bakgrunn av at du har sagt deg villig til å være med på forskning i forbindelse med din behandling i eMeistring. Vi ønsker din hjelp for å se på pasientenes synspunkter på den nettbaserte løsningen du har brukt. Utvalget er ca. 15 informanter som har gjennomført Veiledet internettbehandling. Vi har hatt en strategisk utvelgelse på bakgrunn av hvem som har erfaring med den nyeste versjonen av systemet som brukes. I kontakt med eMeistring har vi fått informasjon om at du har samtykket til forskning.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er kvalitativ, og deltakelse innebærer et intervju på ca. 30 minutter. Intervjuet er basert på en intervjuguide, og vil handle om dine erfaringer ved bruk av den nettbaserte løsningen til eMeistring hos brukere med depresjon. I tillegg ønsker vi å høre om det er



ønskelig med endringer i systemet. Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuet som vil bli transkribert og oppbevart etter regler fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Lydfiler og transkripsjon vil bli slettet ved prosjektets slutt/ etter ett år etter at masteroppgaven er levert. Dette for å kunne publisere en eventuell artikkel på temaet i fremtiden.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Tilgang til opplysninger er kun til studenter og veileder ved UIA
- Dataene blir lagret i henhold til retningslinjer ved UIA som ble behandlet i Universitetets forskningsutvalg 15. november 2018 (se: <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaver>)
- Personopplysninger som kan fremkomme i intervjuet anonymiseres ved transkribering
- Lydopptak vil slettes etter endt transkribering
- Du kan lese gjennom eget intervju etter transkribering på forespørsel. Hvis transkripsjonen inneholder opplysninger som du mener er feilaktige og ønsker å få slettet eller korrigert, vil dette bli utført etter ditt ønske
- I studien vil du bli anonymisert og omtalt som informant.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2021. Arbeidet med å skrive en artikkel vil eventuelt skje i etterkant av dette.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved veileder, Hege Mari Johnsen, mob. +47 975 15 773, mail: [hege.mari.johnsen@uia.no](mailto:hege.mari.johnsen@uia.no)
- Student Jan Gunnar Hesthammer mob. 976 50 963, mail: [jghesthammer@outlook.com](mailto:jghesthammer@outlook.com)
- Student Kristine Lund Grønli mob. 922 64 816, mail: [kristinegroenli@gmail.com](mailto:kristinegroenli@gmail.com)
- Student Andreas Grimsby mob. 900 35 773, mail: [andreasgrimsby@hotmail.com](mailto:andreasgrimsby@hotmail.com)
- Personvernombud ved UIA: Ina Danielsen, mail: [ina.danielsen@uia.no](mailto:ina.danielsen@uia.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: [55 58 21 17](tel:55582117).

Med vennlig hilsen

Kristine Grønli, Andreas Grimsby og Jan Gunnar Hesthammer

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst B	Elin Evju Sagbakken	22845502	17.11.2020	201807

**Deres referanse:**

Andreas Grimsby

## 201807 Prosjekt Master, Helse- og sosialinformatikk

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Agder

**Søker:** Andreas Grimsby

### Søkers beskrivelse av formål:

#### *Design, metode og gjennomføring*

*I var oppgave vil vi benytte oss av en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturert intervju via telefon, skype eller ansikt til ansikt, etter informantens ønske. Vart forskningsspørsmål fokuserer på opplevelsen av en gitt elektronisk løsning, og ifølge Laake, Olsen & Benestad (2008) er kvalitativ forskningsmetode den foretrukne veien å gå for å belyse denne typen spørsmål.*

*Vi ønsker å intervju ca. 15 pasienter som har gjennomført veiledet internettbehandling med den nyeste versjonen (3.2.xx) av Checkware. Disse vil bli anonymisert, og vi vil ikke stille spørsmål om helsetilstand.*

*Vi vil få tilgang til en liste med tidligere pasienter som har takket ja til å delta i forskning fra eMeistring via en sikker forskningsserver som et av våre gruppemedlemmer får tilgang til. Fra den listen vil vi velge ut personer som vi skal ringe. For å få et mest mulig representativt utvalg vil vi gjøre vurderinger på hvem vi skal ringe ut ifra aldersvariasjon og kjønnsfordeling. Informantene som ønsker å delta vil få informasjonsbrev i epost eller brev etter hva de ønsker. Vi tolker det at de ønsker å stille opp på intervju som at de godkjenner å delta i studien. Informantene vil informeres om taushetsplikten og om muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen. Det vil bli brukt lydopptak med bandopptaker under intervjuene, og disse vil bli slettet umiddelbart etter transkribering. Det transkriberte innholdet vil kunne bli brukt til å skrive en artikkel, og vil bli slettet 6 måneder etter oppgaven er levert.*

#### *Foreløpig problemstilling:*

*«Hvilke erfaringer har pasienter med det digitale verktøyet som benyttes i veiledet internettbehandling av depresjon? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»*

#### *Etiske overveielser*

*Pasientene anonymiseres i prosjektet, og den eneste informasjonene som omhandler pasientens person er alder beskrevet i tiar og kjønn. Vi ønsker ikke informasjon om pasientens helsetilstand, kun erfaringer med det digitale verktøyet i eMeistring.*

*Pasientene vi skal intervjuer er juridisk samtykkekompetente, men er fortsatt en sårbar gruppe som kan være utsatt for stigmatisering og diskriminering. For individer i de sårbare gruppene er det mulig å tilrettelegge rekruttering, informasjon og deltakelse på mater som kan forbedre og heve kvaliteten på samhandlingen mellom pasient og forsker. Samtykke til å delta i en studie bør innebære en prosess som innbyr til delaktighet i den grad det er mulig å få til, ikke som en skriftlig engangshendelse. Denne maten å vurdere*

*samtykke på plasserer ansvaret hos forsker og gjør krav på at forskere må utvise kvalifisert skjønn (Hem, Heggen, Ruyter, 2007). I vår studie har pasientene blitt forespurt av eMeistring om å delta i forskning. Pasientene kan ha endret mening, og det må forsikres om at pasienten fortsatt ønsker å delta. I vår første kontakt med pasienten vil det informeres om studien og pasienten får spørsmål om det fortsatt er aktuelt å delta i forskning. Det vil så settes av tid i nær framtid for et intervju der pasienten får tid til å trekke seg fra studien hvis hun/han endrer mening. Når vi tar kontakt for intervjuet så kan pasienten la være å svare på telefonen, eller gi beskjed om at det ikke er ønskelig å delta i studien likevel.*

*Pasientene i denne studien vil da til sammen ha fått tre forespørsler om å delta, som forhøpentligvis gir pasienten tid til å reflektere om man faktisk ønsker å delta eller ikke. På bakgrunn av at dette er pasienter som ønsker å bidra til forskning, og at vi ikke kommer til å bruke spørsmål som omhandler personopplysninger anser vi det som lite sannsynlig at studien vil påføre pasienten psykososiale belastninger.*

## **REKs vurdering**

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 29.10.2020 for prosjekt «Prosjekt Master, Helse- og sosialinformatikk».

Fremleggingsvurderingen er vurdert av leder i REK sør-øst B.

Slik prosjektet og dets formål vurderes, basert på de opplysninger som fremkommer av framleggingsvurderingen, fokuserer det på deltakernes opplevelse av en gitt elektronisk løsning, og ifølge Laake, Olsen & Benestad (2008) er kvalitativ forskningsmetode den foretrukne veien å gå for å belyse denne typen spørsmål.

Planen er intervju ca. 15 pasienter som har gjennomført veiledet internettbehandling med den nyeste versjonen av Checkware. Disse vil bli anonymisert, og det vil ikke bli stilt spørsmål om helsetilstand.

For å få et mest mulig representativt utvalg vil man gjøre vurderinger mht. hvem som skal ringes ut ifra aldersvariasjon og kjønnsfordeling. Det vil bli brukt lydopptak med bandopptaker under intervjuene, og disse vil bli slettet umiddelbart etter transkribering.

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven da formålet er å kartlegge deltakernes egne opplevelser av en gitt elektronisk løsning.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

## **Vedtak**

Ikke fremleggspliktig

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <https://rekportalen.no>.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Elin Evju Sagbakken  
Seniorrådgiver og komitesekretær,  
REK sør-øst B

Andreas Grimsby

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 17/12/2020

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Pasientenes erfaringer med det digitale verktøyet i veiledet internettbehandling**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -

[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Pasientenes erfaringer med det digitale verktøyet i veiledet internettbehandling

### Referansenummer

123139

### Registrert

23.11.2020 av Andreas Grimsby - andrg13@student.uia.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hege Mari Johnsen, hege-mari.johnsen@uia.no, tlf: 97515773

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Andreas Grimsby, andreasgrimsby@hotmail.com, tlf: 90035773

### Prosjektperiode

27.08.2020 - 10.06.2021

### Status

14.12.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 14.12.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 14.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



# Vedlegg 7

# Aa 5.16AA

Contrast is the difference in luminance or color that makes an object (or its representation in an image or display) distinguishable. In visual perception of the real world, contrast is determined by the difference in the color and brightness of the object and other objects within the same field of view.

Text

#006492

Hue 199°

Saturation 1

Lightness 0.29

Background

#d8e8f0

Hue 200°

Saturation 0.44

Lightness 0.89

Reverse Random

# Aa 2.15Fail

Contrast is the difference in luminance or color that makes an object (or its representation in an image or display) distinguishable. In visual perception of the real world, contrast is determined by the difference in the color and brightness of the object and other objects within the same field of view.

Text

#00bae2

Hue 191°

Saturation 1

Lightness 0.44

Merk! Tekst her indikerer farge på IKON

Background

#f4f8fa

Hue 200°

Saturation 0.37

Lightness 0.97

# Aa 1.83Fail

Contrast is the difference in luminance or color that makes an object (or its representation in an image or display) distinguishable. In visual perception of the real world, contrast is determined by the difference in the color and brightness of the object and other objects within the same field of view.

Text

#00bae2

Hue 191°

Saturation 1

Lightness 0.44

Background

#d8e8f0

Hue 200°

Saturation 0.44

Lightness 0.89

Merk! Tekst her indikerer farge på IKON

# Vedlegg 8

## Problemformuleringslogg

Dato	Problemformulering	Hypotese/antakelse	Metode	Hvorfor ikke?
10.06.2020	Hvilken erfaring har pasientene med den digitale løsningen i veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Bør velge en pasientgruppe som har hatt samme programtype. For eksempel depresjonsprogram
20.08.20	Hva tenker pasienter med depresjon om den digitale løsningen i veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Vi ønsker å omformulere problemstillingen for å beskrive at vi at pasientene skal ha gjennomført depresjonsprogrammet.
23.08.20	«Hvilke erfaringer har pasienter som har deltatt i depresjonsprogrammet med den digitale løsningen i veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Fjerner “den digitale løsningen” fordi det er litt dobbelt opp med veiledet internettbehandling
06.09.20	«Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av veiledet internettbehandling for depresjon? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?»	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Fjerner depresjon fordi programmene ser helt like ut.
06.09.20	Hvilken erfaring har pasientene med den digitale løsningen i veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Vurderer å fjerne den digitale løsningen, erstatte med noe annet
06.09.20	Hvilken erfaring har pasientene med den digitale plattformen i veiledet internettbehandling? Og hvilke	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	

	forslag til eventuelle endringer har de?			
09.09.20	Hvilke erfaringer har pasienter innen psykisk helsevern med den digitale helsetjenesten veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	
09.09.20	Hvilke erfaringer har pasienter behandlet for depresjon, med den digitale helsetjenesten veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	
09.09.20	Hvilke erfaringer har pasienter innen psykisk helsevern med den digitale selvhjelp løsningen veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	
09.09.20	Hvilken erfaring har pasientene med den tekniske løsningen i veiledet internettbehandling? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	
13.09.20	Hvilken erfaring har pasientene med det digitale verktøyet i veiledet internettbehandling? Og hvilke	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Det er behandlingsform på internett, vi har derfor valgt å bruke ordlyden «nettbasert løsning» fremfor digitalt verktøy.

	forslag til eventuelle endringer har de?			
11.01.21	Hvilken erfaring har pasientene med den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon? Og hvilke eventuelle forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Tips om å ta med ordet "bruk" i problemstillingen fra veileder
28.01.21	Hvilken erfaring har pasientene med bruk av den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon? Og hvilke eventuelle forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	Ønsker å presisere at det er eMeistring vi ser nærmere på
29.01.21	Hvilke erfaringer har pasienter med bruk av den nettbaserte løsningen som benyttes i behandling av depresjon i eMeistring? Og hvilke forslag til eventuelle endringer har de?	Den digitale løsningen er ikke brukervennlig for pasientene	Kvalitativ metode	<b>Endelig problemstilling</b>

# Vedlegg 9

## Intervjuguide

### Introduksjonsspørsmål

- Alder:
- Hvilken enhet har du gjennomført behandlingen på?
- Hvor mye erfaring hadde du med pc/mobil/nettbrett før du startet behandlingen? (Lite, passe, mye)
- Hvor mye av behandlingen gjennomførte du? (kanskje vi får de som har gjennomført alt)

### Bruk/intensjon om bruk

**Kan du fortelle om hvordan du brukte datasystemet i forbindelse med Veiledet internettbehandling?**

### Sjekkliste

- Hvor mye brukte du verktøyet i behandlingen? (en dag i uken, flere dager i uken, hele uken)
- Fikk du instruksjoner på hvor mye du skulle bruke verktøyet?
- Ble det slik, eller brukte du det mer eller mindre?
- Hvis mindre, er det noen grunn til at du ikke har brukt det så mye som du hadde tenkt?
- Hvor mye tid brukte du på å kommunisere med behandler per uke? (Daglig, ukentlig?)

## Systemkvalitet

- **Hvordan opplevde du å bruke verktøyet?**
- Var det lett eller vanskelig?
- Hvis vanskelig; Var det deler eller hele verktøyet som var vanskelig? Hvilke deler?
- Hvordan opplevde du det var det å logge inn på eMeistring sitt behandlingsprogram?
- Kan du beskrive ditt førsteinntrykk etter at du hadde logget deg inn på eMeistring?
- Hva tenkte du om utseende/designet?
- Har du noen tips til hvordan dette kunne vært bedre?

## Sjekkliste

- I hvilken grad opplevde du at verktøyet hjalp deg til å få en oversikt over hvor langt du hadde kommet i behandlingen?
  - Når du jobbet med din behandling, og du avsluttet for dagen. Hvordan var det å starte opp igjen i den digitale behandlingen dagen etter?
- Fikk du instruksjoner i verktøyet som gjorde det enklere å bruke?
- Hvordan opplevde du det å skrive meldinger i systemet?
- Hvordan var det å finne frem (navigere) i verktøyet?
- Hvordan var det å fylle ut hjemmeoppgaver/arbeidsoppgaver/symptomskjema?
- Hvordan synes du måten dere utveksler informasjon på fungerer?
- Opplevde du eventuelle problemer med tilgang til systemet? Hvis ja, hvilke?
- Opplevde du eventuelle tekniske problemer underveis? Hvis ja, hvilke?
- Var det noen funksjoner du ikke brukte?
- Hvordan var tilgangen til hjelp i verktøyet hvis du sto fast i noe?
- Er det noe som kunne gjort det enklere for deg å bruke verktøyet? Hvis ja, begrunn.
- Vurderte du å avslutte behandlingen fordi systemet var vanskelig å bruke? Hvis ja, begrunn.

## Informasjonskvalitet

### **I verktøyet får du informasjon presentert i form av tekst, bilder og lyd. Hvordan opplevde du dette?**

#### Sjekkliste

- Opplevde du at det var et komplisert språk eller var det lett å forstå?
- Synes du innholdet var tilpasset til egen tilstand/erfaring?
- Hvordan var det å finne informasjon om det man lurte på?
  - Var det noe du savnet? Hvis ja, forklar.
- Fikk du gitt den informasjonen du hadde behov for til behandler? Kan du utdype
- Er det lett å finne tilbake til informasjon som er gitt eller mottatt?
- Hva synes du om de gule lappene?
- Har du forslag til eventuelle endringer/forbedringer til hvordan innholdet kunne bli formidlet?
- Noe du ville hatt mindre/mer av?

## Servicekvalitet

- **Hvilken opplæring fikk du før du tok i bruk verktøyet?**
  - Hadde du opplæringsmaterieil tilgjengelig?
- Var det tilstrekkelig opplæring eller kunne du tenkt deg mer?
  - Kunne du tenke deg å få opplæring på en annen måte? Hvis ja, kan du forklare nærmere

#### Sjekkliste

- Hvordan var det å lære seg systemet?
- Hadde du tilgang til hjelp teknisk assistanse, visste du hvor du kunne henvende deg?
- Hvordan opplevde du tidsperspektivet på meldingsutveksling? For lang tid eller passe tid før man fikk svar?
- Har du forslag til hvordan man kan gjøre opplæringen bedre?

## Brukertilfredshet

- **Hva var du fornøyd med? Hva tenker du er fordelene ved eMeistring?**
- **Hva var du mindre fornøyd med? Tenker du at det finnes noen ulemper ved eMeistring?**

## Sjekkliste

- Hva tenker du kan bli bedre?
- Hvordan opplevde du å gjennomføre behandlingen på pc/mobil/nettbrett?
- Hva tenker du om å bruke et slikt verktøy i behandlingen?
- Tidsbruk i dagliglivet, eMeistring i stedet for å måtte ta fri fra jobb/skole for å dra til DPS
- Andre aspekter som pasienten synes, er positive eller negative

## Nytteverdi

- Hva tenker du om å bruke et slikt verktøy i behandlingen?
- Hvordan opplevde du at dette påvirket din hverdag?
- Opplevde verktøyet i eMeistring har gitt deg økt kunnskap om din sykdom?
- Opplevde du at verktøyet har bidratt til at du håndterer din sykdom bedre enn tidligere?
  - Hvorfor/hvorfor ikke?