

Velferdsteknologi i koronaens tid – Starten på et nytt helsevesen?

Stian Wold Jakobsen

VEILEDER

Santiago Gil Martinez

Universitetet i Agder, 2021

Fakultet for Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Master

Forord

Denne masteroppgaven er det avsluttende prosjektet på det treårige masterprogrammet Helse- og sosialinformatikk ved UiA Grimstad. Tilblivelsen av denne oppgaven har, av ulike årsaker, vært en lengre prosess enn det jeg på forhånd hadde sett for meg. Likevel har arbeidet med denne oppgaven vært svært lærerikt.

Hensikten med oppgaven var å se nærmere på hvordan velferdsteknologi ble benyttet innen psykisk helsevern i Norge i dag, samt hva slags forhold helsepersonell har til velferdsteknologi. I tillegg ønsket jeg å se nærmere på hvilke faktorer som må ligge til rette for å sikre god implementering av denne teknologien. Inspirasjonen til oppgaven fikk jeg da jeg spurt om å være «superbruker» ved innføring av et nytt elektronisk kurvesystem på SSHF. Gjennom denne oppgaven har jeg kommet litt nærmere implementeringsprosesser og bruk av IKT innad i helsevesenet.

Jeg vil først og fremst takke min veileder Santiago Gil Martinez. Dette har som sagt vært en lang prosess for meg, men Santiago har vært der hele veien for å støtte meg, og komme med gode tilbakemeldinger. Denne oppgaven ville ikke blitt fullført uten han.

I tillegg ønsker jeg å rette en takk til informantene i denne oppgaven, som satt av tid til å besvare min spørreundersøkelse.

Kristiansand, oktober 2021

Stian W. Jakobsen

Sammendrag

Jeg jobber i helsevesenet og har i de siste årene fått mer ansvar når det gjelder IKT på arbeidsplassen. I den forbindelse ønsket jeg å se nærmere på bruken av velferdsteknologiske verktøy innen psykisk helsevern i Norge. Hvilke tilbud finnes, og hvor effektive er disse? Dette er noen av spørsmålene jeg ønsket å besvare i løpet av denne oppgaven. Jeg tok derfor utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi, og hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?

Hensikten med prosjektet er å undersøke hva som må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern, og se nærmere på hva slags forhold helsepersonell har til bruk av teknologi i deres arbeidshverdag. I tillegg ønsket jeg, basert på egne erfaringer, å se på hva som må til for at ny teknologi skal kunne implementeres på en best mulig måte.

For å besvare disse spørsmålene benyttet jeg en kvantitativ spørreundersøkelse som jeg konstruerte etter teknologiakseptansmodell 3. Utvalget bestod av ansatte ved en psykiatrisk avdeling ved SSHF. Resultatene viser at Norge allerede er i gang med å øke bruken av velferdsteknologiske løsninger, men at implementeringsprosessen som har blitt benyttet før bør utvikles til å omfatte mer fokus på samskaping.

Konklusjonen i denne oppgaven er at det finnes en del velferdsteknologiske løsninger i Norge i dag, men at behovet for hjelp overskrider tilbudet og det er derfor behov for flere.

Nøkkelord: velferdsteknologi, digitalisering, implementering, samskaping, modernisering.

Abstract

I work in the healthcare sector in Norway and have in the recent years been given more responsibilities regarding the use and implementations of welfare technology. With that in mind I wanted to get a better understanding of the use of welfare technology in Norway. What is needed to increase the use of welfare technology in Norway, and what do healthcare workers think of this technology? In addition, I wanted to take a closer look at which factors must be in place to insure a good implementation process. Based on that my thesis is as follows:

What is needed to increase the use of welfare technology? What do healthcare workers think of this technology? And which factors must be in place to insure a good implementation process?

To answer these questions, I made a quantitative survey based on the technology acceptance model 3. My survey group consisted of employees from a psychiatric ward located at the hospital in Kristiansand. The result of this thesis shows that Norway is well on its way to increase the use of welfare technology. To achieve this goal however, the current implementation process is in need of an adjustment. There is a need for a heavier influence of co-creation to insure a better process.

The conclusion to this thesis is that there is a variety of treatments being offered that is based on welfare technology. However the demand for treatment well outweighs the treatments being offered, and there is therefore a demand for more welfare technology. Key phrases: welfare technology, digitalizing, implementation, co-creation, modernizing.

Innhold

1.0	Introduksjon	7
1.1	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
2.0	Problemanalyse	11
2.1	Bakgrunn	11
2.2	Velferdsteknologi i Norge.....	12
2.3	Kan internettbasert behandling være et reelt alternativ?	14
2.4	Finnes det ulemper?.....	15
2.6	Implementering og kravspesifikasjon.....	17
2.7	Valg av teoretisk rammeverk.....	21
2.7.1	Teorien om planlagt atferd og teknologiakseptansemodellen (TAM)	21
2.7.2	TAM2	24
2.7.3	Unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT).....	25
2.7.4	TAM3	27
2.7.5	Begrunnelse for valg av teknologiakseptansemodell.....	30
3.0	Metode	30
3.1	Innledning.....	30
3.2	Valg av forskningsmetode	30
3.2.1	Kort om kvantitativ metode	32
3.2.1.1	Datainnsamling.....	33
3.2.1.2	Dataanalyse	33
3.2.1.3	Reliabilitet.....	34
3.2.1.4	Generalisering	34
3.2.1.5	Validitet	35
3.3	Utforming av spørreskjema.....	35
3.4	Utsending av spørreskjema	35
3.5	Bakgrunn for valg av design og informanter	36
3.6	Vedrørende samtykke og godkjenning fra NSD og FEK.....	36
3.8	Feilkilder	36
4.0	Resultater og analyse	37
4.1	Bakgrunnsvariabler.....	37
4.2	Resultater fra spørreundersøkelse.....	42
4.2.1	Determinants for perceived usefulness (avgjørende faktorer for antatt nytteverdi)	42
4.2.2	Anchoring (forankring)	46
4.2.3	Oppsummering.....	48
5.0	Drøfting.....	50

5.1 Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi?	50
5.2 Hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?	58
6.0 Konklusjon	62
7.0 Kildeliste	65

1.0 Introduksjon

I fremtiden vil man kan kunne definere verdenshistorien som "før og etter coronaen". Året 2020 vil for alltid fremstå som et år hvor verden slik vi kjente den ble forandret for alltid. Fra å være et nyopplaget virus i en by på andre siden av verden høsten 2019, til en verdensomspennende pandemi som i skrivende stund har smittet ca. 123 millioner mennesker, tatt livet av ca. 2,7 millioner og ikke minst påvirket omtrent samtlige mennesker på planeten (WHO, 2021).

12. mars 2020 er en dag som vil gå inn i historiebøkene som dagen da en norsk regjering så seg nødt til å innføre de sterkeste virkemidlene siden andre verdenskrig (Vestrum Olsson, Bjørdal Roald & Skjelvik Brandseth, 2020). Tiltakene fikk naturligvis stor oppmerksomhet i det de ble lansert, med hovedfokus på hvilke økonomiske konsekvenser dette ville føre med seg. Butikker, restauranter, kulturbygg og skoler mm. ble stengt ned, og landet gikk inn i «dvale». Ettersom dagene og ukene gikk, ble det norske folk mer og mer vant til å leve med Covid-19 og samfunnet begynte å normalisere seg på flere fronter.

Alle innbyggere i det ganske land hadde kjent tiltakene på kroppen, om dog i noe ulik grad. De aller fleste kom igjennom de tøffeste periodene uten «varige men», men for andre opplevdes tiltakene som en «knyttneve i ansiktet». De som allerede slet med en utfordrende hverdag, og som hadde problemer med å fungere i hverdagslivet, fikk virkelig kjenne konsekvensene av tiltakene på kroppen. Dette gjelder blant annet den delen av den norske befolkning som sliter med psykisk sykdom.

I løpet av livet anslåes det at ca. 50% av den norske befolkningen vil bli diagnostisert med en eller annen form for psykisk lidelse, og at så mange som 16-25% vil få en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene i Norge er angst, depresjon og rusbrukslidelser (Reneflot et al., 2018). Store medisinske leksikon definerer en psykisk lidelse slik: *«psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvaliteten»* (Malt & Aslaksen, 2019).

Folkehelse rapporten utarbeidet av FHI viser at 10% av norske menn og 15% av norske kvinner i aldersgruppen 18-79 år var i kontakt med helsetjenesten på bakgrunn av psykiske plager i løpet av 2015, tilsvarende statistikk for spesialisthelsetjenesten er henholdsvis 4% og 6% (Reneflot et al., 2018). Dersom man omgjør prosentandelene til tall så tilsvarer dette ca. 100 000 menn og 150 000 kvinner (SSB, 2021). Prosentandelene er fra 2015, men en rapport i fra 2018 viser til tilsvarende tall. Det eneste urovekkende unntaket var andelen av unge jenter som tok kontakt med helsetjenesten på bakgrunn psykiske plager (Reneflot et al., 2018).

Denne statistikken er utarbeidet før Covid-19 forandret verden, og flere frykter nå at andelen av mennesker med psykiske lidelser vil stige som følge av dette. 16. mars 2020 innførte den norske regjeringen tiltak som medførte at blant annet spesialistkontorer måtte stenge (Helsedirektoratet, 2020). I et intervju med VG sier generalsekretær ved Rådet for psykisk helse, Tove Gundersen, at de frykter at andelen psykisk syke vil stige som følge av disse smitteverntiltakene (Birkeland, 2020). Særlig er det tiltakene som begrenser sosial kontakt, skole og jobb, som kan medføre økt risiko for blant annet ensomhet, angst og depresjon (Birkeland, 2020).

I en artikkel fra 2018 skriver Linda Berg-Heggelund, generalsekretær i Mental Helse, og Jill Arild, landsleder Mental Helse, om hvordan det er økonomien som har styrt psykisk helsevern i Norge. I fra 1998 og frem til 2017 har antall sengeplasser i Norge blitt halvert, fra 6276 til 3746 (Berg-Heggelund & Arild, 2018). Dette er en trend som har vist seg gjeldende over hele landet, i form av nedskjæringer og omprioriteringer som igjen fører til en økende tvangsbruk ovenfor pasienter. Berg-Heggelund og Arild (2018) skriver at pasientomsorg

grovt sett kan deles inn i tre deler; forebygging, behandling og ettervern, og at det norske helsevesenet svikter på alle fronter. De poengterer at forebyggingsarbeidet starter tidlig, faktisk så tidlig som på barneskolen. Et annet viktig aspekt i denne artikkelen er at det første møtet med psykisk helsevern i mange tilfeller skjer hos fastlegen. Den vanligste responsen hos fastlegen er å få foreskrevet medisiner, og da gjerne i form av lykkepiller. Berg-Heggelund og Arild (2018) poengterer at det hadde vært en bedre løsning at pasientene hadde blitt henvist til en terapeut for samtaler, men at dette ofte innebærer å vente i månedsvis i kø.

I den forbindelse har det de senere år har det blitt forsket mye på bruk av velferdsteknologi innen psykisk helsevern, og resultatene tilsier at velferdsteknologiske løsninger kan være et likeverdig alternativ til mer tradisjonell behandling. I den forbindelse vil det i denne oppgaven bli gitt en kort innføring i denne forskningen, og belyse noen av de tilbud som finnes i dag.

Direktoratet for e-helse har et prosjekt gående som heter «*Mestringsverktøy psykiske lidelser*» hvis formål er å skaffe digitale verktøy for behandling av angst og depresjon i kommunal psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2020). Bakgrunnen for dette prosjektet er å styrke helsevesenet slik at flere kan få hjelp. Det fremkommer av prosjektbeskrivelsen at FHI anslår at ca. 25% av den norske befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og som mange som 15% i løpet av et år. Tallene for depresjon er henholdsvis 20% og 10%. Disse tallene viser tydelig at behovet for psykiske helsetjenester er stort, og når internasjonale estimater anslår at 55-60% av personer som har behov for hjelp ikke får det, blir behovet bare enda tydeligere (Helsedirektoratet, 2020). Det er flere årsaker til at så mange mennesker ikke får den behandlingen de trenger. For det første kan det være brukerrelaterte årsaker som stigma rundt psykisk sykdom, psykiske/fysiske utfordringer med å komme seg til behandlingsstedet. For det andre kan det være utfordringer knyttet til helsevesenet i form av økonomiske begrensninger eller mangel på helsepersonell (Crisp, 2014., Josephine, 2017., Andrade, 2014., som sitert i Melby, Sand, Midtgård, Toussaint & Karlstrøm, 2019)

Restriksjonene i løpet av pandemien har ført til at stadig flere har fått øynene opp for hvilke muligheter teknologien gir, dette være seg ulike utgaver av hjemmekontor, eller digitale møter på Teams, Zoom, Skype etc. Et tydelig eksempel på dette er at Zoom opplevde en økning i antall brukere på 470% i løpet av pandemien (Swartz & Owens, 2021).

Med bakgrunn i dette ønsker jeg å se nærmere på bruken av velferdsteknologiske løsninger i norsk spesialisthelsetjeneste, og hva som eventuelt må til for å øke bruken av denne. I tillegg ønsker jeg å se nærmere på hvilket forhold ansatte i helsevesenet har til velferdsteknologi, og hvilke faktorer som må ligge til rette for å sikre god implementering.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi, og hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?

Som et verktøy for å svare på denne problemstillingen har jeg utformet noen forskningsspørsmål som vil danne grunnlaget for en konklusjon. Disse spørsmålene er:

1. Hva finnes av velferdsteknologiske verktøy i Norge i dag, og hvor godt fungerer disse?
2. Hva mener helsepersonell om den teknologien de benytter seg av i dag? Og hvordan har denne påvirket deres arbeidshverdag?
3. Hvilke faktorer er med på å avgjøre om en velferdsteknologisk løsning blir implementert på en god måte? Og hva kan eventuelt gjøres annerledes?

2.0 Problemanalyse

2.1 Bakgrunn

I 2019 utgav Kommunal- og moderniserings-departementet en digitaliseringsstrategi ved navn «*Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025*». Denne strategien er en fortsettelse av *Stortingsmeldingen Digital Agenda (2015-16)*. Formålet med denne strategien er å støtte oppunder digitaliseringsprosessen av den offentlige sektoren i Norge (Astrup & Helgesen, 2019). Det endelige målet er én digital offentlig sektor, noe som krever en endring i arbeidsprosedyrer, strukturer, kompetansekrav og et bevisst valg om å løse flere oppgaver digitalt (Astrup & Helgesen, 2019).

«Digitalisering av offentlig sektor skal gi en enklere hverdag for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor gjennom bedre tjenester, mer effektiv ressursbruk i offentlige virksomheter og legge til rette for produktivitetsøkning i samfunnet. Hensikten med strategien er å understøtte digital transformasjon i hver enkelt virksomhet, og i offentlig sektor som helhet» (Astrup & Helgesen, 2019 s. 3).

Med digital transformasjon menes en endring i måten de ulike virksomhetene arbeider på ved hjelp av teknologi, som igjen medfører mer eller mindre radikale endringer med mål om økt effektivisering og bedre brukeropplevelser. Som Astrup & Helgesen (2019) påpeker kan dette medføre at den offentlige sektoren må omorganiseres, lovverk endres og en generell nytenking i måten offentlig sektor er organisert på. Astrup & Helgesen (2019) trekker i tillegg frem at den offentlige sektoren må bli bedre på innovasjon og implementering slik at nye arbeidsmetoder kan iverksettes.

Astrup og Helgesen (2019) viser til en rapport utgitt av OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) som viser at Norge er et av medlemslandene som er lengst fremme når det kommer til digitalisering av offentlige tjenester, men at det er et klart behov for sterkere styring og samkjøring av digitaliseringsprosessen. Et eksempel på dette er å finne i artikkelen til Martin Braathen Røise (2016) som viser til at det er ca. 17 000 personer som er med på å bestemme hvilke systemer som skal tas i bruk. Videre påpeker han at det ikke er uvanlig at en avdeling på sykehuset benytter flere programmer til å utføre en og samme oppgave, noe som selvsagt er både tungvint og ikke minst lite økonomisk gunstig.

I artikkelen «Helse-Norge herjes av manglende digitalisering» omtaler Jan M. Moberg (2019) situasjonen slik: «Trolig er tusenvis av årsverk rundt om i Helse-Norge bundet opp i meningsløs, ineffektiv tid ved skannerne. Årsverk vi trenger til langt viktigere oppgaver. Dobbel- og trippelregistreringer av samme informasjon i et utall av journaler for en og samme pasient gjør at risikoen for feilinformasjon går i taket».

I 2016 ble Direktoratet for e-helse skilt ut fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for dette var et ønske om en nasjonal styring av digitaliseringen av den norske helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse er nå underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og har ansvaret for å utvikle nasjonale strategier og vedtak, samt inneha en «samlende rolle» innad i «helse-IT» (Valmot, 2020). I et intervju med *Teknisk Ukeblad* snakket Christine Bergland, administrerende direktør i Direktoratet for e-helse, om at Norge allerede på tidlig 90-tall hadde gått til anskaffelse av elektroniske pasientjournaler, men at det grunnet manglende styring og samkjøring førte til at ulike systemer ble tatt i bruk. Ettersom helse- og omsorgssektoren består av ca. 17 000 foretak, så ble dette problematisk ettersom ingen utvekslet informasjon med hverandre (Valmot, 2020). I en rapport fra OECD kommer det frem at helsesektoren i medlemslandene i snitt ligger 10-15 år etter andre offentlige sektorer når det kommer til digitalisering. En av årsakene til dette er at det er blitt brukt mye mindre ressurser i helse- og omsorgssektoren på dette (Valmot, 2020).

2.2 Velferdsteknologi i Norge

Etter hvert som verden har blitt mer og mer digitalisert har det også vokst frem utallige hjelpemidler, tilbud og andre elektroniske løsninger som tar utgangspunkt i å skulle hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Der man før måtte fysisk møte en behandler for samtale, kan man i dag gjennomføre denne samtalen over internett. De siste årene har dette feltet fått mer og mer oppmerksomhet, og der det før var mye skepsis til å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger i spesialisthelsetjenesten, ser man i dag at dette er i endring. Men hva ligger egentlig i begrepet digitalisering?

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, hvis funksjon er å overse digitaliseringsprosessen i offentlig sektor, definerer det slik: «*Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon*» (Direktoratet for e-helse, 2019, som sitert i Melby, et al., 2019)

Sitatet over er hentet fra et kunnskapsnotat utgitt av Forskningsrådet, med tittel «*Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds og omsorgstjenestene*». Formålet med dette kunnskapsnotatet var å se nærmere på hvilke konsekvenser den økende digitaliseringen i helsevesenet får for blant relasjonen mellom pasient og behandler (Melby, et al., 2019). Mange fryktet at en konsekvens av økende digitalisering vil være et «kaldere» helsevesen, hvor man minimerer mellommenneskelig kontakt. Dette er et tema som blir omtalt i publikasjonen som «den terapeutiske alliansen». «*Den terapeutiske alliansen henviser ikke bare til selve den mellommenneskelige relasjonen mellom pasient og terapeut, men også til en felles forståelse av forventninger og mål dem imellom angående hva de skal oppnå. Relasjonen kalles derfor også i noen tilfeller «working alliance»*» (Melby, et al., 2019).

I Norge i dag så finnes det flere ulike velferdsteknologiske tilbud. Et eksempel på et tilbud finnes ved Haukeland sjukehus, og er et tilbud som heter «*eMeistring*». Dette omfatter veiledet internettbehandling til mennesker som sliter med panikkangst, sosial angst eller depresjon (Helse Bergen, 2020). Andre eksempler er nettsiden «*Hjelp til selvhjelp*» som er en portal hvis funksjon er å gjøre det lettere å søke etter psykisk hjelp samt spre nyttig informasjon om psykisk helse (Heradstveit, 2020). I tillegg kan nettsiden «*ifightdepression.com*» nevnes, hvis funksjon er å bevisstgjøre og formidle kunnskap om depresjon og selvmord (ifightdepression.com, 2020).

Det er naturlig å anta at slike tjenester og tilbud som dette vil øke både omfang så vel som popularitet, og det er ikke utenkelig at spesialisthelsetjenesten i fremtiden vil se ganske annerledes ut enn den gjør i dag. Ny teknologi legger til rette for nye tilbud, og aldri før har det finnes så mange hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger som i dag.

Slike tjenester har fått økt oppmerksomhet de siste årene, og det finnes en god del forskning som tar for seg ulike løsninger innenfor dette feltet.

Direktoratet for e-helse (2021) skriver at behovet for psykisk helsehjelp overgår tilbudet, og at det derfor er behov for nye løsninger som kan supplere dagens tilbud. I den forbindelse nevnes internettbasert behandling som et alternativ. Denne typen behandling består i at pasienten mottar all hjelp via digitale medier. Forskning viser at denne typen terapi kan være minst like effektiv, og legger samtidig til rette for at økt effektivisering i behandlingsforløpet noe som innebærer at behandlere kan behandle flere pasienter i samme tidsrom. Dette prosjektet skal etter planen være utbredt i tre kommuner per. 31.12.2020. (Direktoratet for e-helse, 2021).

2.3 Kan internettbasert behandling være et reelt alternativ?

Tine Nordgreen, førsteamanuensis ved UiB/Haukeland Universitetssykehus, har sammen med en gruppe andre forskere undersøkt hvor effektivt veiledet internetterapi er i forbindelse med depresjon. Denne undersøkelsen viste at det var et potensielt stort utbytte av denne behandlingsmetoden, men den beste effekten kommer i kombinasjon med mer tradisjonell behandling (Nordgreen, Blom, Andersson, Carlbring & Havik, 2019). Studien inkluderte 105 pasienter som i perioden september 2015 til april 2018 var tilknyttet eMeistring ved Haukeland sykehus i Bergen. Av disse fullførte 70% etterbehandlingstilbudene, mens 45% gjennomførte oppfølging etter seks måneder (Nordgreen et al., 2019).

Depresjon er som tidligere nevnt en av de mest fremtredende psykiske sykdommene i dagens samfunn, noe som igjen har store samfunnsøkonomiske konsekvenser (Nordgreen, et al. 2019). Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at omkring 300 millioner mennesker er rammet av depresjon, det tilsvarer ca. 4,4 % av verdens totale befolkning. I tillegg fører depresjon til nærmere 800 000 selvmord hvert år (WHO, 2017). En av de største utfordringene i forhold til dette er at kun 20% av pasientene får den hjelpen de trenger (Torvik et al., 2018; Ebmeier et al., 2006, som sitert i Nordgreen et al., 2019).

Utviklingen i verden viser at stadig flere mennesker får adgang til og tar i bruk kommunikasjonsteknologi som mobiler og datamaskiner. Dette igjen har gjort det mulig å legge til rette for teknologiske hjelpetilbud i form av f.eks. internettveiledning, chattetjenesten, krisetelefoner med mer.

I de siste 20 årene har det blitt forsket mye på terapeutledet veiledning over nett (Andersson, 2018, som sitert i Nordgreen et al., 2019). Forskingen har derimot ikke vært i stand til å gi et entydig svar på hvor effektivt denne typen terapi er. Studien til Nordgreen (2019) konkluderer med at viste god effekt på de depressive symptomene, men kun moderat effekt i forhold til angst og søvnløshet. Halvparten av pasientene fikk tilsynelatende ingen klinisk effekt av behandlingen. En studie publisert i 2016 viser at pasientenes utdanning kan spille inn på hvor vellykket veiledet internetterapi er (Ebert et al., 2016).

2.4 Finnes det ulemper?

David Ebert (2016) har sammen med en rekke andre forskere forsket på om veiledet internetterapi kan være skadelig. Ebert (2016) skriver at det er forsket lite på mulige skadelige sider ved internettveiledet terapi og hvilke langvarige konsekvenser det kan få på sikt (Boettcher et al. 2014; Ebert et al. 2014a; Rozental et al. 2014, som sitert i Ebert, 2016) Dette gjelder for så vidt også tradisjonell psykoterapi (Barlow, 2010; Emmelkamp et al. 2014, som sitert i Ebert, 2016). En av de mulige negative effektene ved psykoterapi er forverring av symptomer. Tall fra ulike studier viser at en betydelig andel av pasienter opplever en forverring av symptomer underveis i behandlingen. Data fra disse studiene viser at 3%-14% av pasienter opplever en forverring av symptomer (Smith & Glass, 1977; Mohr, 1995; Hansen et al. 2006; Lambert et al. 2006, som sitert i Ebert, 2016). Det er verdt å merke at denne effekten har vært dokumentert allerede ved oppstarten av forskning på psykoterapi (Bergin, 1966; Garfield et al. 1971, som sitert i Ebert et al., 2016).

Ebert (2016) problematiserer dette ytterligere og skriver at det kan være en forskjell på tradisjonell psykoterapi og internettbasert selvhjelp ved at sistnevnte kan medføre en økt risiko for forverring av symptomer. En av risikoene som Ebert (2016) trekker frem er internettbasert selvhjelp kan være for krevende for enkelte pasienter, og at det som et resultat av dette kan forsterke følelsen av håpløshet.

I tillegg legges det til at i en tradisjonell setting med mellommenneskelig kontakt kan være lettere å oppdage forverring av symptomer. Pasienter som benytter internettbasert selvhjelp kan også vente lenger med å oppsøke profesjonell hjelp, og dermed ender opp med å bli sykere enn nødvendig (Ebert et al., 2016).

I publikasjonen til Ebert (2016) konkluderes det med at internettbasert selvhjelp ikke utgjør noe økt risiko, men at det heller kan være med på å hindre forverring av symptomer. Et interessant aspekt som fremkommer i undersøkelsen, er at utdanning ser ut til å spille inn på effektiviteten med internettbasert selvhjelp. Pasienter med høyere utdanning fremviste vesentlig bedre utbytte av internettbasert selvhjelp enn pasienter med lavere utdanning. På tross av dette viser dataene at de positive effektene overgår de negative avhengig av utdanningsnivå (Ebert et al., 2016).

En studie gjennomført ved universitetet i Twente, Nederland, har sett nærmere på effektiviteten av «*mindfulnessbaserte intervensjoner (MBI)*» via internett med varierende grad av veiledning. MBI er en samlebetegnelse for en rekke ulike kognitive «*mindfulnessstilnærminger*» som bla. «*Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*» og «*Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*» (Jiga, 2018).

Disse «*mindfulnessstilnærmingene*» er ulike former for psykososial terapi som har fått økende utbredelse siden Jon Kabat-Zinn, amerikansk professor og «skaperen av *mindfulnessstilnærmingen*, begynte med det som klinisk metode i 1979. Forskjellen på disse tilnærmingene og mer tradisjonell kognitiv terapi er at disse fokuserer mindre på redusering av symptomer, og mer på endring av individets forhold til egne tanker og følelser (Solhaug, 2019).

Bruken av MBI har vært stadig økende de siste tiårene og det finnes flerfoldige studier som tar for seg effekt og bruksområder. Av disse studiene fremkommer det blant annet at MBI kan være effektivt for å redusere psykiske plager, hvorav de mest fremtredende er angst og depresjon (Spijkerman, Pots, Bohlmeier, 2016).

Som nevnt tidligere har fremveksten av kommunikasjonsteknologi ført til at stadig flere tilbyr nettbasert behandling. Denne formen for terapi har flere fordeler (Andersson, G. and Titov, N., 2014, Cuijpers, P., et al., 2009, som sitert i Spijkerman, Pots, Bohlmeier, 2016):

1. God tilgjengelighet og lite ventetid.
2. Brukerne har tilgang hele døgnet, de slipper å reise, og kan arbeide i eget tempo.
3. Behandling over nett legger til rette for økt anonymitet.
4. Man er ikke nødvendigvis avhengig av en spesialutdannet terapeut.
5. Kostnadseffektivt.

En undersøkelse gjennomført i USA i 2014, med 500 informanter, viser at en betydelig andel av informantene foretrakk behandling over nett fremfor gruppeterapi. I tillegg svarte 42% at internettbehandling var deres førstevalg (Wahbeh, Svalina, & Oken, 2014, som sitert i Spijkerman, Pots, Bohlmeier, 2016).

Utgangspunktet for undersøkelsen til Spijkerman et al. (2016) var et ønske om å gjennomføre en større metaanalyse av effekten av «mindfulnessbaserte intervensjoner» med spesielt fokus på depresjon, angst og stress. Resultatene av analysen viser at MBI har en *«liten, men likevel signifikant effekt på depresjon, angst og en moderat effekt på stress»* (Spijkerman, Pots, Bohlmeier, 2016).

2.6 Implementering og kravspesifikasjon

I kunnskapsnotatet fra Forskningsrådet blir det poengtert at det på tross av at det finnes en rekke ulike teknologiske løsninger for samhandling mellom pasienter og helsevesen, så er det få av disse som har blitt implementert i klinisk praksis (Moessner, M., et al, 2014, Eells, T.D., et al, 2015, Aerts, J.E. & A. van Dam, 2018., som sitert i Melby, et al., 2019). Melby et al. (2019) skriver: *«Det er for eksempel ikke slik at behandling innen mental helse kan sies å være preget av digitale løsninger, selv om feltet digital behandling er preget av mental helse»*.

Helsedirektoratet har en konkurranse gående hvis formål er å: *«inngå kontrakt med én leverandør om levering av et internettassistert verktøy (mestringsverktøy for bedre psykisk helse) som er relevante for innbyggerne som er i målgruppen for å motta tilbud fra Rask psykisk helsehjelp (RPH) i kommuner»* (Helsedirektoratet, 2020).

RPH er en støttetjeneste som er utviklet for å støtte oppunder kommunenes tilbud innen psykisk helse og rus. RPH omfatter et tverrfaglig kommunalt team som skal være tilgjengelig for å hjelpe folk i kommunen, tjenesten skal være gratis og det er ikke krav om henvisning fra lege (Helsedirektoratet, 2020). I den forbindelse har Helsedirektoratet (2020) utstedt et bilag med kravspesifikasjon til det verktøyet som skal tas i bruk. Som tidligere nevnt er det en betydelig del av den norske befolkning som sliter med milde eller moderate lidelser, og at det derfor er behov å utvide tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2020).

I den forbindelse fikk Helsedirektoratet i 2015 et tildelingsbrev, som gikk ut på å hjelpe til med å etablere et internettbasert tilbud til mennesker med psykiske lidelser ute i kommunene. Målgruppen for prosjektet er mennesker som sliter med lette/moderate symptomer på; «*angst, depresjon, søvnevansker eller stress*». Suksesskriterier for verktøyet blir oppgitt å være: «*reduksjon i symptomer for innbygger, økt funksjonsnivå for innbygger, økt livskvalitet for innbygger, økt kapasitet hos behandlere og god brukertilfredshet hos innbyggere og behandlere*» (Helsedirektoratet, 2020).

Som nevnt tidligere finnes det allerede en del velferdsteknologiske løsninger i Norge i dag som blir anvendt innen psykisk helsevern. Det er blitt forsket mye på dette feltet, og majoriteten av forskningen viser at digitale løsninger kan være et godt alternativ. I en artikkel fra 2019 fokuserer Nakrem og Kiran på hvordan man skal lykkes med velferdsteknologi. I deres hovedbudskap vektlegger de verdien av et godt kontinuerlig samarbeid med alle involverte parter, fra produktutviklere til sluttbrukere (Nakrem & Kiran, 2019).

I Norge i dag finnes det pilotprosjekter i 340 norske kommuner, og omfatter blant annet hjemmeboende eldre, pasienter på sykehus/sykehjem, pasienter med rus- og psykiske problemer, samt mennesker med nedsatt funksjonsevne (Direktoratet for e-helse, 2021). Utgangspunktet for prosjektene var å øke kvaliteten på de tjenestene som prosjektet omhandler samt bidra til en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser (Nakrem & Kiran, 2019). I forbindelse med prosjekter defineres dette som «gevinst», og realisering av disse «gevinstene» kalles «gevinstrealisering» (Digitaliseringsdirektoratet, 2021).

«Såkalt gevinstrealisering tar utgangspunkt i utnyttelse av ønskede effekter som økt kvalitet, redusert tidsbruk og kostnader, som velferdsteknologi potensielt skal ha (Melting & Frantzen, 2015., som sitert i Nakrem & Kiran, 2019). For å få til dette, er det gitt anbefalinger fra styrende myndigheter om hvilke forutsetninger som må være til stede og hvordan helsetjenestene kan møte barrierer mot god utnyttelse av effekter (Melting, 2017., som sitert i Nakrem & Kiran, 2019).

Artikkelen til Nakrem og Kiran (2019) ser nærmere på disse forutsetningene, og samtidig hvordan velferdsteknologien best kan utnyttes. I deres forskning har de valgt å definere en «bruker» som en person som er knyttet til bruken av velferdsteknologi uavhengig av om personen er pårørende, pasient eller helsepersonell. De har valgt å dele inn sin analyse i fem kategorier:

- «Gir ønsket effekt»
- «Teknologien må være brukervennlig»
- «Mangelfull informasjon og opplæring»
- «De fleste er positive til ny teknologi»
- «Samarbeid og samskapning er vesentlig»

Velferdsteknologiene som er omtalt i artikkelen er av ulik karakter, og var følgelig laget for et eller flere formål. Brukerne ble forespeilet på forhånd at disse skulle levere en funksjonalitet i tråd med formålet (Nakrem & Kiran, 2019). Forbedret kommunikasjon i form av kommunikasjonsapper og webtjenester førte til økt egenomsorg og bedre medisinsk behandling. En fellesnevner for disse teknologiene var at de avlastet helsepersonell så vel som pårørende, og ressursene kunne derfor fordeles bedre. (Nakrem & Kiran, 2019).

Dersom teknologi skal fungere som tiltenkt så er det essensielt med et brukergrensesnitt som er tilpasset sluttbrukerne. Er brukergrensesnittet for komplisert eller krevende, kan det føre til at brukerne vil være avhengig av hjelp fra andre. Noe som igjen vil føre til at en del enslige og kognitivt svekkede personer ikke kan benytte seg av tjenesten (Nakrem & Kiran, 2019). God brukervennlighet og tilpasning til sluttbrukerne er essensielt for å sikre en god implementering (Sittig & Singh, 2010).

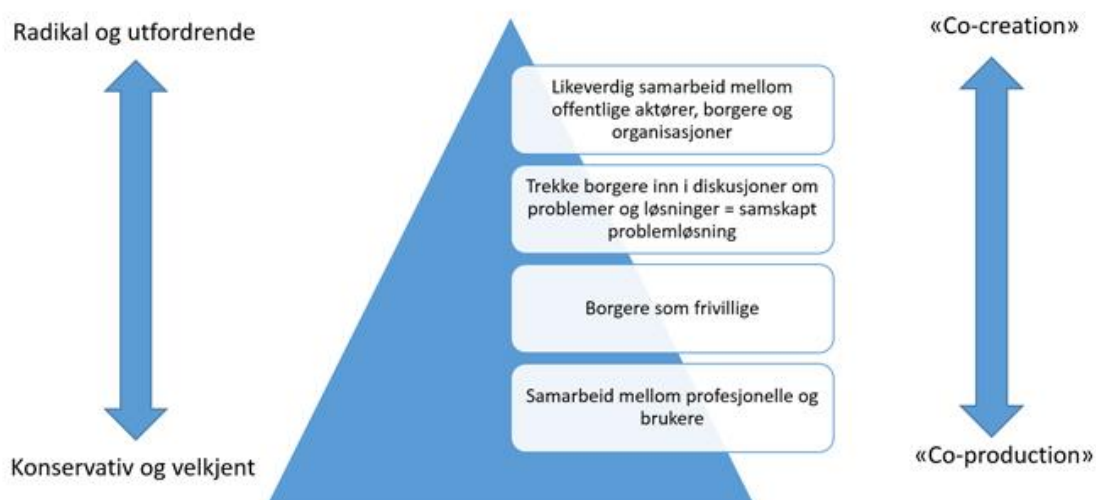
Brukervennlighet og opplæring er to sentrale aspekter ved innføring av ny teknologi. God opplæring er viktig for god implementering, men kan ikke alene «bekjempe» alle brukerfeil, ettersom mange brukerfeil henger sammen med dårlig design eller funksjonalitet (Sittig & Singh, 2010). I artikkelen til Nakrem og Kiran (2019) kommer det frem at både menneskelig svikt så vel som teknisk svikt førte til feilbruk.

Et viktig aspekt ved produktutvikling som Nakrem og Kiran (2019) trekker frem er et begrep som heter «samskaping».

«Samskaping» kan sees på som en norsk oversettelse av det engelske begrepet «*co-creation*», og er et begrep som har fått stadig mer fotfeste (Røiseland & Lo, 2019).

«Samskaping» har sitt utgangspunkt i privat sektor, hvor begrepet ble definert som at kundene selv var deltagende i en verdiskapingprosess. Når det kommer til definisjonen av «samskaping» i offentlig sektor så er denne litt annerledes. I offentlig sektor innebærer «samskaping» at offentlige og private aktører samarbeider gjennom å dele kunnskap og ressurser med hverandre (Torfing, Sørensen & Røiseland, 2017, som sitert i Røiseland & Lo, 2019). Røiseland og Lo (2019) poengterer at det kan være fornuftig å skille mellom «*radikal*» og «*konservativ*» samskaping. Konservativ samskaping kan også omtales som «*co-production*» (samproduksjon) og innebærer et samarbeid mellom en profesjonell og en bruker. Et eksempel kan være at brukeren lærer å administrere egen medisiner, i tillegg kan frivillig arbeid omtales som konservativ samskaping. Når det kommer til definisjonen av radikal samskaping så kan et eksempel på dette være at innbyggerne i et lokalsamfunn deltar aktivt i diskusjoner om utfordringer og løsninger knyttet til lokalsamfunnet. I dette eksempelet vil verdiskapelsen bestå av nye og bedre løsninger som et resultat av samarbeidet mellom innbyggerne og det offentlige. Denne formen for samskaping kan sees på som radikal ettersom det ikke er vanlig at «hvermannsen» deltar når lokalsamfunnets problemer defineres og løsninger foreslås, da det er mer vanlig at politikere og eksperter gjør dette (Røiseland & Lo, 2019)

Varianter av samskaping – en oversikt



Figur 1: Varianter av samskaping – en oversikt (Røiseland & Lo, 2019)

2.7 Valg av teoretisk rammeverk

Med utgangspunkt i problemformuleringen min har jeg valgt å se nærmere på de ulike teknologiakseptansmodellene for deretter å velge den av de som jeg mener passer best til å besvare problemstillingen min. Jeg vil begynne med å kort presentere «utviklingshistorien» bak disse modellene, for deretter å gi en litt mer utfyllende beskrivelse av TAM3 ettersom dette er den modellen jeg har valgt å benytte meg av.

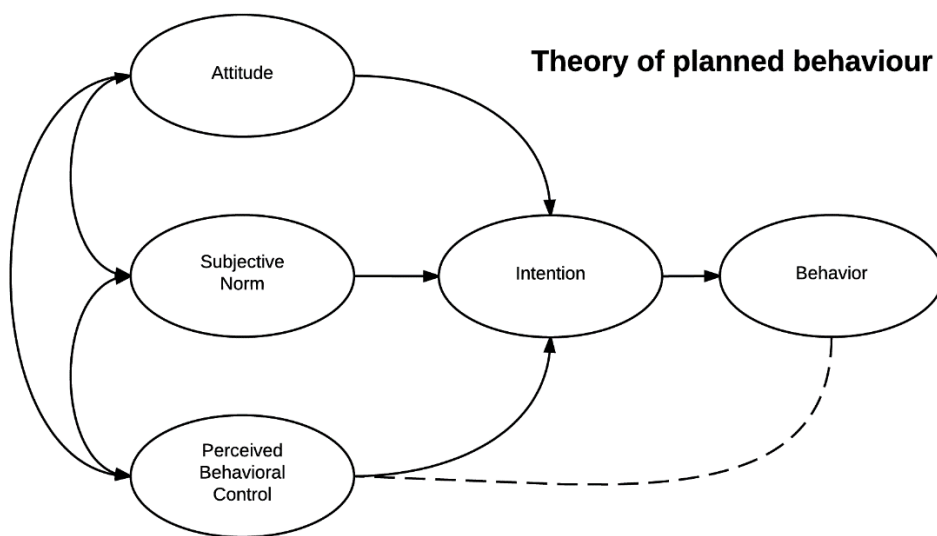
2.7.1 Teorien om planlagt atferd og teknologiakseptansmodellen (TAM)

Fred Davis (1985) utviklet TAM på bakgrunn av en teori utviklet av psykologen Icek Ajzen som heter «*teori om planlagt atferd*» (theory of planned behavior TPB), denne igjen er en utvidelse av en tidligere teori som heter «*teorien om rasjonell handling*» (theory of reasoned action) (Ajzen, 1991). Hensikten med modellen er å «forutse» menneskelig oppførsel og holdninger, og tar utgangspunkt i at det er «intensjonen til en handling» som er helt avgjørende for om en person vil utføre en handling eller ikke.

Teorien er satt sammen av tre hovedkomponenter (Ajzen, 1991):

- Subjektiv norm
- Intensjon
- Atferd

Som det fremkommer av modellen (figur 2) så er det disse tre komponentene som sammen påvirker en persons intensjon om handling, det vil med andre ord si hva som spiller inn på om en person vil utføre en gitt handling eller ikke (Ajzen, 1991).



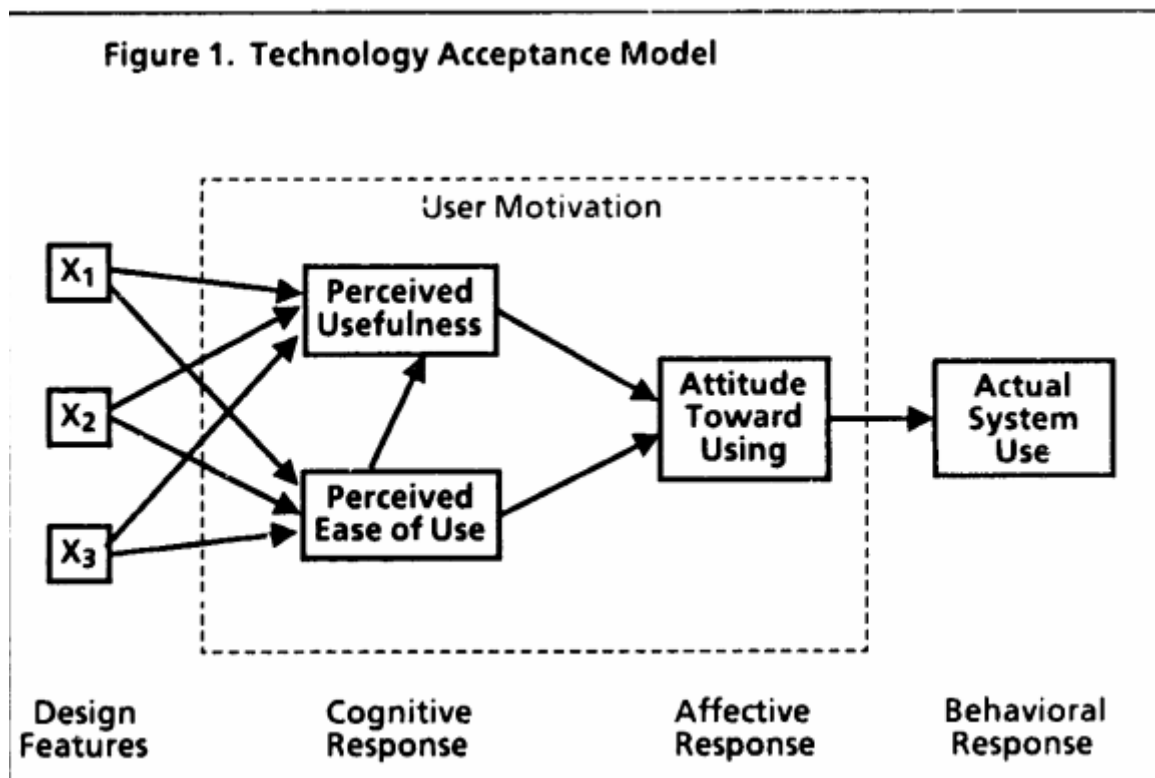
Figur 2: Theory of planned behaviour (Wikipedia, 2017).

Siden Davis (1985) utviklet den første utgaven av TAM i 1985 har det kommet tre store oppgraderinger ved navn; *TAM 2*, *UTAUT* og *TAM3* (Lai, 2017). Den originale utgaven av TAM fra 1985 består av fem elementer som til sammen avgjør «hvor villig» en person er til å ta i bruk et nytt system (Davis, 1985).

TAM består av følgende variabler:

- Design features (funksjonalitet): Hvilke funksjoner et gitt program har.
- Perceived usefulness (antatt nytteverdi): Hvilken nytteverdi brukeren tenker at programmet vil gi.
- Perceived ease of use (antatt brukervennlighet): Hvor enkelt tror brukerne at programmet er å bruke.
- Attitude towards using (holdninger til bruk): Hvordan stiller brukerne seg til systemet? Denne variabelen er et resultat av «antatt brukervennlighet» og «antatt nytteverdi».
- Actual system use (faktisk bruk): Hvor mye brukerne faktisk bruker systemet.

Samtlige av disse fem elementene måles ved å gjennomføre graderte spørreundersøkelser, hvor informantene svarer på en skala fra «veldig uenig» til «veldig enig» ettersom hvor enig de er i et utsagn (Davis, 1985).

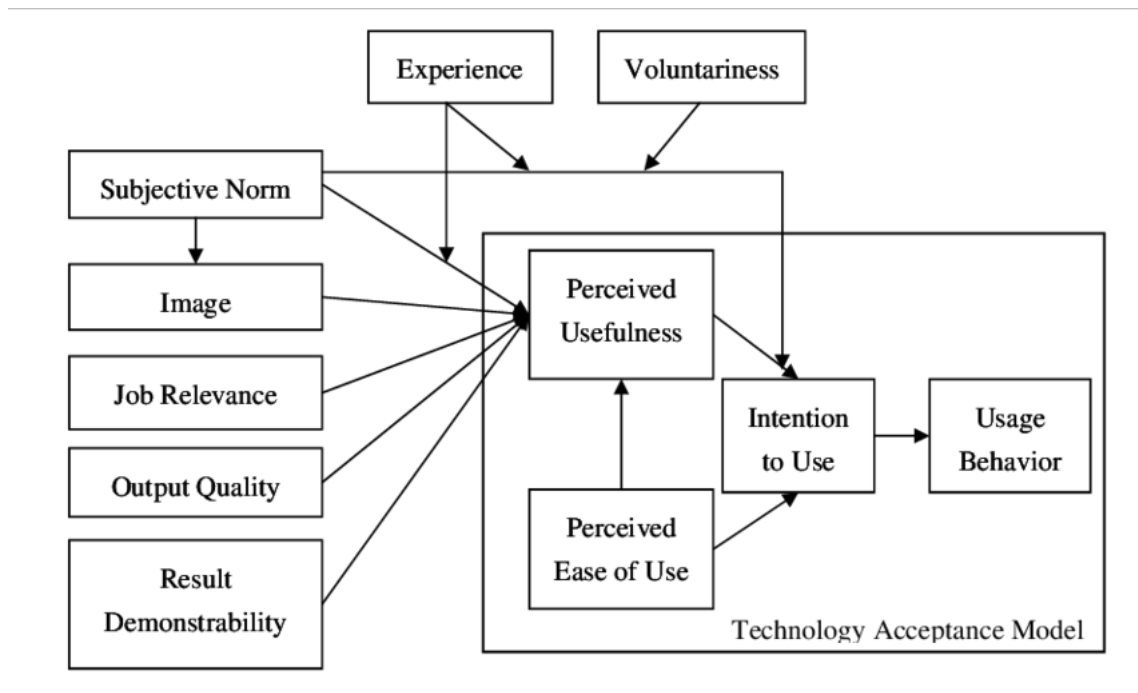


Figur 3: Technology acceptance model (Davis, 1985).

2.7.2 TAM2

I år 2000 lanserte Davis og Viswanath Venkatesh TAM2, denne utgaven skulle levere en mer nøyaktig beskrivelse av de variabler som påvirker «*perceived usefulness*» (antatt nytteverdi). Variablene som ble lagt til i TAM2 (Venkatesh & Davis, 2000):

- Subjective Norm (subjektive normer): En persons oppfatning om hvorvidt andre personer som er viktige for han/henne tenker at han/henne bør utføre aktuelle handling (Fishbein & Ajzen, 1975).
- Image (omdømme): Graden av hvordan bruken av et gitt system påvirker personenes omdømme i sitt sosiale system (Moore and Benbasat, 1991, s. 195, som sitert i Venkatesh & Davis, 2000, s. 189).
- Job Relevance (jobbrelevans): Hvor relevant opplever en person at systemet er for sin jobb.
- Output quality (produksjonskvalitet): I hvilken grad utfører systemet de oppgaven det er tiltenkt.
- Result demonstrability (målbare resultater): Hvilke målbare resultater opplever brukerne? Et godt utviklet, og effektivt system kan fortsatt mislykkes dersom brukerne ikke oppnår ønsket resultat.
- Experience (erfaring): Brukernes erfaring med teknologi, og deres generelle it-kompetanse.
- Voluntariness (frivillighet): Er bruken av systemet frivillig?
- Intention to use (bruksintensjon): Brukerens intensjon om å bruke systemet.
- Usage behavior (bruksmønster): Hvor mye tid bruker brukeren på systemet?



Figur 4: TAM2 (Venkatesh & Davis, 2000).

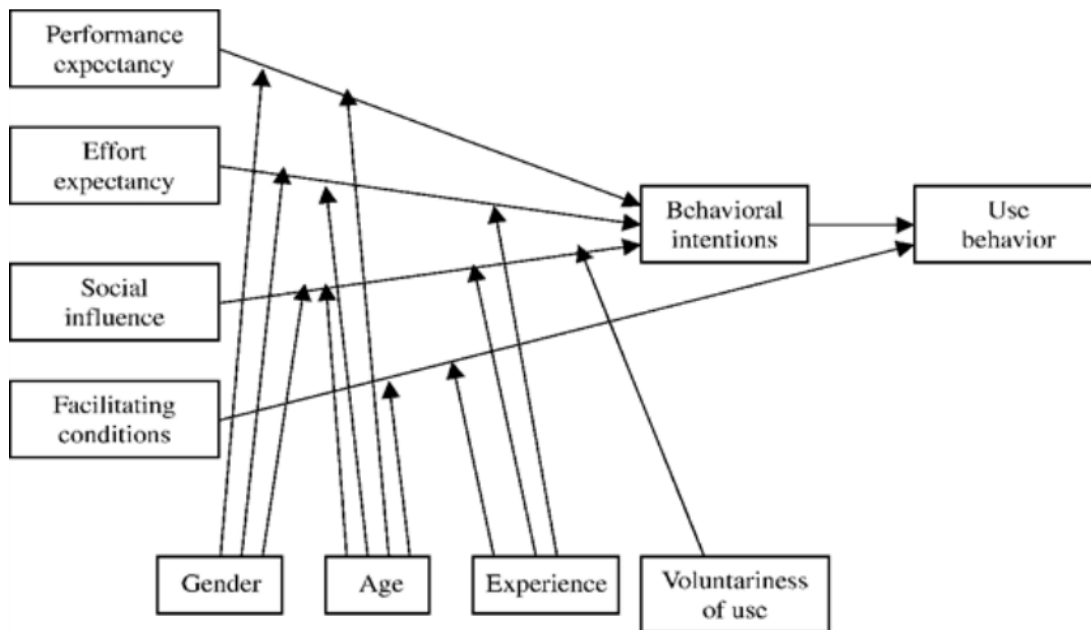
Teorien bak TAM2 er at brukernes kognitive vurdering av sammenhengen mellom arbeidsrelevant måloppnåelse og konsekvensene av å gjøre arbeidsoppgaver uten å bruke systemet danner grunnlaget for hvor nyttig systemet oppfattes av brukerne (Venkatesh and Davis, 2000) (Lai, 2017).

2.7.3 Unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT)

I 2003 utviklet Viswanath Venkatesh, Michael G. Morris, Gordon B. Davis og Fred D. Davis UTAUT. UTAUT-modellen er en «samlemodell» basert på åtte tidligere teknologiakseptansmodeller. Bakgrunnen for modellen var å skape et mer detaljert og nøyaktig bilde over brukernes intensjoner for bruk av teknologi (Venkatesh, Morris, Davis, Davis, 2003). De åtte modellene var i stand til å forklare mellom 17-53% av variasjonene i brukerintensjon av informasjonsteknologi. (Venkatesh et al., 2003).

UTAUT består av følgende variabler (Venkatesh et al., 2003):

- Performance expectancy (forventet ytelse): I hvilken grad forventer brukeren at systemet vil være med på å øke brukerens jobbprestasjon. Ut fra modellen kan man se at hypotesen tilsier at *forventet ytelses* innvirkning på *intensjon om bruk (behavioral intentions)* blir påvirket av *alder (age)* og *kjønn (gender)*.
- Effort expectancy (forventet innsats): Hvor enkelt er systemet å bruke? Denne variabelens innvirkning på *intensjon om bruk* blir ifølge hypotesen påvirket av *alder, kjønn og erfaring (experience)*.
- Social influence (sosial innflytelse): I hvilken grad brukeren tror at viktige personer i organisasjonen mener at brukeren skal benytte systemet. Hvem disse viktige personene er det brukerens egne subjektive oppfatning som avgjør. *Sosial innflytelses* innvirkning på *intensjon om bruk* blir påvirket av *kjønn, alder, erfaring og i hvilken grad systemet er frivillig å bruke (voluntariness of use)*.
- Facilitating conditions (tilretteleggende forhold): I hvilken grad de tekniske forutsetningene ligger til rette for at systemet kan brukes. Hypotesen er at *tilretteleggende forholds* innvirkning på *bruksatferd (use behavior)* blir påvirket av *alder og erfaring*.
- Behavioral intentions (bruksintensjon): Brukerens intensjon om å bruke systemet. Dette punktet blir påvirket av «*performance expectancy*», «*effort expectancy*» og «*social influence*».
- Use behavior (bruksmønster): hvor mye tid bruker brukeren på systemet? Dette punktet blir påvirket av «*behavioral intentions*» og «*facilitating conditions*».



Figur 5: UTAUT (Venkatesh, Morris, Davis, Davis, 2003).

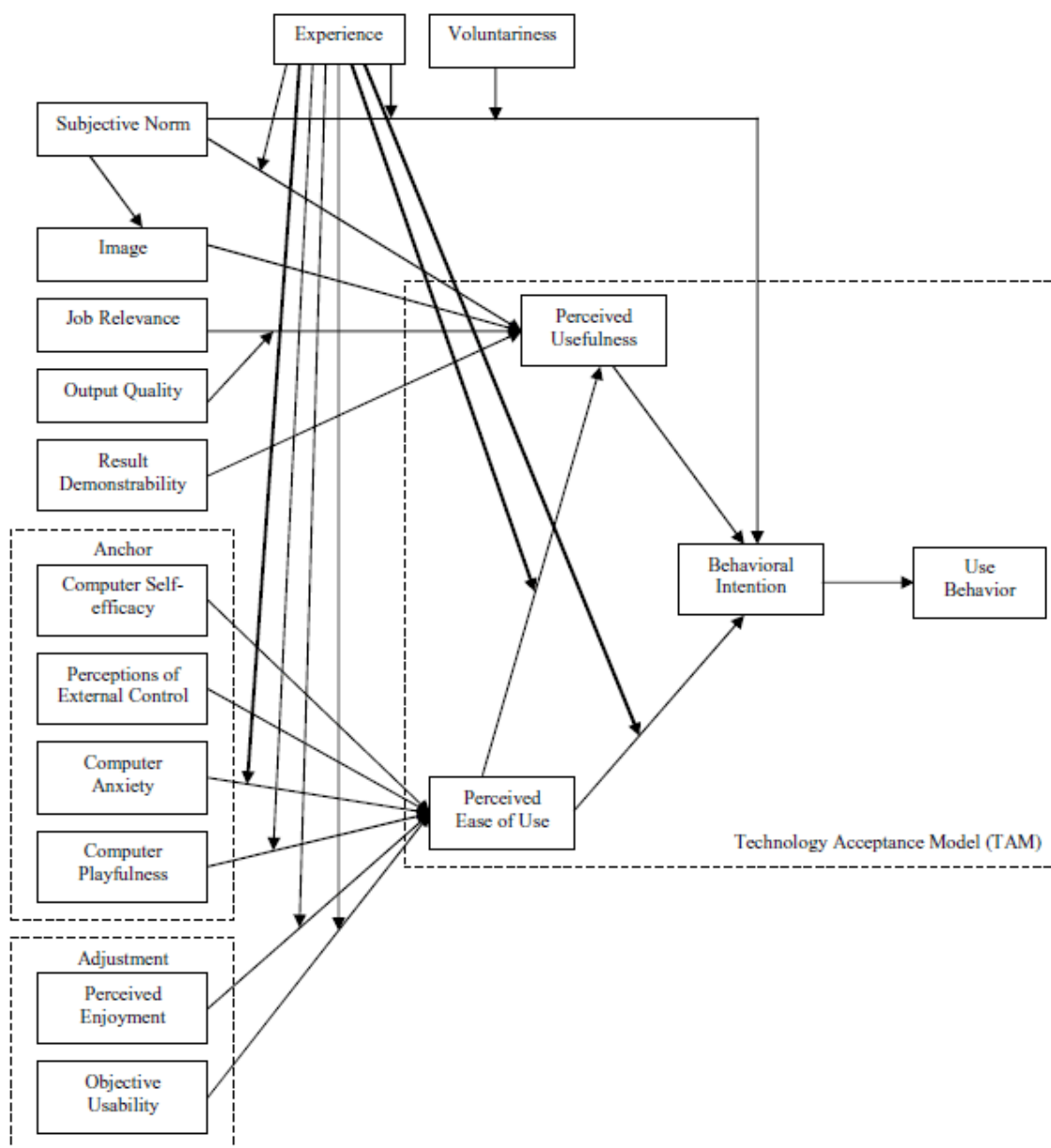
Ut ifra modellen fremkommer det at UTAUT, i motsetning til tidligere modeller, tar for seg hvordan *alder, kjønn, frivillighet og erfaring* påvirker de resterende variablene. Bakgrunnen for å implementere disse faktorene i modellen er at tidligere forskning viser at det er en forskjell mellom kjønn, og at dette igjen blir påvirket av alder og erfaring (Venkatesh, et al., 2003). Venkatesh et al. (2003) presenterer en hypotese som belyser dette.

Deres hypotese er at effort expectancy (forventet innsats) vil bli påvirket av kjønn, alder og erfaring, og at effekten vil være sterkere for kvinner, særskilt unge kvinner, og særlig de med lite erfaring.

2.7.4 TAM3

I 2008 presenterte Venkatesh og Bala den nyeste teknologiakseptansmodellen som de rett og slett kalte TAM3. Bakgrunnen for denne modellen er den stadig økende kompleksiteten innen IT-utvikling, og at implementeringen av denne er svært kostbar. I tillegg har utfordringer knyttet til tilvenning og utnyttelse av IT vært et stort problem for bedrifter i forhold til gevinstrealisering (Jasperson et al., 2005, som sitert i Venkatesh & Bala, 2008, s. 304).

Teorien er at dersom det er mulig å opparbeide en god forståelse over hvilke faktorer som spiller inn på IT-implementering og bruk, samt hvilke faktorer som påvirker disse, så kan beslutningstakere lettere ta de rette valgene som vil sikre en god implementering. Dette vil igjen kunne føre til mindre motstand og en mer effektiv bruk av informasjonsteknologien (Venkatesh & Bala, 2008). Selve modellen er en kombinasjon av TAM2 (Venkatesh & Davis, 2000) og «*determinants of perceived ease of use*» (faktorer for antatt brukervennlighet) (Venkatesh, 2000). Dette kommer frem av modellen i form av gruppene ved navn «*anchor*» og «*adjustment*».



Figur 6: TAM3 (de tykke strekene viser de nye hypotesene over påvirkningsforholdene (Venkatesh & Bala, 2008).

Teorien bak «*anchor*» er at den «*antatte brukervennligheten*» (perceived ease of use) til et system blir påvirket av en gruppe med variabler som Venkatesh (2000) kaller for «*forankringsvariabler*». Dette innebærer at et individ vil danne seg en oppfatning om hvor lett et program kommer til å være basert på deres personlige oppfatning av teknologi og bruk av denne. Når det kommer til «*adjustment*» (justering) så er teorien at dette aspektet av modellen påvirker den «*antatte brukervennligheten*» ettersom brukerne får mer erfaring med systemet Venkatesh & Bala, 2008). Variablene i TAM3 er følgende:

- «*Anchor*» (forankringsvariabler)
 - Computer Self-efficacy (mestringstro): Brukerens tiltro til egne evner for å oppnå ønskede resultater. Med andre ord hvordan de anser sin egen datakyndighet.
 - Perception of external control (oppfattelse av ekstern kontroll/tilretteleggende forhold): Brukerens opplevelse av om organisatorisk og teknisk infrastruktur er til stede for å støtte bruken av systemet.'
 - Computer anxiety (datamaskinskrekk): Brukerens opplevelse av angst eller frykt tilknyttet bruk av datamaskiner. Hypotesen er at denne variabelen blir påvirket av *erfaring*.
 - Computer playfulness («lekenhet» med datamaskiner): Brukerens evne til å samhandle og «leke» med datamaskiner. Noen brukere er mer komfortable med teknologi, og er dermed ikke redd for å «prøve seg frem». Dette vil igjen føre til at de lærer seg raskere å bruke den.
- «*Adjustment*» (justering)
 - Perceived enjoyment (oppfattet fornøyelse): Hvor fornøydlig oppleves et system å bruke, uavhengig av måloppnåelse. Hypotesen er at denne variabelen blir påvirket av *erfaring*.
 - Objective usability (objektiv brukervennlighet): hvor brukervennlig er det nye systemet sammenlignet med det gamle, basert på innsatsnivå. Hypotesen er at denne variabelen også blir påvirket av *erfaring*.

2.7.5 Begrunnelse for valg av teknologiakseptansemodell

Den første teknologiakseptansemodellen ble lansert i 1985 (Davis, 1985) og denne har siden blitt videreutviklet en rekke ganger. Bakgrunnen for videreutviklingen er som nevnt ovenfor å få modellene mest mulig nøyaktig, og dermed gi et best mulig bilde av de reelle faktorene. Med bakgrunn i dette har jeg valgt å ta utgangspunkt i TAM3 for denne oppgaven. Dette fordi denne er blant de nyeste og mest nøyaktige modellene.

3.0 Metode

3.1 Innledning

Som problemstillingen poengterer, så er formålet med denne oppgaven å se nærmere på bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern, hva slags forhold helsepersonell har til teknologien, samt undersøke hvilke faktorer som må være til stede for å sikre en god implementering av teknologi. Med bakgrunn i problemstillingen er det flere måter jeg kunne ha valgt å gå frem på. Jeg kunne ha valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse i form av strukturerte intervju, enten i gruppe eller med enkeltpersoner, og på den måten fått frem en mer detaljert besvarelse av problemstillingen.

Etter å ha gått noen runder med tanke på valg av metode og de ulike fordeler/ulempene knyttet til dette endte jeg opp med å velge en kvantitativ tilnærming i form av et spørreskjema strukturert etter TAM3 modellen.

3.2 Valg av forskningsmetode

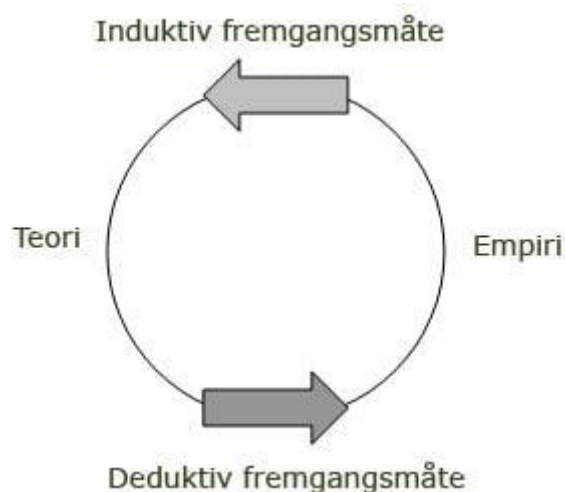
Utgangspunktet for enhver oppgave eller studie er en problemstilling eller en hypotese som det ønskes å finne et svar på. For å finne svar på problemstillingen eller hypotesen som anvendes metode. Metode kan ses på som en måte å nærme seg empiri på, empiri stammer fra det greske ordet *empeiros* som betyr «noe som er opplevd eller erfart» (Malt & Tranøy, 2020). Empiri er med andre ord erfaringsbaserte data som blir innhentet ved hjelp av systematiske observasjoner og undersøkelser (Malt & Tranøy, 2020).

Grønmo (2021) beskriver forskningsmetode slik: *Forskningsmetoder er framgangsmåter som benyttes i vitenskapelig forskning. I samfunnsvitenskap utgjør forskningsmetodene de systematiske og planmessige framgangsmåtene som brukes for å etablere pålitelig kunnskap og holdbare teorier om mennesker i ulike samfunn.*

Det vanligste innen datainnsamling er å skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode. De fremtredende metodene innen kvalitativ metode er: deltagende observasjon, ustrukturerte intervjuer og kvalitativ innholdsanalyse. Tilsvarende er fremtredende metoder innen kvantitativ metode: strukturert observasjon, strukturert utspørring og kvantitativ innholdsanalyse (Grønmo, 2021).

Med andre ord kan består fundamentet innen all vitenskap, i dette tilfellet samfunnsvitenskap, av teori og observasjon. Dette medfører igjen at forskningsmetode kan inndeles i to deler: den teoretiske delen og den empiriske delen. Formålet til den teoretiske delen er å danne abstrakte ideer (teorier) om et gitt fenomen samt sammenhengen mellom disse, hvorav den empiriske delens formål å teste disse ideene for å se hvor godt de stemmer overens med virkeligheten, og igjen danne grunnlag for bedre teorier (Bhattacharjee, 2012). Samfunnsvitenskapelig metode innebærer derfor å kontinuerlig «gå frem og tilbake» mellom teori og empiri (Bhattacharjee, 2012).

Det er vanlig å skille mellom induktiv og deduktiv metode. Tranøy (2019) skriver at induktiv metode går fra empiri til teori, imens den deduktive metoden går fra teori til empiri. Med andre ord betyr dette at man ved bruk av en induktiv metode tar utgangspunkt i et gitt fenomen, for så å komme frem til en teori om årsakssammenheng. Når det gjelder bruk av deduktiv metode så tar man utgangspunkt i en teori om et gitt fenomen for deretter å forsøke å bekrefte eller avkrefte denne (Sander, 2020). Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i et deduktivt forskningsdesign i form av et kvantitativt spørreskjema.



Figur 7: Induktiv og deduktiv metode (Sander, 2020)

3.2.1 Kort om kvantitativ metode

Kvantitativ metode er forskningsmetoder som brukes ved innsamling og analyse av kvantitative data. Dette er data som foreligger i form av tall eller andre mengdetermer, i motsetning til kvalitative data, som vanligvis uttrykkes i form av tekst (Grønmo, 2020).

Kvantitative studier består som regel av mange enheter. En enhet kan for eksempel være alt i fra enkeltindivider til hele fylker eller land. En kvantitativ undersøkelse tar utgangspunkt i en gitt mengde «informasjonstyper» om en bestemt enhet. Disse informasjonstypene kalles gjerne for «variabler» (Grønmo, 2020). Et eksempel kan være variabelen inntekt, som gjelder for et enkelt individ. Enheten «individ» blir så registrert med en variabel, f.eks. lav, middels eller høy inntekt. Ved å analysere dataene kan man i etterkant se prosentfordelingen for enheten «individ» i forhold til hvor mange som er registrert med variabelen lav, middels eller høy inntekt.

Det er vanlig å skille mellom ulike målenivå på variablene i forhold til hvordan disse er inndelt, og det skilles mellom fire ulike målenivåer (Grønmo, 2020):

- Nominalnivå: På nominalnivå har enhetene enten like eller ulike verdier. F. eks. kjønn med verdier som mann, kvinne, ikke-binær osv.
- Ordinalnivå: På ordinalnivå er verdiene rangert i en gitt rekkefølge. Dette være seg f.eks. større/mindre, eller høyere/lavere.

- Intervallnivå: På intervallnivå er det faste avstander mellom verdiene. Temperatur er et eksempel på dette, hvor avstanden mellom 10 og 20 grader er den samme som mellom 20 og 30 grader. I tillegg kan verdiene på intervallnivå adderes og subtraheres.
- Forholdstallnivå: På forholdstallnivå er det i tillegg til faste avstander også et bestemt forhold mellom verdiene. Et eksempel på dette er i forhold til variabelen alder, hvor antall år er en naturlig verdi. På forholdstallnivå er det mulig å si at en 20-åring er dobbelt så gammel som en 10-åring og samtidig halvparten som gammel som en 40-åring.

3.2.1.1 Datainnsamling

For å samle inn kvantitative data innen samfunnsvitenskapelig forskning er det vanlig å ta utgangspunkt i ulike skjema for registrering av informasjon, det vil med andre ord si hvilke verdier hver enkelt enhet får på de ulike variablene. Det samme skjema benyttes for samtlige enheter i undersøkelsen (Grønmo, 2020). De siste årene har det blitt mer og mer vanlig å innhente data sosiale medier i forbindelse med stordataundersøkelser (Grønmo, 2020).

3.2.1.2 Dataanalyse

Ved hjelp av statistiske analyser kan kvantitative data analyseres. En vanlig metode for å analysere kvantitative data er tabellanalyse. En tabellanalyse kan enten vise enhetsfordeling på ulike verdier for et gitt antall variabler, eller vise sammenhenger mellom disse. En analyse som viser sammenheng mellom to variabler kalles for korrelasjonsanalyse (Grønmo, 2020). Korrelasjon er en betegnelse som viser hvor mye to ulike variabler påvirker hverandre, og det er vanlig å skille mellom positiv og negativ korrelasjon. Et eksempel på positiv korrelasjon kan f. eks. være at stort inntak av sure drikker kan føre til dårlig tannhelse, dette vises med høye verdier for begge størrelser. Et eksempel på negativ korrelasjon kan være at en bil faller i pris ettersom den blir eldre, da vil verdien på alder eksempelvis være høy imens verdien for verdien av bilen vil være lav (Frey Frøslie, 2020).

I tillegg til korrelasjonsanalyse er også regresjonsanalyse en vanlig form for analyse av kvantitative data. Regresjonsanalyse viser hvordan en gitt variabel, omtalt som avhengig variabel, påvirkes av andre variabler, omtalt som uavhengige variabler (Grønmo, 2020). Grønmo (2020) påpeker at det i tillegg finnes flere analysemetoder, og at metodevalg avhenger av b. la. problemstilling, antall variabler og målenivå etc.

3.2.1.3 Reliabilitet

Reliabilitet og validitet er ofte begreper som blir brukt for å uttrykke kvaliteten på kvantitative data. Reliabilitet omfatter hvor pålitelige dataene i en undersøkelse er, men også nøyaktigheten på selve datainnsamlingen. Dersom en måling gjentas flere ganger og produserer samme resultat så er resultatet reliabelt (Svartdal, 2020).

I denne spørreundersøkelsen har jeg hatt tilgang på et begrenset antall informanter. Dette fordi den valgte avdelingen ikke har så mange ansatte, og i tillegg er det ikke alle som har svart. Det vil med andre si at dersom jeg hadde gjennomført spørreundersøkelsen på et senere tidspunkt så er det ikke sikkert at jeg ville fått samme resultat. Som følge av dette må resultatene sees på som mindre reliable.

3.2.1.4 Generalisering

Utgangspunktet for kvantitative studier er ofte basert på et sannsynlighetsutvalg av enheter. Hensikten med dette er å kunne trekke generaliserte paralleller til det resterende utvalg, ofte kalt univers, som informantgruppen er valgt ut fra. Ved hjelp av signifikanttesting vil det være mulig å se hvor stor sannsynlighet det er for at resultatene fra undersøkelsen vil gjelde for resten av «universet» (Grønmo, 2020). I og med at reliabiliteten i denne oppgaven ikke kan bekreftes, så kan heller ikke resultatene generaliseres. Skulle dette blitt gjort måtte spørreundersøkelsen og påfølgende analyse vært gjennomført på en tilsvarende avdeling under lignende omstendigheter.

3.2.1.5 Validitet

Validitet omhandler sammenhengen mellom innsamlet data og deres relevans for problemstillingen (Dahlum, 2021). Dahlum (2021) omtaler validitet slik: «*validitet, eller gyldighet, betyr i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke*». Metodene jeg har benyttet i denne oppgaven er basert på en anerkjent modell som er utviklet over flere år av høyt anerkjente personer. Gjennomføringen av spørreundersøkelsen og analyseringen av dataene, er derimot ikke gjennomført på identisk vis. Men jeg mener likevel at de data som er hentet inn har høy validitet ettersom jeg har benyttet meg av andre kjente metoder og verktøy som SPSS.

3.3 Utforming av spørreskjema

Spørreundersøkelse som forskningsmetode har blitt gjennomført helt siden oldtidens Egypt, men ble først tatt i bruk som en formell forskningsmetode i løpet av 1930-1940 av sosiologen Paul Lazarsfeld (Bhattacharjee, 2012). Spørreundersøkelse som forskningsmetode har noen iboende styrker sammenlignet med andre metoder. En spørreundersøkelse egner seg godt til å kartlegge «uobserverbare data» som f.eks. informantenes holdninger og meninger (Bhattacharjee, 2012).

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt å utforme spørreskjema i denne oppgaven etter teknologiakseptansmodell 3, mest kjent som TAM3. Spørreskjemaet består av 32 spørsmål fordelt etter de ulike variablene i TAM3. Hver variabel besvares med en fempunktsskala, som går i fra «svært enig» til «svært uenig». Denne skalaen kalles for Likert-skala og er mye anvendt i forbindelse med spørreundersøkelser (Malt & Grønmo, 2020).

3.4 Utsending av spørreskjema

Jeg hadde på forhånd bestemt meg for at informantgruppen skulle bestå av ansatte ved en psykiatrisk avdeling. På grunn av coronapandemien, og strenge tiltak på sykehuset så endte jeg opp med å benytte mine nåværende og forhenværende kollegaer som informanter.

Denne informantgruppen er bredt sammensatt med tanke på alder, erfaring, teknisk kompetanse m.m og undertegnede tenker derfor at den vil kunne gi en god representasjon av samfunnet som helhet. Spørreskjemaet ble utformet i SurveyXact og link ble lagt ut på en felles gruppe på Facebook. På den måten er det ingen identifiserbare bakgrunnsdata som blir samlet inn og undersøkelsen er derfor 100 % anonym. Informantene fikk muntlig så vel som skriftlig beskjed om at gjennomføring av spørreundersøkelsen medførte at deres svar ville bli benyttet i denne oppgaven.

3.5 Bakgrunn for valg av design og informanter

Bakgrunnen for valg av metode er at denne metoden passer best for å svare på oppgavens problemstilling, samt at det var tryggest/mest gjennomførbart med tanke på smittevern. Det var ønskelig at informantene skulle være mest mulig anonyme, og valget falt derfor på å opprette et anonymt spørreskjema i SurveyXact. Deltagerne i prosjektet befinner seg i aldersgruppen 23-65 år, men ulik etnisk bakgrunn, utdanningsnivå, kjønn og erfaring. Slik spørreskjemaet er utformet ansees det ikke å utgjøre noe risiko med tanke på spesifikke etisk hensyn, dette med bakgrunn i at all innsamlet data er anonyme og ikke personspefifikke.

3.6 Vedrørende samtykke og godkjenning fra NSD og FEK

Etter å ha vært i dialog med både veileder og en seniorrådgiver ved Forskningsadministrativ avdeling på UiA kom jeg frem til at det ikke var nødvendig å hverken sende ut samtykkeerklæring eller søke NSD om godkjenning for dette prosjektet. Prosjektet ble godkjent av FEK 20.08.2021.

3.8 Feilkilder

Innen all form for forskning er det viktig å være bevisst på eventuelle feilkilder som kan påvirke resultatet i en eller annen retning. En feilkilde er som navnet tilsier en omstendighet eller et forhold som kan føre til feil i eksempelvis en analyse.

Den fremste potensielle feilkilden i min datainnsamling er først og fremst min «nærhet» til informantgruppen ettersom den i dette tilfellet består av mine nåværende og forhenværende kolleger. Med bakgrunn i dette er det naturlig å tenke at deres forhold til meg kan ha påvirket dem i måten de har besvart spørsmålene på.

En annen mulig feilkilde kan ligge i utformingen av selve spørreskjemaet. Det er alltid en mulighet for at spørsmålene er formulert på en måte som gjør at informantene ikke helt får tak i hva spørsmålet egentlig omhandler. I tillegg kan grunnlaget for spørreskjemaet, TAM3, være mindre gunstig i forhold til å svare på problemstillingen enn det jeg hadde sett for meg.

4.0 Resultater og analyse

I dette kapittelet vil jeg først presentere de funn som har kommet frem i spørreundersøkelsen, for deretter å drøfte noen av disse opp mot teori i oppsummeringen på slutten. Funnene er et resultat av univariate, bivariate og multivariate analyser gjennomført i IBM SPSS Statistics 25. Jeg har benyttet meg av frekvenstabeller og krystabeller. Resultatene har blitt organisert etter samme prinsipp som spørreundersøkelsen er konstruert etter, nemlig TAM3. Dataene blir presentert ved hjelp av tekst og tabeller. Den univariate analysen er gjennomført med den hensikt å undersøke fordelingen av informantene i oppgaven.

4.1 Bakgrunnsvariabler

I del 1 (spørsmål 1-3) av denne spørreundersøkelsen finnes det tre variabler som kan omtales som bakgrunnsvariabler. Dette være seg variablene «*alder*», «*kjønn*» og «*hvor mange år har du jobbet i psykiatrien*». Jeg hadde i utgangspunktet tenkt til å bruke alle disse tre for å analysere spørsmålene i spørreundersøkelsen, men etter nærmere undersøkelser kom jeg frem til at korrelasjonen mellom «*alder*» og «*hvor mange år har du jobbet i psykiatrien*» var såpass sterk at sistnevnte er tilnærmet redundant, og jeg har derfor valgt å kun benytte «*alder*» og «*kjønn*» i den videre analysen. I tillegg er «*alder*» en mer nyansert variabel i denne sammenheng, ettersom alder kan si mer om erfaring i forbindelse med ny teknologi enn antall år en person har jobbet i psykiatrien.

For å komme frem til korrelasjonen mellom variablene «alder» og «*hvor mange år har du jobbet i psykiatrien*» så har jeg anvendt meg av Pearsons korrelasjonskoeffisient.

Korrelasjonskoeffisienter omhandler en skala fra -1 til +1 som tilsvarer henholdsvis negativ og positiv korrelasjon, hvor 0 tilsvarer ingen korrelasjon (Pripp, 2018). I og med at korrelasjonskoeffisienten utgjør 0.823 så medfører dette at det er en meget sterk korrelasjon mellom «alder» og «*hvor mange år har du jobbet i psykiatrien*», og vil derfor medføre marginale forskjeller.

Correlations

		Alder	Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien?
Alder	Pearson Correlation	1	,823**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	32	32
Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien?	Pearson Correlation	,823**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	32	32

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

Figur 8: Korrelasjonsanalyse

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er 32 personer som har besvart eller delvis besvart undersøkelsen. Informantgruppen er representert i samtlige tilgjengelige aldersgrupper hvorav den største er aldersgruppen 26-31 som utgjør 28,1% av informantene, etterfulgt av aldersgruppen 50-55 med 21,9%. Gjennomsnittsalder for denne gruppen ligger i gruppen 38-43.

Alder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25	3	9,4	9,4	9,4
	26-31	9	28,1	28,1	37,5
	32-37	5	15,6	15,6	53,1
	38-43	2	6,3	6,3	59,4
	44-49	2	6,3	6,3	65,6
	50-55	7	21,9	21,9	87,5
	62-69	4	12,5	12,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Figur 9: Aldersfordeling.

For å gjøre den videre analysen mer oversiktlig har jeg gruppert de syv verdiene i variabelen «alder» inn i to grupper, 20-43 og 44-69. Disse har jeg valgt å kalle «aldersgruppe». Denne tabellen viser at den største andelen av kvinnene befinner seg i aldersgruppen 20-43, mens det hos mennene er et lite flertall i aldersgruppen 44-69.

Aldersgruppe

			Aldersgruppe		Total
			20-43	44-69	
Kjønn	Kvinne	Count	11	5	16
		% within Aldersgruppe	64,7%	45,5%	57,1%
	Mann	Count	6	5	11
		% within Aldersgruppe	35,3%	45,5%	39,3%
	Vil ikke svare	Count	0	1	1
		% within Aldersgruppe	0,0%	9,1%	3,6%
Total		Count	17	11	28
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Figur 10: Aldersgruppe

Når det kommer til kjønnsfordeling så viser tallene at det er en klar overvekt av kvinner med 62,5% mot 34,4% menn og 3,1% som ikke ønsket å svare.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kvinne	20	62,5	62,5	62,5
	Mann	11	34,4	34,4	96,9
	Vil ikke svare	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Figur 11: Kjønnfordeling

Ved hjelp av en bivariat analyse så fremkommer det av statistikken at hovedandelen av kvinnene befinner seg i aldersgruppen 26-31 med 30%. Den største prosentmessige fordelingen av menn finnes i aldersgruppen 50-55 med 36,4%.

			Alder						Total	
			20-25	26-31	32-37	38-43	44-49	50-55	62-69	
Kjønn	Kvinne	Count	1	6	4	1	2	2	4	20
		% within Kjønn	5,0%	30,0%	20,0%	5,0%	10,0%	10,0%	20,0%	100,0%
		Mann	Count	2	3	1	1	0	4	0
		% within Kjønn	18,2%	27,3%	9,1%	9,1%	0,0%	36,4%	0,0%	100,0%
Vil ikke svare	Kjønn	Count	0	0	0	0	0	1	0	1
		% within Kjønn	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		Total	Count	3	9	5	2	2	7	4
		% within Kjønn	9,4%	28,1%	15,6%	6,3%	6,3%	21,9%	12,5%	100,0%

Figur 12: Kjønnsmessig fordeling innenfor aldersgrupper.

Som det fremkommer av tabellen nedenfor så er det også en viss fordeling når det kommer til yrkeserfaring innenfor psykiatri, med en rimelig klar hovedandel innenfor gruppen 6-11 år med 40,6%.

Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	8	25,0	25,0	25,0
	6-11	13	40,6	40,6	65,6
	12-17	3	9,4	9,4	75,0
	18-23	1	3,1	3,1	78,1
	24-29	4	12,5	12,5	90,6
	30-35	2	6,3	6,3	96,9
	36-41	1	3,1	3,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Figur 13: Arbeidserfaring

Ikke overraskende er det også i gruppen 6-11 års yrkeserfaring at de fleste informantene befinner seg, med henholdsvis 35% av kvinnene og 45,4% av mennene. Det fremkommer også at flesteparten av informantene har 6-11 års erfaring eller mindre, med en prosentandel på 60% for kvinnene og 72,8% for mennene.

Kjønn * Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien?

Crosstabulation

		Hvor mange år har du jobbet i psykiatrien?							Total	
		0-5	6-11	12-17	18-23	24-29	30-35	36-41		
Kjønn	Kvinne	Count	5	7	3	0	2	2	1	20
		% within	25,0	35,0	15,0	0,0%	10,0	10,0	5,0%	100,0
	Kjønn	%	%	%		%	%		%	
nn	Mann	Count	3	5	0	1	2	0	0	11
		% within	27,3	45,5	0,0%	9,1%	18,2	0,0%	0,0%	100,0
	Kjønn	%	%			%			%	
Vil ikke svare	Vil ikke svare	Count	0	1	0	0	0	0	0	1
		% within	0,0%	100,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0
	Kjønn		%						%	
Total	Total	Count	8	13	3	1	4	2	1	32
		% within	25,0	40,6	9,4%	3,1%	12,5	6,3%	3,1%	100,0
	Kjønn	%	%			%			%	

Figur 14: Arbeidserfaring fordelt på kjønn.

4.2 Resultater fra spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen er som tidligere nevnt strukturert etter TAM3 (Venkatesh & Bala, 2008), og er således delt inn i 12 kategorier med 32 spørsmål. I dette kapittelet vil jeg legge frem resultatene fra spørreundersøkelsen. I denne analysen har jeg valgt å bruke spørsmålene som avhengig variabel, og «alder» og «kjønn» som uavhengige variabler. En avhengig variabel er en variabel som er betinget av en eller flere andre variabler (Dahlum, 2021). Jeg ser det som mest hensiktsmessig å kun trekke frem svaralternativene med høyest prosentandel, og heller trekke frem ytterligere svar dersom det synes relevant. Jeg har valgt å ikke fokusere på variabelen «kjønn» i analysen av undersøkelsen, men jeg har likevel valgt å ta denne med for å vise fordelingen. Istedenfor har jeg valgt å legge vekt på variabelen «aldersgruppe» ettersom denne er mer relevant for aspektene i TAM3-modellen.

4.2.1 Determinants for perceived usefulness (avgjørende faktorer for antatt nytteverdi)

Del 2 av spørreundersøkelsen (spørsmål 4-15) omhandler det Venkatesh og Davis (2000) kaller «*determinants for perceived usefulness*» som kan oversettes til «*avgjørende faktorer for antatt nytteverdi*». Disse faktorene kan sees på som en persons oppfatning, opplevelser og forventninger knyttet til bruken av et nytt system (Venkatesh & Davis, 2000). Spørsmål 4 og 5 omhandler en persons tanker rundt ledelsens og kollegers forventning til deres bruk av ny teknologi. Tallene (4) viser at 75% av de spurte kvinnene sier seg «*svært enig*» i at de tror at ledelsen forventer at de tar i bruk ny teknologi. Det synes interessant at blant mennene så er svarene jevnt fordelt med 27,3% på kategoriene «*svært enig*», «*noe enig*» og «*verken enig eller uenig*». Totalt sett svarer 55,6% at de er «*svært enig*». På dette spørsmålet fremstår gruppen 44-69 langt mer enig i utsagnet enn den yngre aldersgruppen. Den eldste aldersgruppen har en oppslutning på 90% på alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*», imens tilsvarende for den yngre gruppen ligger på 64,7%.

Når det gjelder informantenes tanker rundt kollegers forventninger (5) så stiller det seg litt annerledes. På dette området så er svarene blant kvinnene fordelt 50% i alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*», imens 72,7% av mennene svarer «*noe enig*». Totalt svarer 59,3% at de er «*noe enig*» i at de tror at kollegene forventer at de tar i bruk ny teknologi.

Spørsmål 6 tar for seg informantenes opplevelse av arbeidsplassen evne til å bistå ved innføring av ny teknologi. Ut ifra svarene så det virke som om informantene enten ikke har tenkt så mye over den aktuelle problemstillingen, eller at de eventuelt mangler sammenligningsgrunnlag. 50% av kvinnene svarer at de er «*noe enig*» i at arbeidsplassen er behjelpelig, imens 40% av mennene svarer «*hverken enig eller uenig*». Totalt svarer 42,3% av populasjonen at de er «*noe enig*». Her er aldersgruppen 44-69 langt mer enige i utsagnet med en prosentandel på 88,9% fordelt på alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*». Den yngre gruppen har en tilsvarende svarprosent på 52,9%. I og med at under halvparten av informantene er «*noe enig*» i dette utsagnet, så kan det se ut som om dette er et område med klart forbedringspotensial. Dette vil jeg komme mer tilbake til i oppsummeringen. De neste tre spørsmålene i spørreskjemaet (7-9) omhandler det som i TAM3 modellene kalles for *image* (omdømme), og tar for seg hvordan en persons omdømme påvirkes på arbeidsplassen (Moore & Benbasat, 1991, s. 195, som sitert i Venkatesh & Davis, 2000, s. 189). På spørsmål (7) om det medfører økt «prestisje» og ta i bruk ny teknologi så svarer 37,5% av kvinnene at de er «*hverken enig eller uenig*», i tillegg 50% av mennene svarer det samme. Når totalt 42,3% svarer at de er «*hverken enig eller uenig*» så kan det tyde på at jeg enten har formulert spørsmålet på en måte som gjorde det vanskelig å forstå, eller at dette er noe informantene ikke har tenkt over. Alternativet med nest høyest oppslutning er «*noe enig*» med 26,9%, tett etterfulgt av «*noe uenig*» med 23,1%.

Tilsvarende tendens gjør seg gjeldende i spørsmål 8 tilknyttet teknisk kompetanse som statussymbol på arbeidsplassen. Her svarer 37,5% av kvinnene og 60% av mennene at de er «*hverken enig eller uenig*». Totalt svarer 46,2% at de er «*hverken enig eller uenig*». Nest høyest prosentandel på dette spørsmålet er «*noe enig*» med 23,1%.

På spørsmål 9: «*jeg føler ikke noe behov for å styrke mine tekniske ferdigheter*» så svarer 62,5% av kvinnene og 40% av mennene at de er «*noe uenig*» i dette. Totalt svarer 53,8% at de er «*noe uenig*» i at de ikke føler behov for å styrke sine tekniske ferdigheter. Det er den yngre aldersgruppen som er mest «*uenig*» i dette utsagnet med en svarfordeling på 88,2% fordelt på alternativene «*noe uenig*» og «*svært uenig*». I den eldre gruppen ligger tilsvarende svarprosent på 66,6%.

I og med at helsesektoren er i en kontinuerlig digitaliseringsprosess så synes det interessant at ca. halvparten av de spurte ikke ser behov for å forbedre sine tekniske ferdigheter.

Spørsmål 10 og 11 omhandler neste aspekt av TAM3-modellen som er «*jobbrelevans*», og som navnet tilsier tar dette aspektet for seg hvor relevant informantene synes at bruk av teknologi er for deres arbeidsplass. På spørsmål 10 svarer 62,5% av kvinnene og 60% av mennene at de er «*svært enig*» i at bruk av teknologi er relevant for deres arbeidsplass. Totalt svarer 61,5% at de er «*svært enig*». Neste spørsmål (11) går et skritt lenger og spør om «*bruk av teknologi er essensielt*», interessant nok så spriker svarprosenten mellom kjønnene noe mer enn i foregående spørsmål. 56,3% av kvinnene svarer at de er «*noe enig*», imens 40% av mennene svarer det samme. Totalt svarer 50% at de er «*noe enig*».

De to neste spørsmålene (12-13) ligger innunder det som i TAM3 kalles for «*output quality*» (produksjonskvalitet) og omfatter om brukeren opplever at systemet utfører de oppgavene det er tiltenkt. På spørsmål (12) om teknologiske løsninger bidrar til at informantene gjør en bedre jobb så svarer 56,3% av kvinnene at de er «*noe enig*», tilsvarende svarer 40% av mennene det samme. Totalt svarer 50% at de er «*noe enig*». Spørsmål 13 etterspør om arbeidshverdagen har blitt vanskeligere og mer tidkrevende for informantene ved innføring av nye teknologiske løsninger. Her svarer 56,3% av kvinnene at de er «*noe enig*». 50% av mennene svarer at de er «*noe uenig*». Totalt svarer 38,5% at de er «*noe enig*». På dette spørsmålet er det stor forskjell på mellom aldersgruppene. Der hvor 66,7% av den eldre aldersgruppa svarer at de er «*noe enig*», så svarer 58,9% av den yngre aldersgruppa at de er «*noe uenig*» eller «*svært uenig*». Det er interessant at det er såpass store forskjeller på dette spørsmålet, med grupper som omtrent svarer stikk motsatt på dette spørsmålet. Dette vil drøftes ytterligere i oppsummeringen på slutten av kapitlet.

Spørsmål 14 og 15 tar for seg «*result demonstrability*» (målbare resultater) som omhandler hvilke resultater brukeren av systemet opplever. På spørsmål (14) om informantene ser fordelene med den teknologien de bruker så svarer 56,3% av kvinnene at de er «*noe enig*», imens 50% av mennene svarer at de er «*svært enig*». Totalt svarer 50% at de er «*noe enig*». Spørsmål 15: «*nye teknologiske løsninger har gitt meg mer tid til andre oppgaver*» viser at kun 37,5% av kvinnene svarer at de er «*noe enig*», imens 50% av mennene svarer «*noe uenig*». Totalt svarer 34,6% at de er «*noe uenig*».

Når såpass mange av informantene mener at nye teknologiske løsninger ikke bidrar til å gjøre arbeidshverdagen lettere, så fremstår det som problematisk. Som nevnt tidligere så skriver Venkatesh & Davis, 2000 at selv velutviklede, effektive systemer kan mislykkes dersom brukerne ikke kan relatere økt jobbprestasjon til bruken av systemet.

De neste tre spørsmålene (16-18) ligger inn under aspektet experience (erfaring) og som i bunn og grunn tar for seg informantens kompetanse og erfaring med teknologi. På spørsmål (16) om informanten ser på seg selv som teknisk kompetent så svarer 43,8% at de er «*noe enig*». Blant mennene er det en jevn prosentfordeling på 40% på alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*». Totalt svarer 42,3% at de er «*noe enig*». På dette spørsmålet fremkommer det noen forskjeller mellom aldersgruppene. Der hvor 47,1% av gruppen 20-43 svarer at de er «*svært enig*» i at de ser på seg selv som teknisk kompetent, så svarer ingen i aldersgruppe 44-69 det samme. Videre fordeling viser at 29,4% av den yngre gruppa svarer «*noe enig*» i motsetning til den eldre gruppas 66,7%. Ingen i den yngre gruppa svarer «*svært uenig*» på dette spørsmålet, men 22,2% av den eldre gruppa har valgt dette alternativet.

Spørsmål 17 og 18 etterspør om informantene liker å ta i bruk ny teknologi, og om de har dårlig erfaring med bruk av teknologi. På det første spørsmålet svarer 37,5% av kvinnene «*svært enig*» og like mange svarer «*delvis enig*». Blant mennene svarer 50% «*svært enig*». Totalt svarer 42,3% at de er «*svært enig*». Det er den yngste aldersgruppa som, kanskje ikke overraskende, er mest positive med en total svarprosent på 88,2% på alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*». Tilsvarende prosentandel for den eldre gruppa er på 44,4%. Når det kommer til eventuelle dårlige erfaringer med bruk av teknologi så svarer 43,8% av kvinnene at de er «*noe uenig*» i at de har hatt det. 40% av mennene er «*hverken enig eller uenig*» i dette. Totalt svarer 38,5% at de er «*noe uenig*».

4.2.2 Anchoring (forankring)

Del 3 av spørreundersøkelsen, spørsmål 19-27, går inn under den delen av TAM3-modellen som kalles for «forankring» (anchoring). Spørsmål 19-21 omhandler «computer self-efficacy» (mestringstro) som enkelt forklart tar for seg brukerens tro på egne tekniske ferdigheter. På det første spørsmålet (19) i denne kategorien: «*jeg har liten tro på egne tekniske ferdigheter når det kommer til teknologien på arbeidsplassen*» så svarer 56,3% av kvinnene at de er «*noe uenig*», imens 40% av mennene svarer at de er «*svært uenig*». Totalt svarer 46,2% at de er «*noe uenig*». Spørsmål 20 går ut på om informanten har tro på at de får til å bruke ny teknologi dersom de får opplæring. Her svarer 75% av kvinnene at de er «*svært enig*», tilsvarende prosent for mennene er 55,6%. Totalt svarer 68% at de er «*svært enig*». Neste spørsmål (21) spør om informantene lett lærer seg ny teknologi. På dette spørsmålet svarer 43,8% av kvinnene at de er «*noe enig*». Blant mennene er svarene fordelt med 33,3% mellom «*svært enig*» og «*noe enig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe enig*».

Spørsmål 22-24 havner inn under neste aspekt i modellen som kalles «*perception of external control*» (oppfattelse av ekstern kontroll/tilretteleggende forhold). Som kort fortalt omhandler brukerens opplevelse av om den organisatoriske og tekniske infrastrukturen ligger til rette for bruk av et system. Spørsmål 22: «*jeg opplever ofte problemer med ny teknologi på arbeidsplassen*» er et eksempel på dette. Her svarer 37,53% av kvinnene at de er «*noe enig*». 55,6% av mennene svarer at de er «*hverken enig eller uenig*». Totalt svarer 36% at de er «*hverken enig eller uenig*». Alternativet med nest høyest oppslutning er «*noe enig*» med 28% etterfulgt av «*noe uenig*» med 24%.

Neste spørsmål (23) «*spiller videre*» på foregående spørsmål ved at det etterspør arbeidsplassens evne til å tilrettelegge for god implementering av ny teknologi. På det spørsmålet svarer 56,3% av kvinnene og 44,4% av mennene at de er «*noe enig*». Totalt svarer 52% at de er «*noe enig*». Spørsmål 24 fortsetter i samme spor som det foregående spørsmålet ved at det setter spørsmålstegn ved om teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er tilpasset arbeidsflyten eller ikke. 37,5% av kvinnene svarer at de er «*noe enig*» i at ny teknologi ikke er tilpasset arbeidsflyten.

Interessant nok så er svarene for mennene fordelt med 33,3% på alternativene «*noe enig*» og «*noe uenig*». Totalt svarer 36% at de er «*noe enig*».

De to neste «forankringspunktene» i modellen inneholder spørsmål 25-27. Disse to punktene er «*computer anxiety*» (datamaskinskrekk) og «*computer playfulness*» («lekenhet» med datamaskiner).

Førstnevnte er brukerens opplevelse av «angst» eller frykt knyttet til bruk av datamaskiner, og sistnevnte er brukerens evne til å samhandle og «leke» med datamaskiner. På spørsmål 25: «*jeg liker å ta i bruk ny teknologi*» så svarer 43,8% av kvinnene at de er «*noe enig*». Blant mennene er svarene fordelt med 33,3% på henholdsvis «*svært enig*» og «*noe enig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe enig*». Det neste spørsmålet (26) spør om informantene spontant kan ta i bruk ny teknologi. På dette spørsmålet er kvinnene noe delt hvor henholdsvis 31,3% svarer at de er «*noe enig*» og like mange svarer at de er «*hverken enig eller uenig*». Blant mennene svarer 55,6% at de er «*noe enig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe enig*». Spørsmål 27 går ut på om informantene liker å utforske teknologien og finne ut av hva den kan gjøre. På dette spørsmålet svarer 31,3% av kvinnene og 55,6% av mennene at de er «*noe enig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe enig*». Kanskje ikke overraskende er også her den yngre aldersgruppen mer enig i dette utsagnet med 68,8% fordeling på «*svært enig*» og «*noe enig*». Tilsvarende fordeling for den eldre aldersgruppen er 33,3% på «*noe enig*».

Del 4 av spørreundersøkelsen, spørsmål 28-32, omhandler det som i TAM3-modellen kalles for «*adjustment*» (justering). De to punktene som utgjør denne delen av modellen er «*perceived enjoyment*» (oppfattet fornøyelse), som handler om hvor «fornøyet» et system er å bruke, og «*objective usability*» (objektiv brukervennlighet) som tar for seg hvor brukervennlig et system er.

Spørsmål 28 og 29 utgjør i denne spørreundersøkelsen «*perceived enjoyment*» (oppfattet fornøyelse). På spørsmål (28) om informantene foretrekker å jobbe med teknologiske løsninger fremfor analoge løsninger, så svarer 37,5% av kvinnene at de er «*noe enig*». Av mennene svarer 44,4% at de er «*svært enig*». Totalt sett er svarene fordelt med 32% på alternativene «*svært enig*» og «*noe enig*».

Spørsmål 29 spør om nye teknologiske løsninger alltid er en forbedring i forhold til måten man gjorde ting på tidligere. På det spørsmålet svarer 37,5% av kvinnene at de er «*hverken enig eller uenig*», og like mange svarer at de er «*noe uenig*». Blant mennene er svarende fordelt med 44,4% på «*noe uenig*» og 33,3% på «*noe enig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe uenig*».

De tre siste spørsmålene (30-32) omhandler «*objective usability*» (objektiv brukervennlighet) og tar for seg hvordan informantene opplever teknologien på arbeidsplassen. Spørsmål 30 spør om teknologien informantene bruker på arbeidsplassen er enkel å bruke. Her svarer 37,5% av kvinnene at de er «*noe enig*». Blant mennene svarer 55,6% av mennene at de er «*hverken enig eller uenig*». Totalt svarer 36% at de er «*hverken enig eller uenig*». Det neste spørsmålet (31) etterspør om bruk av teknologi i arbeidshverdagen krever mye av brukeren. På dette spørsmålet svarer 43,8% av kvinnene at de er «*noe uenig*», imens 44,4% av mennene svarer at de er «*hverken enig eller uenig*». Totalt er det en fordeling med 36% på «*hverken enig eller uenig*» og «*noe uenig*». Det siste spørsmålet i spørreundersøkelsen (32) går på om arbeidshverdagen var lettere før teknologien kom. Her svarer 50% av kvinnene at de er «*noe uenig*». Av mennene svarer 55,6% at de er «*hverken enig eller uenig*». Totalt svarer 40% at de er «*noe uenig*».

4.2.3 Oppsummering

Resultatene fra undersøkelsen viser at det på noen områder er større eller mindre forskjeller mellom aldersgruppene, og også tidvis kjønnene. Et av punktene som står klart frem for meg er at implementeringen av ny teknologi kan bli enda bedre. Når kun 42,3% av populasjonen svarer at de er «*noe enig*» i at arbeidsplassen er behjelpelig når ny teknologi skal tas i bruk, så fremstår dette som et område med stort forbedringspotensial. Som Nakrem og Kiran (2019) trekker frem i sin artikkel så kan velferdsteknologi være med på å gjøre helsesektoren bedre, men at man er avhengig av at samtlige parter samarbeider for å få dette til. Dette være seg utviklere, produsenter, bestillere og brukere. Som nevnt tidligere i oppgaven så er implementering av velferdsteknologi krevende, og dette er bakgrunnen for «*kvikk-guide til velferdsteknologi*» som er utgitt av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Et av punktene i denne guiden er å lage en opplæringsplan for ansatte, som også inkluderer opplæringsrutiner for nyansatte, vikarer og «andre» (Nasjonalt velferdsteknologiprogram, 2019). Det fremkommer ikke konkret fra guiden hva som menes med «andre», men personlig så mener jeg at det bør være rom for å tilpasse opplæringsplanene etter brukernes behov så vel som tekniske kompetanse. Som resultatene fra spørreundersøkelsen viser så er det tidvis store forskjeller på «egenrapportert» teknisk kompetanse, særlig mellom aldersgruppene. Dette er ikke særlig overraskende ettersom den yngre generasjonen har vokst opp med teknologi på en helt annen måte enn den eldre, og derfor i mange situasjoner har en fordel når det kommer til å skulle tilegne seg kunnskap om ny teknologi. Dette er et aspekt som jeg mener opplæringsplaner før ta stilling til i langt større grad enn det blir gjort i dag. Et eksempel på dette er når 66,7% av aldersgruppa 44-69 svarer at de er «noe enig» i at arbeidshverdagen har blitt vanskeligere med ny teknologi, og 58,9% av den yngre aldersgruppa svarer at de er «noe uenig» eller «svært uenig» på det samme spørsmålet så er dette et tegn på at noe må gjøres.

Det å lage en opplæringsplan som samtlige ansatte skal benytte, uavhengig av kompetansenivå, fremstår for meg som et feiltrinn. Basert på egne erfaringer så vil det alltid være noen som har behov for mer opplæring og tid enn andre. Der hvor enkelte kan ansees som tilstrekkelig opplært etter to timer, så trenger andre kanskje det dobbelte. Ved å tilrettelegge opplæringen på denne måten, vil man kunne gjøre implementeringsfasen litt enklere, og samtidig vil det kunne være økonomisk gunstig ettersom man bruker ressurser der det trengs.

Etter å ha analysert resultatene fra denne undersøkelsen sitter jeg igjen med en del spørsmål som egentlig ikke har blitt besvart. Det jeg mener med dette er at på noen spørsmål har majoriteten av informantene svart at de er «hverken enig eller uenig», noe som gir noen indikasjon den ene eller andre veien. Det kan være flere årsaker til at såpass mange har valgt dette alternativet, men mest sannsynlig så har det sammenheng med at jeg ikke har formulert spørsmålene godt nok. Det som for meg fremstår som klare tydelige spørsmål, kan for andre virke uforståelig. Dette er noe jeg må ta til etterretning i arbeidet med denne oppgaven.

5.0 Drøfting

Frem til nå i denne oppgaven er det gjennomgått en introduksjon til tema, valg av problemstilling, begrunnelse for valg av metode, samt presentasjon av teoretisk rammeverk og resultatene av datainnsamlingen. Dette kapittelet inneholder diskusjon og tolkning av de innsamlede data, hvis formål er å besvare problemstillingen:

Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi, og hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?

5.1 Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi?

Utgangspunktet for denne oppgaven å se nærmere på ulike måter for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern, og hva helsepersonells forhold til velferdsteknologi er. I tillegg ønsker jeg å se nærmere på hvilke faktorer som må ligge til rette for å sikre god implementering.

Som nevnt i kunnskapsnotatet fra Forskningsrådet så finnes det flere teknologiske løsninger for digital samhandling mellom pasient og helsevesen, men at få aktører i helsevesenet benytter seg av disse. Det er nok flere årsaker til at såpass få løsninger har blitt tatt i bruk, både lokalt og nasjonalt. Dette være seg lokale begrensninger knyttet til digital infrastruktur, manglende kunnskap om de tilbud som finnes, manglende velvilje blant ledelse, økonomiske årsaker osv.

Som nevnt tidligere i oppgaven så er det forsket mye på bruk av digitale verktøy innen psykisk helsevern, og resultatene av forskningen tilsier at disse verktøyene på flere områder er jevn gode med den tradisjonelle behandlingen. Astrup & Helgesen (2019) påpeker at offentlig sektor må endre måten den arbeider på som et resultat av trangere økonomi og høyere forventninger fra befolkningen. Som et resultat av dette vil nye teknologiske løsninger gjøre seg gjeldende.

Det er ikke utenkelig at en konsekvens av coronapandemien er at flere har fått øynene opp for ulike teknologiske løsninger når det kommer til bruk av hjemmekontor og annet «fjernarbeid». For mange mennesker ble det en utfordring at den norske helsesektoren «stengte ned» ettersom pasienter ikke fikk anledning til å fysisk oppsøke behandling. Ved å innføre flere internettbaserte løsninger for samtaler og selvhjelp kan flere få hjelp uavhengig av psykosomatisk situasjon eller bosted. For det er ingen hemmelighet at det i Norge er store forskjeller fra kommune til kommune i form av hvilke behandlingsmuligheter som er tilgjengelig for innbyggerne. Ved å innføre f.eks. internettbaserte terapiverktøy så vil det være mulig for en person bosatt i en liten bygd å få tilgang til tilnærmet samme behandlingstilbud som en person i storbyen. Simpson og Reid (2014) påpeker at dette ikke kun gjelder i enkelte land, men at det er snakk om et globalt problem. Nordgreen (2019) konkluderer at den nettbaserte behandlingen gir aller best effekt i kombinasjon med tradisjonell terapi, men det vil uansett være et bedre tilbud for mange enn det de har i dag.

Jeg har tidligere i denne oppgaven trukket frem forskningen til David Ebert (2016) som poengterer at denne formen for terapi ikke passer for alle pasienter, og at det kan til og med føre til en forverring av symptomer. Faren ved denne typen behandling er at det for mange pasienter kan oppleves for krevende og at de dermed ikke vil i stand til å gjennomføre opplegget, noe som kan føre til en økt følelse av håpløshet.

Jeg har personlig sett hva selv de minste nederlag kan gjøre for psyken til psykisk syke pasienter, og det er absolutt noe man må være oppmerksom på. Det konkluderes likevel med at internettbasert selvhjelp ikke utgjør noen økt risiko, men at det heller kan hindre en forverring av symptomer.

Som statistikken i teorikapittelet påpeker, så viser internasjonale estimater at 55-60% av personer med psykiske utfordringer som har behov for hjelp ikke får det. En artikkel fra NHI (Norsk helseinformatikk) belyser dette problemet ytterligere: «*depresjon er en viktig årsak til uførhet verden over, delvis fordi folk lever så lenge med sykdommen ofte uten god behandling*» (NHI, 2019). WHO antar at depresjon i løpet av 20 år vil blant de to mest belastende sykdommene i forhold til samfunnsøkonomi i verden. Da fremstår det som et tankekors at man i Norge stadig kutter i spesialisthelsetjenesten.

Bildet under viser hva som dukker opp på Google (2021) når man søker på «Norge kutter i psykiatrien». Det som er interessant med dette bilde er at det viser en tidsperiode fra 2003-2021, med omtrent identiske overskrifter.

Google

norge kutter i psykiatri

About 132,000 results (0.51 seconds)

<https://www.dagensmedisin.no> · ber-... · Translate this page

Ber regjeringen stanse nedbyggingen av psykisk helsevern
Oct 9, 2019 — Nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien må stanse. ... består av representanter fra Norsk psykiatrisk forening, Norsk barne- og ...

<https://www.aftenposten.no> · kronikk · Translate this page

Norsk psykiatri er verre enn sitt rykte | Jill Arild og Linda Berg ...
Dec 21, 2018 — Myndighetene kutter bevisst i tilbudet, til stor skade for pasientene. Kort sagt så tar vi for dårlig vare på psykisk syke mennesker. Dette er ...

<https://www.aftenposten.no> · norge · Translate this page

Kraftige kutt i psykiatrien - Aftenposten
Dec 7, 2003 — Stikk i strid med alle politiske løfter om opptrapping av psykiatrien, må Aker sykehus spare 32 millioner neste år.

<https://www.tk.no> · formannskapet-r... · Translate this page

Formannskapet reagerer på kutt i psykiatri-tilbudet - Tidens Krav
Mar 3, 2021 — Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal i Helse Midt-Norge RHF være høyere enn den var for somatikk i 2019, dvs.

<https://www.smp.no> · nyheter · 2020/01/17 · Uro-for-fle... · Translate this page

Uro for flere kutt i psykiatrien - Sunnmørsposten
Jan 17, 2020 — No er ho uroa over forslag om kutt i spesialisthelsetilbudet i ... Marianne Nydal, som er hovudtillitsvald i Norsk Sykepleierforbund ved ...

<https://www.dagbladet.no> · kultur · Translate this page

Psykiisk helsevern - Nei Erna og Bent, det er ofte ikke hjelp å få
Feb 5, 2020 — KUTTER SENGEPLASSER: Siden Solberg-regjeringen tiltrådte, er antall sengeplasser i psykiatrien kuttet med over 800, fra 4160 i 2013 til 3359 ...
Missing: øerge | Must include: norge

<https://nhi.no> · psykiske-lidelser · tv... · Translate this page

Tvang i psykiatrien og brudd på rettigheter - NHI.no

Figur 15. Norge kutter i psykiatri (Google, 2021).

Som Berg-Heggelund og Arild (2018) påpeker så virker det som om det først og fremst er økonomi som har styrt psykisk helsevern de siste årene. De poengterer at psykologene i Norge er den eneste profesjonen som gir pasientene subsidiert og rimelig hjelp. Dersom dette «monopolet» hadde blitt oppløst slik at også andre som kan tilby samtaleterapi kan havne inn under en subsidieordning, så kunne det ha ført til at flere hadde fått hjelp (Berg-Heggelund og Arild (2018)).

Ordlyden i regjeringens digitaliseringsstrategi er noe annerledes, men utgangspunktet er mye av det samme. Astrup og Helgesen (2019) trekker frem trangere økonomisk handlingsrom og stadig økende krav fra innbyggerne som de fremste årsakene til at offentlig sektor må fornye seg. Et aspekt som de legger vekt på i digitaliseringsstrategien er at Norge har et godt fundament for videre digitaliseringsarbeid, i form av gode grunndataregistre, god digital infrastruktur og en generell høy digital kompetanse blant innbyggerne.

En undersøkelse fra SSB viser at vi i Norge er i europatoppen når det gjelder bruk av offentlige digitale tjenester, faktisk så hadde så mange som 9 av 10 en eller annen form for kontakt med det offentlige i 2017 (Røgeberg, 2019). Undertegnede er født i 1989, noe som innebærer at jeg mer eller mindre har vokst opp med teknologi og IT, noe som gjør at jeg i dag anser meg selv som forholdsvis teknisk kompetent. Personlig har jeg aldri hatt noen problemer med å finne frem på, tidvis ganske rotete, offentlige nettsider som NAV, Altinn e.l. Jeg har derimot en del erfaring med å hjelpe andre som ikke finner frem like lett, og som er avhengige av hjelp for å få levert meldekort til NAV eller selvangivelse. I noen tilfeller har dette dreid seg om psykisk syke mennesker som ikke har evnet å sette seg inn i det «mylderet» av nettsider som finnes der ute, men vel så ofte har jeg vært nødt til å hjelpe eldre generasjoner med dette. Astrup og Helgesen (2019) skriver innbyggerne ønsker seg en mer oversiktlig og sømløs digital tjeneste, også i saker som omfatter flere aktører.

Regjeringen har satt dette som et mål de ønsker å nå, gjennom å utvikle en tverretattlig nettløsning som gir brukeren adgang til all relevant data. Resultatene fra undersøkelsen bygger opp under dette på flere punkter. På spørsmål om informantene liker å ta i bruk ny teknologi så svarer 88,2% av aldersgruppa 20-43 at de er «svært enig» eller «noe enig», tilsvarende svarprosent for gruppen 43-69 er på 44,4%. Jeg hadde på forhånd en antagelse om at det på spørsmål om teknisk kompetanse kom til å skille mer mellom aldersgruppene enn det som faktisk var tilfelle. For den yngre aldersgruppa svarer 76,5% at de er «svært enig» eller «noe enig» i at de anser seg selv som teknisk kompetent. I den eldre aldersgruppa svarer 66,7% at de er «noe enig». Det er likevel verdt å nevne at det var 22,2% av den eldre aldersgruppa som svarte «svært uenig» på dette spørsmålet, mot ingen i den yngre aldersgruppa.

I arbeid med analysen så gikk det opp for meg at hva som ligger i begrepet «teknisk kompetent» nok varierer en del imellom disse to aldersgruppene, og at dette kan ha vært med på å påvirke svarene.

Nakrem og Kiran (2019) skriver at digitalisering og bruk av velferdsteknologi skal gjøre det mulig for helsepersonell og utnytte ressursene bedre, og samtidig sikre en god tjenestekvalitet. Deres undersøkelse viser at helsepersonell er positivt innstilt til økende digitalisering og økt bruk av teknologi i hverdagen, og at de så på det å være med på testing og utprøving som en nyttig erfaring. Resultatet fra min egen spørreundersøkelse viser et litt annet bilde. På spørsmål om nye teknologiske løsninger fører til at de gjøre en bedre jobb så svarer 50% at de er «*noe enig*». Det skal sies at i og med at informantene i denne undersøkelsen jobber på en psykiatrisk avdeling, og ikke benytter seg så mye av teknologi i arbeidshverdagen, så påvirker nok ikke ny teknologi deres hverdag like mye som andres. Det som derimot er verdt å merke seg at kun 50% av informantene i undersøkelsen svarer «*noe enig*» i at de ser fordelene med den teknologien de bruker daglig, noe som om ikke annet bør tas til etterretning ved anskaffelse av teknologi i fremtiden. Min personlige oppfatning er at helsepersonell generelt er ganske positive til ny teknologi, dersom de føler at den vil hjelpe dem i hverdagen, noe også studien til Nakrem og Kiran (2019) konkluderer med.

Seeheusen (2019) skriver i sin artikkel «*Leger og sykepleiere bruker mange datasystemer. Likevel drukner helsevesenet i papir*» at det som preger digitaliseringen av det norske helsevesenet er «å sette strøm på papir», noe som innebærer at papirbaserte systemer digitaliseres. Ofte snakker ikke disse systemene sammen, og skaper da et behov for «workarounds» (strategier eller løsninger for å overkomme problemer i et program eller system). Det fremkommer av artikkelen at helsepersonell er frustrert over at disse systemene er trege, og at det går mye tid til venting. Noe som blir illustrert av et sitat fra artikkelen: «– Tid. Det er en greie vi blir helt tussete av, det tar opptil åtte sekunder å skifte side i et program. Det blir mye i løpet av en dag» (Seeheusen, 2019). Åtte sekunder per side er jo ikke all verdens i seg selv, men med tanke på hvor ofte man faktisk bytter side i det aktuelle programmet i løpet av en arbeidsdag så blir det snakk om veldig mye tid i løpet av et år.

Noe av det samme kommer frem i spørreundersøkelsen, i form av tilbakemeldingene på spørsmålet om arbeidshverdagen har blitt vanskeligere eller mer tidkrevende ved innføring av ny teknologi. På dette spørsmålet svarer de to aldersgruppene stikk motsatt av hverandre. I den eldre aldersgruppa (44-69) så svarte 66,7% at de er «*noe enig*» i at deres hverdag har blitt vanskeligere, mens i den yngre aldersgruppa (20-43) så svarer 58,9% at de er «*noe uenig*» eller «*svært uenig*». Basert på egen erfaring så er majoriteten av leger i Norge over 44 år, og tilhører dermed den eldre aldersgruppa, så dette resultatet ser ut til å bygge oppunder uttalelsen.

Et annet aspekt ved dette handler om arbeidsflyt. Et av spørsmålene i spørreundersøkelsen er om teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er tilpasset arbeidsflyten. Jeg vil argumentere for at dersom et system som blir implementert ved et sykehus ikke er mer optimalisert enn at det tar åtte sekunder å endre fane, så er ikke programmet tilpasset arbeidsflyten. 36% av informantene i min undersøkelse svarer at de er «*noe enig*» i at teknologien som anskaffes arbeidsplassen ikke er tilpasset arbeidsflyten. Dersom man tar utgangspunkt i at en lege bytter fane ti ganger i løpet av en vakt, så har han brukt 80 sekunder, eller 1 minutt og 20 sekunder, på å vente på at programmet skal laste. Dette er svært lavt estimat ettersom en lege på en litt større avdeling sannsynligvis bytter fane mye mer enn ti ganger. Legger man til grunn at den samme legen bytter fane 50 ganger i løpet av en vakt, så har han brukt nesten syv minutter på å vente. Utvider man da dette regnestykket og inkluderer alle brukere av systemet, så er det ikke vanskelig å se hvor mye bortkastet tid et mindre godt implementert system fører til. På min arbeidsplass bruker sykepleiere og leger det samme systemet, og jeg har selv sett dette i praksis.

Utgangspunktet for å ta i bruk en slik løsning er et ønske om økt effektivisering, forbedret pasientsikkerhet og tilgjengelighet. Ved å benytte seg av en «elektronisk kurve» (program for administrering av medisiner, registrering og oversikt over vitalia mm.) så gir dette legen eller sykepleieren oversikt over samtlige pasienter på sin avdeling ved hjelp av noen tastetrykk. Der hvor man før var avhengig av å fysisk ha tilgang til pasientens journal, kan man i dag ha tilgang til denne så lenge man har tilgang til en PC. Dette øker sannsynligheten for at f. eks. medisiner til enhver tid er oppdatert ettersom legene kan gjøre dette fortløpende, og denne oversikten vil også være tilgjengelig for andre avdelinger dersom pasienten blir

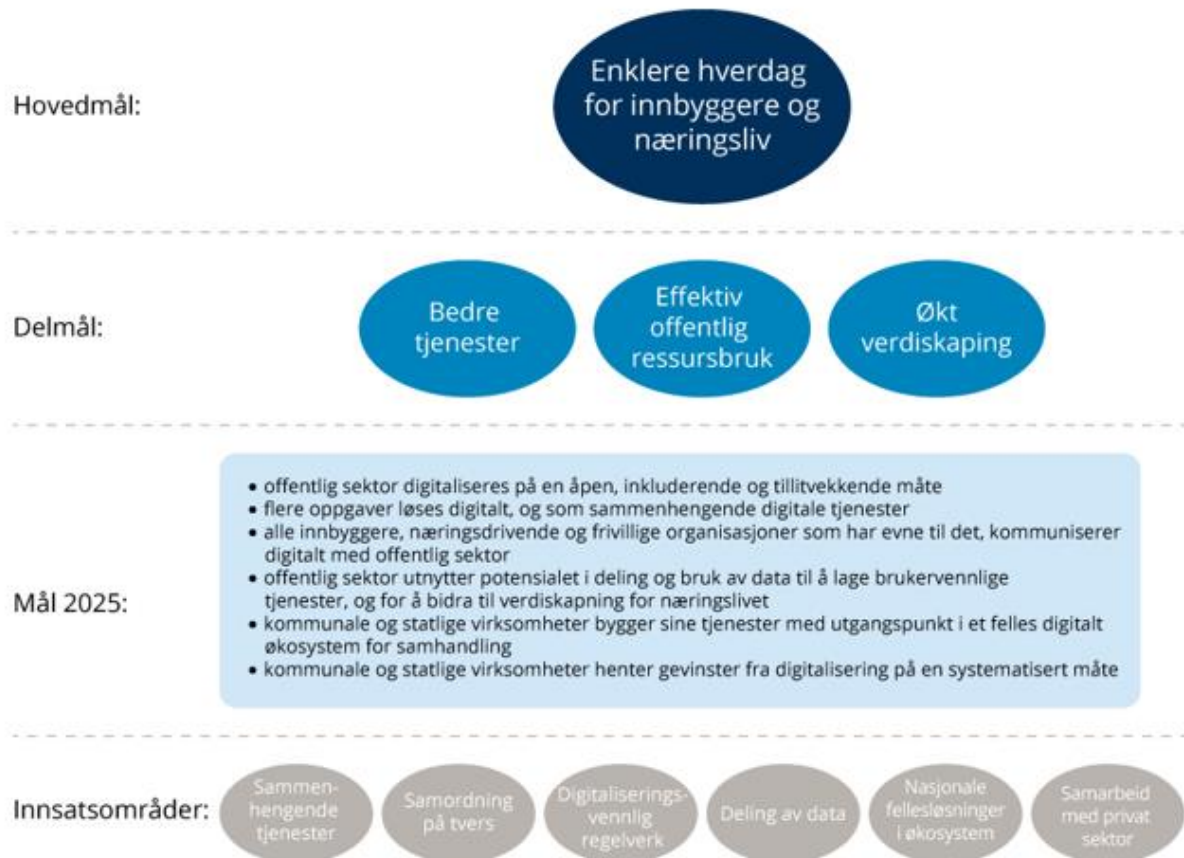
overflyttet. Med bakgrunn i dette er det tydelig å se at en slikt program fører med seg en rekke fordeler i forhold til eldre «analoge» løsninger, men at man er avhengig av at denne blir implementert på en god måte.

Dette gjør seg gjeldende i spørsmål 29 i spørreundersøkelsen hvor 40% av informantene svarte at de er «noe uenig» i at nye teknologiske løsninger alltid er bedre enn måten man gjorde ting på før. Det som har vært en utfordring ved innføringen av dette systemet er at det ikke er alle pasientgrupper som har vært «lagt inn», noe som har ført til at man har måttet benytte det nye systemet i kombinasjon med analoge løsninger. Et resultat av dette er en økende frustrasjon ettersom informasjon om pasientene er fordelt over flere områder, noe som igjen kan medføre svekket pasientsikkerhet.

Så, hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? En uventet konsekvens av coronapandemien ser ut til å være en økende realisering over hvilke muligheter bruk av teknologi gir. I Norge har man under, så vel som etter, sett en voldsom økning i bruk av hjemmekontor og andre «fjernarbeidsløsninger». Som en «naturlig» utvikling av dette så er ikke utenkelig at også helsevesenet vil åpne mer opp for å ta i bruk flere velferdsteknologiske løsninger. Som Astrup og Helgesen (2019) poengterer så er den offentlige sektoren nødt til å ta i bruk mer teknologi og øke digitaliseringen av offentlige tjenester for å kunne tilby hjelp og tjenester til den norske befolkning på en bedre måte. Forskningen som jeg har presentert i teorikapittelet viser at velferdsteknologiske løsninger fungerer, og at de kan være et nyttig verktøy for spesialisthelsetjenesten. Jeg har selv erfaringer, fra mitt arbeid på en psykiatrisk avdeling, med pasienter som bor i kommuner med et lite utbygd behandlingstilbud. Dette fører til at pasienten må reise langt for og få benyttet seg av et tilbud, noe som i mange tilfeller dessverre ikke skjer. Etter å ha lest igjennom digitaliseringsstrategien (2019) så fremstår det for meg som om utviklingen er på rett vei.

Rundt om i norske kommuner i dag så finnes det en rekke prosjekter knyttet til dette. Direktoratet for e-helse (2021) opplyser på sine nettsider at det i Norge i dag er mer enn 340 kommuner som er med i prosjekter som skal innføre velferdsteknologi.

Det vil med andre ord si at prosessen med å øke bruken av velferdsteknologi allerede er i gang, noe også regjeringens digitaliseringsstrategi (2019) poengterer. I digitaliseringsstrategien (2019) blir det presentert noen mål for hva regjeringen ønsker å oppnå ved hjelp av denne strategien. Disse er:



Figur 16: Mål og innsatsområder i digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025 (Astrup og Helgesen, 2019).

OECD har som tidligere nevnt at Norge er blant landene som har kommet lengst med digitaliseringen av det offentlige. Samtidig trekker OECD frem et behov for tydeligere koordinering og ansvarfordeling.

5.2 Hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?

Digitalisering av helsesektoren er en komplisert prosess av flere årsaker. Som tidligere poengtert så er helsesektoren i Norge i dag organisert på en måte som gjør implementering av ny teknologi komplisert. Et av de fremste bevisene på dette stammer fra artikkelen til Braathen Røise (2016), hvor det kommer frem at det er ca. 17 000 personer som avgjør hvilke systemet som skal tas i bruk. For meg fremstår det som en stor gåte at man i et såpass lite land som Norge ikke klarer å finne en bedre løsning på dette. Resultatene av dagens organisering har ført til at man har flere tusen ulike systemer på sykehusene, hvorav en altfor stor prosentandel av disse ikke «snakker sammen».

Som Moberg (2019) påpeker så må det etableres en felles plattform som fremtidige systemet må bygges på. Moberg (2019) setter også spørsmålstegn ved både software og hardware ved norske sykehus, som begge fører til tregheter i systemet og mye unødvendig venting. Dersom det er en ting som skal kunne karakteriseres som en «luksusvare» i helsevesenet så det nettopp tid. Derfor er det ekstra problematisk når såpass mye av denne «luksusvaren» skal kastes bort på venting. Når Oslo Universitetssykehus alene har 30 årsverk som med til å skanne innkommende informasjon for å det inn i systemet, så er det tydelig at man fortsatt har en vei å gå i digitaliseringen av helsevesenet (Moberg, 2019).

Dersom det offentlige helsevesenet bestemmer seg for å innføre flere velferdsteknologiske behandlingsalternativer, så er det viktig at man først går igjennom rutinene for implementering som man benytter i dag. Analysen fra spørreundersøkelsen viser til at kun 52% av de ansatte svarer at de er «noe enig» i at sykehuset evner å legge til rette for implementering av ny teknologi. Når det kommer til å skulle innføre denne typen tjenester ved et offentlig sykehus, så er man avhengig av det fungerer som det skal helt fra starten. Dersom det blir innført et nytt system som krever mer energi og tid enn den måten man arbeidet på før, så kommer det ikke til å ta lang tid før oppslutningen rundt dette faller. Dette gjør seg gjeldende i spørsmål 14 og 15 i spørreundersøkelsen. 34,6% av informantene i undersøkelsen er «noe uenig» i at ny teknologi har gitt dem mer tid til andre oppgaver. Selv om det med andre ord vil si at 65,4% mener det motsatte, så utgjør fortsatt 34,6% en del årsverk som føler at den nye teknologien opptar en del av deres allerede knappe tid.

Når i tillegg halvparten av de spurte ikke ser fordelene med den teknologien som blir brukt, så er det tydelig at implementeringen av denne har vært for svak. Personlig tror jeg dette vil være et vedvarende problem i fremtiden, dersom ikke rutinene rundt innføring av ny teknologi blir endret.

Helt fra den første TAM-modellen ble lansert i 1985 har formålet vært å øke suksessraten for innføring av ny teknologi, og ettersom utviklingen innen IT har blitt mer kompleks så har også modellene blitt modernisert. Den foreløpig siste utgaven av denne modellen er som presentert i denne oppgaven TAM3, hvis formål er å skaffe en økt forståelse over hva som ligger til grunn for god implementering ved hjelp av tilbakemelding fra sluttbrukere. Ved å benytte seg av denne modellen hevder Venkatesh og Bala (2008) at sannsynligheten for å lykkes med implementering av ny teknologi øker.

Essensen i TAM3 er å innhente denne informasjonen ved hjelp av spørreundersøkelser å deretter benytte denne for å optimalisere implementeringsprosessen, et poeng som også Nakrem og Kiran (2019) trekker frem. 40% av informantene i undersøkelsen svarte at de er «*noe enig*» i at de lett lærer seg ny teknologi. I og med at spørreundersøkelsen tar utgangspunkt i teknologi på arbeidsplassen, så er det interessant at kun 40% svarer at de er «*noe enig*» i dette utsagnet. For meg fremstår det da som om de nye systemene/programmene som blir tatt i bruk på sykehuset ikke er spesielt intuitive. Min personlige mening er at systemer som anskaffes til en arbeidsplass, med en såpass variert gruppe ansatte som et sykehus, bør være såpass intuitive og brukervennlige at det ikke er behov for timevis med opplæring.

Tradisjonelt sett har prosessen rundt anskaffelse og implementering av ny teknologi i offentlig sektor vært preget av at det er personer «langt over» de som faktisk skal bruk programmet som tar avgjørelsene knyttet til dette. Det vil med andre si at sluttbrukerne kanskje ikke har noe innflytelse over hvilke programmer de blir pålagt å bruke. For å skulle lykkes med regjeringens digitaliseringsstrategi så tror jeg at det må en endring til når det kommer til denne prosessen, som innebærer at sluttbrukerne må involveres mer. Hvordan lykkes bedre med implementering av teknologi er som kjent utgangspunktet for TAM-modellene.

I helse- og omsorgssektoren så har denne måten å tenke på hatt flere navn, som f.eks. brukermedvirkning eller empowerment. Disse begrepene innebærer at brukeren selv skal ha mer innflytelse på egen behandling og et liv. I de siste årene har ordet «samskapning» blitt brukt mer og mer, og bygger i utgangspunktet på samme teori. Ordet har tradisjonelt sett vært mer brukt i privat sektor og har der en betydning av at kundene innehar en mer aktiv rolle i utviklingen av et produkt eller en tjeneste (Nakrem & Kiran, 2019). Denne tankegangen så vel som TAM-modellene har i prinsippet samme utgangspunkt, involvere flere parter slik at sjansen for suksess øker. Nettopp dette er en av nøklene til hvordan man skal lykkes bedre med implementering av velferdsteknologi, å få involvert sluttbrukerne mer slik at de får mer eierskap til systemet. I TAM3 er et av punktene «*jobbrelevans*» og spiller direkte inn på «*antatt nytteverdi*». Det er ikke utenkelig at den «*antatte nytteverdien*» vil øke dersom sluttbrukerne har et sterkere eierforhold til systemet, og at systemet i tillegg vil være bedre tilpasset arbeidsflyten hvis sluttbrukerne har vært med på å designe det. Nakrem og Kiran (2019) skriver: *Skal vi lykkes med velferdsteknologi, bør det være et systematisk samarbeid mellom alle relevante aktører, der også pårørende må ha en sentral rolle. Kompleksiteten i utvikling, utprøving og implementering av teknologi krever at det tilrettelegges for en arena for samskapning som ivaretar hele helsetjenestens og pasientens og de pårørendes behov.*

I teorikapittelet presenterte jeg kort begrepene «gevinst» og «gevinstrealisering». Gevinstrealisering handler om å kartlegge hvilke «gevinster» man forventer å få ut av et prosjekt, for deretter å følge opp om disse gevinstene blir realisert. Gevinster kan deles i tre typer (KS, 2019):

- Unngåtte kostnader
- Spart tid
- Økt kvalitet

Digitalisering i form av godt implementert teknologi kan føre til samtlige av disse punktene blir realisert. Ved å legge til rette for en så god implementering som mulig vil nye systemer kunne raskere bli tatt i bruk, noe som igjen kan føre til at flere kan få hjelp. Ved å få «ryddet» opp i de utallige systemene som finnes i norske helsesektor i dag så vil man også legge til rette for en bedret oversikt over informasjon og samtidig sikre en bedre informasjonsflyt.

Dette vil igjen føre til at ansatte kan spare tid på systembruk, og heller bruke tid på andre oppgaver. I spørreundersøkelsen svarer 36% at er «*hverken enig eller uenig*» i at de ofte opplever problemer med ny teknologi på arbeidsplassen. Dette svaret er kanskje ikke så veldig informativt i seg selv, men det gir likevel en indikasjon om at noe kan bli bedre ettersom 1/3 av informantene ikke svarer at «*noe uenig*» eller «*svært enig*». Interessant nok så viser fordelingen på dette spørsmålet at det er nesten like mange som er «*noe uenig*» som de som er «*noe enig*», noe som understøtter min tanke om at implementeringsarbeidet kan bli bedre.

Seeheusen (2019) skriver at det ligger et forslag fra Direktoratet for e-helse til vurdering hos regjeringen. Dette forslaget går ut på at et blir anskaffet et journalsystem som alle skal bruke. Dette kommer i tillegg til APIer (application programming interface, og innebærer at to programmer snakker sammen), nye standarder, protokoller og et oppdatert regelverk. Alt dette skal føre til en bedre samhandling mellom foretak som bruker forskjellige systemer. Bakgrunnen for dette er at det ikke er mulig å få til den sømløse dataflyten som er ønsket. Dersom man kommer i mål med dette prosjektet så ville det ført til «*revolusjon*» innen velferdsteknologien i norsk helsevesen. Ved å få samlet alle foretak i et system, og samtidig få dannet et felles standardgrunnlag som alle systemer skal bygges opp fra så ville det ha spart helsevesenet for mye tid og penger.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg hatt som mål å se nærmere på bruk av velferdsteknologi innen psykisk helsevern og hvordan øke bruken av denne, hvilket forhold helsepersonell har til bruk av denne teknologien, og ikke minst hva som må til for at implementeringen av denne teknologien skal bli vellykket. Jeg hadde noen kunnskap om temaet før jeg begynte arbeidet med oppgaven, men føler at jeg sitter igjen med et mye mer nyansert bilde i dag. I denne oppgaven endte jeg opp med å benytte meg av TAM3-modellen for å forsøke å se nærmere på forholdet mellom velferdsteknologien og ansatte i helsevesenet. Problemstillingen som har dannet utgangspunktet for hele oppgaven, var som følger:

Hva må til for å øke bruken av velferdsteknologi innen psykisk helsevern? Hva er helsepersonells forhold til velferdsteknologi, og hvilke faktorer må ligge til rette for å sikre god implementering?

For å besvare denne problemstillingen utformet jeg tre forskningsspørsmål som skulle hjelpe meg å komme frem til en konklusjon.

Spørsmål 1: Hva finnes av velferdsteknologiske verktøy i Norge i dag, og hvor godt fungerer disse?

Etter å ha fått en litt bedre oversikt over noen av de velferdsteknologiske løsningene i Norge i dag og sett hvor godt disse fungerer, så skjønner jeg ikke helt hvorfor disse ikke er mer utbredt. Statistikk og ulike forskningsprosjekt viser klart og tydelig at dette fungerer, og at det fra et samfunnsøkonomisk ståsted er gunstig på mer enn en måte. For det første så åpner disse verktøyene opp for at flere får tilgang til hjelp, noe det er et «skrikende» behov for i dag. Ved at flere får hjelp så sparer man først og fremst individene for mye smerte og lidelse, noe som igjen kan føre til færre sykemeldinger og personer som blir uføre. For det andre så kan man ved å ta i bruk flere slike verktøy utjevne de stadig økende forskjellene mellom «land og by».

Spørsmål 2: Hva mener helsepersonell om den teknologien de benytter seg av i dag? Og hvordan har denne påvirket deres arbeidshverdag?

Ved hjelp av litteratursøk og gjennomføring og analyse av en spørreundersøkelse har jeg sett litt nærmere på helsepersonells forhold til velferdsteknologi. Jeg har i teorikapittelet presentert flere artikler som tar for seg bruk av velferdsteknologi i Norge i dag, og sett at resultatene fra spørreundersøkelsen i flere tilfeller viser samme trend. Det viser seg at helsepersonell stort sett er positive til ny teknologi, dersom den kan være med på å gjøre hverdagen deres lettere. Helsevesenet i Norge er preget av en stram økonomi, og alle løsninger som kan være med å få mest mulig ut av denne er velkomne. Samtidig så viser forskingen og analysen fra egen undersøkelse at det er mye å gå når det gjelder å få mest mulig ut av den teknologien som finnes i dag. Det befinner seg mye frustrasjon rundt om helsesektoren knyttet til trege programmer som ikke snakker sammen, og som er lite tilpasset arbeidsflyten. Det jeg sitter igjen med etter denne oppgaven, er at opplevelsen av velferdsteknologi er noe delt.

Teknologien er et godt verktøy når den faktisk fungerer som den skal, samtidig som den kan være en kilde til grenseløs frustrasjon når mye av arbeidsdagen går med til venting.

Spørsmål 3: Hvilke faktorer er med på å avgjøre om en velferdsteknologisk løsning blir implementert på en god måte? Og hva kan eventuelt gjøres annerledes?

Får å få svar på dette spørsmålet har jeg i denne oppgaven benyttet meg TAM3-modellen. Jeg hadde ikke kjennskap til denne modellen før jeg begynte arbeidet med denne oppgaven, men jeg sitter nå igjen med et godt inntrykk av denne. I utgangspunktet synes jeg modellen fremstod som komplisert og uoversiktlig, men etter å ha satt meg mer inn i den så synes jeg at denne modellen er bra. Det jeg sitter igjen med som essensielle faktor for å legge til rette for god implementering er at det må etterstrebtes å involvere de parter som skal benytte seg av systemet. Dette vil med andre ord si at man allerede i planleggingsfasen av et nytt system foretar en grundig kartlegging over hva programmet bør gjøre, og hvordan det skal utformes for å passe inn i arbeidsflyten. Programmet bør tilpasse seg arbeidsflyten som allerede er til stede på en arbeidsplass, og ikke som ofte er tilfelle i dag at arbeidsflyten må tilpasses et nytt program.

Ved at de ansatte må endre på potensielt godt innarbeidede rutiner fordi et nytt system ikke støtter denne måten å arbeide på, så danner man et mindre heldig utgangspunkt for god implementering. I tillegg må det brukes nok penger ved innføring av nye system, slik både software og hardware legger opp til et godt fungerende system.

Ved å besvare disse spørsmålene så besvarer jeg også problemstillingen min. I Norge i dag finnes det flere gode velferdsteknologiske løsninger, og mye ligger til rette for at lignende tilbud vil kunne vokse frem i fremtiden. Status per i dag (2021) er at behovet for hjelp langt på vei overskrider det tilbudet som finnes, og jeg mener derfor at nye kostnadseffektive velferdsteknologiske løsninger må tas i bruk. I løpet av denne oppgaven har jeg vist at helsepersonell er positive til ny teknologi, dersom den blir implementert på riktig måte. Personlig mener jeg at det i fremtiden må legges mer vekt på behovskartlegging, samskapning og «samkjøring» av tjenester.

7.0 Kildeliste

Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, årgang 50, utgave 2, s. 179-211. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T>

Astrup, N. & Helgesen, G.M. (2019). Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/?ch=1>

Berg-Heggelund, L. & Arild, J. (2018). Norsk psykiatri er verre enn sitt rykte. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/wEB40P/norsk-psykiatri-er-verre-enn-sitt-rykte-jill-arild-og-linda-berg-heg>

Bhattacharjee, A. (2012). SOCIAL SCIENCE RESEARCH: PRINCIPLES, METHODS, AND PRACTICES. *USF TAMPA LIBRARY OPEN ACCESS COLLECTIONS*. Hentet fra: https://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=oa_textbooks#:~:text=The%20scientific%20method%2C%20as%20applied,action%20research%2C%20and%20so%20forth.

Dahlum, S. (2021). avhengig variabel. *Store norske leksikon*. Hentet fra: https://snl.no/avhengig_variabel

Birkeland, M. (2020). Frykter smitteverntiltak gjør at flere får angst og depresjon. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Op9EnE/frykter-smitteverntiltak-gjoer-at-flere-faar-angst-og-depresjon>

Dahlum, S. (2021). validitet. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/validitet>

Davis, F. (1985). A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End-User Information Systems. *SLOAN SCHOOL OF MANAGEMENT*. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/35465050_A_Technology_Acceptance_Model_for_Empirically_Testing_New_End-User_Information_Systems

Digitaliseringsdirektoratet. (2021). Gevinster. Hentet fra:

<https://www.prosjektveiviseren.no/god-praksis/viktige-tema-i-alle-faser/gevinster>

Direktoratet for e-helse. (2021). Dette er velferdsteknologi. Hentet fra:

<https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

Direktoratet for e-helse. (2021). Internettassistert behandling for angst og depresjon i kommunen. Hentet fra: <https://www.ehelse.no/prosjekt/internettassistert-behandling-for-angst-og-depresjon-i-kommunen>

Ebert, D.D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P. ... Cuijpers, P. (2016). Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med*, volume 46. Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5560500/>

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. *Reading, MA: Addison-Wesley*. Hentet fra:

<https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>

Frøslie, K.F. (2020): korrelasjon. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/korrelasjon>

Google. (2021). Norge kutter i psykiatri. Hentet fra:

https://www.google.com/search?q=norge+kutter+i+psykiatri&sxsrf=AOaemvLJUsinZy7USgNLOF-pM4u5Mmlz7Q%3A1634915708370&ei=fNVyYaiBFomdrGSLtYz4CA&oq=norge+kutter+i+psykiatri&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMYADIECCMQzIFCAAQywEyAggmMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjICCCYyAggmMgIIjoHCAAQRxCwAzoFCAAQkQI6BQguEMsBOgUIABCABDoHCAAQChDLAUoECEEYAFDcrsZIWKPTxkhg-9zGSGgBcAJ4AIABkQGIAZAVkgEEMy4yMpgBAKABAcgBCMABAQ&scient=gws-wiz

Grønmo, S. (2002). Målenivå. *Store norske leksikon*. Hentet fra:

<https://snl.no/m%C3%A5leniv%C3%A5>

Grønmo, S. (2020). kvantitativ metode. *Store norske leksikon*. Hentet fra:

https://snl.no/kvantitativ_metode

Grønmo, S. (2021). forskningsmetode – samfunnsvitenskap. *Store Norske Leksikon*. Hentet

fra: [https://snl.no/forskningsmetode - samfunnsvitenskap](https://snl.no/forskningsmetode_-_samfunnsvitenskap)

Helse Bergen. (2020). Emeistring. Hentet fra: <https://helse-bergen.no/emeistring>

Helsedirektoratet. (2020). Bilag 1: Kundens kravspesifikasjon. *Mestringsverktøy for bedre psykisk helse*. Hentet fra: <https://www.mercell.com/en/tender/121282277/konkurranse---mestringsverktoey-for-bedre-psykisk-helse-kvalifikasjonsfasen-tender.aspx>

Helsedirektoratet. (2020). Helsedirektoratet vedtar stenging av virksomheter. Hentet 16.08.20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-vedtar-stenging-av-virksomheter?fbclid=IwAR3POVO6gZGRQYxP-2kx5OMoa8Mq5DF8vUzLOX_iBrvoXyO3AqO5IKTxd3k

Heradstveit, O. (2020). Om oss. *Hjelptilshjelp*. Hentet fra:

<https://www.hjelptilhjelp.no/Hjelptilhjelp.no/om-oss>

ifightdepression.com (2020) Hva er ifightdepression.com? Hentet fra:

<https://ifightdepression.com/no/om-oss>

Jiga, K. (2018). Mindfulness-Based Intervention (MBI) provides positive outcomes for those in lower socioeconomic environments. Hentet fra:

<https://researchoutreach.org/articles/mindfulness-based-intervention-mbi-provides-positive-outcomes-lower-socioeconomic-environments/?cn-reloaded=1>

KS. (2019). Gevinstrealisering. Hentet fra:

<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/alle-verktoy/gevinstrealisering/>

Lai, P.C. (2017). THE LITERATURE REVIEW OF TECHNOLOGY ADOPTION MODELS AND THEORIES FOR THE NOVELTY TECHNOLOGY. *JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management*, årgang 14, No. 1, Jan/Apr., 2017 s. 21-38. Hentet fra:

<https://www.scielo.br/pdf/jistm/v14n1/1807-1775-jistm-14-01-00021.pdf>

Malt, U. & Aslaksen, P. (2019). Psykiske lidelser. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: https://sml.snl.no/psykiske_lidelser

Malt, U. & Tranøy, K.E. (2021). empiri. *Store norske leksikon*. Hentet fra:

<https://snl.no/empiri>

Malt, U. & Grønmo, S. (2020) Likert-skala. *Store norske leksikon*. Hentet fra:

<https://snl.no/Likert-skala>

Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P.J. & Karlstrøm, H. (2019). Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds og omsorgstjenestene. *Forskningsrådet, kunnskapnotat*. Hentet fra:

https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat_digitaliseringens_konsekvenser-25.10.2019.pdf

Melting, J.B. & Frantzen, L. (2015). Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Hentet fra:

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2630005/F%c3%b8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%e2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Melting, J.B. (2017). Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Hentet fra:

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2630016/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%e2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moberg, J.M. (2019). Helse-Norge herjes av manglende digitalisering. *Teknisk Ukeblad*.

Hentet fra: <https://www.tu.no/artikler/helse-norge-herjes-av-manglende-digitalisering/457726>

Nakrem, S. & Kiran, A.H. (2019). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/fag/2019/11/hvordan-lykkes-med-velferdsteknologi>

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2019). KVIKK-GUIDE TIL VELFERDSTEKNOLOGI. *VEIEN TIL VELFERDSTEKNOLOGI*. Hentet fra: <https://www.ks.no/globalassets/kvikk-guide-ny.pdf>

Nordgreen, T., Blom, K., Andersson, G., Carlbring, P. & Havik, O.E. (2019). Effectiveness of guided Internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare - An open study. *Internet Interventions, volume 18*. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782919300855>

Norsk Helseinformatikk (2019). Forekomst av depresjon. Hentet fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Pripp, H. (2018). Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2018/05/medisin-og-tall/pearsons-eller-spearman-korrelasjonskoeffisienter>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018).

Psykisk helse i Norge. *Folkehelseinstituttet*. Hentet

fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_2018.pdf

Reneflot, A., Skurtveit, S. O., Handal, M., Torvik, F. A., Torgersen, L., Gustavson, K. & Straiton, M. L. (2018). Psykiske lidelser hos voksne. *Folkehelse rapporten*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1>

Røgeberg, O. (2019). Norge i europatoppen i bruk av offentlige netjtjenester. *SSB.no*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/norge-i-europatoppen-i-bruk-av-offentlige-netjtjenester>

Røise, M.B. (2016). 17 000 forskjellige mennesker bestemmer hvilke systemer som skal brukes. Det har skapt store, uheldige problemer. *Teknisk Ukeblad*. Hentet fra: <https://www.digi.no/artikler/17-000-mennesker-bestemmer-hvilke-systemer-sykehusene-bruker-det-har-skapt-store-problemer/349244>

Røiseland, A. & Lo, C. (2019). Samskaping – nyttig begrep for norske forskere og praktikere? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 01 / 2019 (Volum 35)*. Hentet fra: https://www.idunn.no/nst/2019/01/samskaping_nyttig_begrep_for_norske_forskere_og_praktiker

Sander, K. (2020). Induktiv og deduktiv studier. *Estudie.no*. Hentet fra: <https://estudie.no/induktiv-deduktiv/>

Seeheusen, J. (2019). Leger og sykepleiere bruker mange datasystemer. Likevel drukner helsevesenet i papir. *Teknisk Ukeblad*. Hentet fra: <https://www.tu.no/artikler/leger-og-sykepleiere-bruker-mange-datasystemer-likevel-drukner-helsevesenet-i-papir/458745>

Simpson, S.G & Reid, C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health, Volume22, Issue 6, Special Issue: Psychology in the Bush December 2014, Pages 280-299*: Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajr.12149>

Sittig, D.F & Singh, H. (2010). A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. *Qual Saf Health Care*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120130/>

Solhaug, I. (2021). mindfulness. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/mindfulness>

Spijkerman, M.P.J., Pots, W.T.M & Bohlmeijer, E.T. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, volume 45, p. 102-114. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815300623#!>

SSB. (2021). Befolkning. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>

Svartdal, F. (2020). reliabilitet. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/reliabilitet>

Swartz, J. & Owens, J.C. (2021). Zoom earnings roared to nearly \$1 billion in 2020, and the stock is rising again. *Marketwatch*. Hentet fra: <https://www.marketwatch.com/story/zoom-earnings-roared-to-nearly-1-billion-in-2020-and-the-stock-is-rising-again-11614633824>

Wikipedia. (2021). Teorien om overveid handling. Hentet fra: https://no.wikipedia.org/wiki/Teorien_om_overveid_handling

Tranøy, K.E. (2019). metode. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/metode>

Valmot, O.R. (2019). Digitalisering av helsetjenester er mer krevende enn banktjenester - Hun skal samle Helse-Norge til ett «IT-rike». *Teknisk Ukeblad*. Hentet fra: <https://www.tu.no/artikler/digitalisering-av-helsetjenester-er-mer-krevende-enn-banktjenester/492402>

Venkatesh, V. & Bala, H. (2008). Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. *Decision sciences, A journal of the decision sciences institute*. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-5915.2008.00192.x>

Venkatesh, V. & Davis, F. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science* · February 2000. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/publication/227447282_A_Theoretical_Extension_of_the_Technology_Acceptance_Model_Four_Longitudinal_Field_Studies

Venkatesh, V. (2000). Determinants of Perceived Ease of Use: Integrating Control, Intrinsic Motivation, and Emotion into the Technology Acceptance Model. *Information Systems Research, Vol. 11, No. 4 (December 2000), pp. 342-365 (24 pages)*. Hentet fra: https://www.jstor.org/stable/23011042?seq=1#metadata_info_tab_contents

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B & Davis, F.D (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly, vol. 27, no. 3, pp. 425-78*. Hentet fra: https://www.jstor.org/stable/30036540?casa_token=YRowIWvDjfQAAAAA%3ApNdsD4whSYGnld-RmzFGt_zj5fERPmLaKlNaun7tBNippJ_F2bfiNqNA_yelgK-oxjKknqfbdCQv4tf2N-we9eBDZAGEbVtu5YIHR_k2PCigK6dm-mXt&seq=1#metadata_info_tab_contents

Vestrum Olsson, S., Bjørdal Roald, H. & Skjelvik Brandseth, S. (2020). Nå stenger Norge. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/norge/na-stenger-norge-1.14941623>

WHO. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Hentet fra: [Who corona: https://covid19.who.int/](https://covid19.who.int/)

WHO. (2017) Depression and Other Common Mental Disorders. *Global Health Estimates*. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=3505B22EEC1EB48A465B211E65A10177?sequence=1>

8.0 [Vedlegg](#)

Komplette tabeller fra analyse.

Jeg tror at ledelsen forventer at jeg tar i bruk ny teknologi * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

			Aldersgruppe		Total	
Kjønn			20-43	44-69		
Kvinne	Jeg tror at ledelsen forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	8	4	12
			% within Aldersgruppe	72,7%	80,0%	75,0%
		Noe enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%
		Verken enig eller uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg tror at ledelsen forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	33,3%	20,0%	27,3%
		Noe enig	Count	0	3	3
			% within Aldersgruppe	0,0%	60,0%	27,3%
		Verken enig eller uenig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	33,3%	20,0%	27,3%
		Noe uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	33,3%	0,0%	18,2%
	Total		Count	6	5	11
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg tror at ledelsen forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	10	5	15
			% within Aldersgruppe	58,8%	50,0%	55,6%
		Noe enig	Count	1	4	5
			% within Aldersgruppe	5,9%	40,0%	18,5%
		Verken enig eller uenig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	23,5%	10,0%	18,5%
		Noe uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	11,8%	0,0%	7,4%
	Total		Count	17	10	27
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

**Jeg tror at mine kolleger forventer at jeg tar i bruk ny teknologi * Aldersgruppe * Kjønn
Crosstabulation**

Kjønn			Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne	Jeg tror at mine kolleger forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	5	3	8
			% within Aldersgruppe	45,5%	60,0%	50,0%
		Noe enig	Count	6	2	8
			% within Aldersgruppe	54,5%	40,0%	50,0%
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg tror at mine kolleger forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Noe enig	Count	4	4	8
			% within Aldersgruppe	66,7%	80,0%	72,7%
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	9,1%
		Noe uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	33,3%	0,0%	18,2%
Total		Count	6	5	11	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Jeg tror at mine kolleger forventer at jeg tar i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	5	3	8
			% within Aldersgruppe	29,4%	30,0%	29,6%
		Noe enig	Count	10	6	16
			% within Aldersgruppe	58,8%	60,0%	59,3%
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	10,0%	3,7%
	Noe uenig	Count	2	0	2	
		% within Aldersgruppe	11,8%	0,0%	7,4%	
Total		Count	17	10	27	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

**Arbeidsplassen er behjelpelig når ny teknologi skal tas i bruk * Aldersgruppe * Kjønn
Crosstabulation**

Kjønn			Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne	Arbeidsplassen er behjelpelig når ny teknologi skal tas i bruk	Svært enig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	27,3%	20,0%	25,0%
		Noe enig	Count	5	3	8
			% within Aldersgruppe	45,5%	60,0%	50,0%
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4

			% within Aldersgruppe	27,3%	20,0%	25,0%
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Arbeidsplassen er behjelpelig når ny teknologi skal tas i bruk	Svært enig	Count	0	2	2
			% within Aldersgruppe	0,0%	50,0%	20,0%
		Noe enig	Count	1	2	3
			% within Aldersgruppe	16,7%	50,0%	30,0%
		Verken enig eller uenig	Count	4	0	4
			% within Aldersgruppe	66,7%	0,0%	40,0%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	16,7%	0,0%	10,0%
		Total	Count	6	4	10
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%
Total	Arbeidsplassen er behjelpelig når ny teknologi skal tas i bruk	Svært enig	Count	3	3	6
			% within Aldersgruppe	17,6%	33,3%	23,1%
		Noe enig	Count	6	5	11
			% within Aldersgruppe	35,3%	55,6%	42,3%
		Verken enig eller uenig	Count	7	1	8
			% within Aldersgruppe	41,2%	11,1%	30,8%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	5,9%	0,0%	3,8%
		Total	Count	17	9	26
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%

Ansatte som tar i bruk ny teknologi har mer «prestisje» enn de som ikke gjør det * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne	Ansatte som tar i bruk ny teknologi har mer «prestisje» enn de som ikke gjør det	Svært enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%
		Noe enig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	36,4%	20,0%	31,3%
		Verken enig eller uenig	Count	4	2	6
			% within Aldersgruppe	36,4%	40,0%	37,5%
		Noe uenig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%
		Total	Count	11	5	16
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%

Mann	Ansatte som tar i bruk ny teknologi har mer «prestisje» enn de som ikke gjør det	Noe enig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	4	1	5		
			% within Aldersgruppe	66,7%	25,0%	50,0%		
		Noe uenig	Count	1	2	3		
			% within Aldersgruppe	16,7%	50,0%	30,0%		
Total			Count	6	4	10		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Total	Ansatte som tar i bruk ny teknologi har mer «prestisje» enn de som ikke gjør det	Svært enig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	5,9%	11,1%	7,7%		
		Noe enig	Count	5	2	7		
			% within Aldersgruppe	29,4%	22,2%	26,9%		
		Verken enig eller uenig	Count	8	3	11		
			% within Aldersgruppe	47,1%	33,3%	42,3%		
		Noe uenig	Count	3	3	6		
			% within Aldersgruppe	17,6%	33,3%	23,1%		
		Total			Count	17	9	26
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Å ha god teknisk kompetanse er et statussymbol på arbeidsplassen * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total		
				20-43	44-69			
Kvinne	Å ha god teknisk kompetanse er et statussymbol på arbeidsplassen	Svært enig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%		
		Noe enig	Count	3	0	3		
			% within Aldersgruppe	27,3%	0,0%	18,8%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	3	6		
			% within Aldersgruppe	27,3%	60,0%	37,5%		
		Noe uenig	Count	4	1	5		
			% within Aldersgruppe	36,4%	20,0%	31,3%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Å ha god teknisk kompetanse er et statussymbol på arbeidsplassen	Noe enig	Count	2	1	3		
			% within Aldersgruppe	33,3%	25,0%	30,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	4	2	6		
			% within Aldersgruppe	66,7%	50,0%	60,0%		

		Svært uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%
Total			Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Å ha god teknisk kompetanse er et statussymbol på arbeidsplassen	Svært enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	5,9%	11,1%	7,7%
		Noe enig	Count	5	1	6
			% within Aldersgruppe	29,4%	11,1%	23,1%
		Verken enig eller uenig	Count	7	5	12
			% within Aldersgruppe	41,2%	55,6%	46,2%
		Noe uenig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	23,5%	11,1%	19,2%
		Svært uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	3,8%
Total			Count	17	9	26
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg føler ikke noe behov for å styrke mine tekniske ferdigheter * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Jeg føler ikke noe behov for å styrke mine tekniske ferdigheter	Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%
		Noe uenig	Count	8	2	10
			% within Aldersgruppe	72,7%	40,0%	62,5%
		Svært uenig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe	27,3%	40,0%	31,3%
Total		Count	11	5	16	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Mann	Jeg føler ikke noe behov for å styrke mine tekniske ferdigheter	Noe enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	33,3%	25,0%	30,0%
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%

		Noe uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	33,3%	50,0%	40,0%
		Svært uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	33,3%	0,0%	20,0%
	Total		Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg føler ikke noe behov for å styrke mine tekniske ferdigheter	Noe enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	11,8%	11,1%	11,5%
		Verken enig eller uenig	Count	0	2	2
			% within Aldersgruppe	0,0%	22,2%	7,7%
		Noe uenig	Count	10	4	14
			% within Aldersgruppe	58,8%	44,4%	53,8%
		Svært uenig	Count	5	2	7
			% within Aldersgruppe	29,4%	22,2%	26,9%
	Total		Count	17	9	26
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Bruk av teknologi er relevant for min arbeidsplass * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total		
			20-43	44-69			
Kvinne	Bruk av teknologi er relevant for min arbeidsplass	Svært enig	Count	7	3	10	
			% within Aldersgruppe	63,6%	60,0%	62,5%	
		Noe enig	Count	3	2	5	
			% within Aldersgruppe	27,3%	40,0%	31,3%	
		Noe uenig	Count	1	0	1	
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%	
Total		Count	11	5	16		
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Bruk av teknologi er relevant for min arbeidsplass	Svært enig	Count	4	2	6	
			% within Aldersgruppe	66,7%	50,0%	60,0%	
		Noe enig	Count	2	2	4	
			% within Aldersgruppe	33,3%	50,0%	40,0%	
		Total		Count	6	4	10
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Bruk av teknologi er relevant for min arbeidsplass	Svært enig	Count	11	5	16	
			% within Aldersgruppe	64,7%	55,6%	61,5%	
		Noe enig	Count	5	4	9	
			% within Aldersgruppe	29,4%	44,4%	34,6%	
		Noe uenig	Count	1	0	1	
			% within Aldersgruppe				

	% within Aldersgruppe	5,9%	0,0%	3,8%
Total	Count	17	9	26
	% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Bruk av teknologi er essensielt for mitt arbeid * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne	Bruk av teknologi er essensielt for mitt arbeid	Svært enig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe	27,3%	40,0%	31,3%
	Noe enig	Count	6	3	9	
		% within Aldersgruppe	54,5%	60,0%	56,3%	
	Verken enig eller uenig	Count	1	0	1	
		% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%	
	Noe uenig	Count	1	0	1	
		% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%	
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Bruk av teknologi er essensielt for mitt arbeid	Svært enig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	16,7%	0,0%	10,0%
	Noe enig	Count	3	1	4	
		% within Aldersgruppe	50,0%	25,0%	40,0%	
	Verken enig eller uenig	Count	0	2	2	
		% within Aldersgruppe	0,0%	50,0%	20,0%	
	Noe uenig	Count	2	1	3	
		% within Aldersgruppe	33,3%	25,0%	30,0%	
	Total		Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Bruk av teknologi er essensielt for mitt arbeid	Svært enig	Count	4	2	6
			% within Aldersgruppe	23,5%	22,2%	23,1%
	Noe enig	Count	9	4	13	
		% within Aldersgruppe	52,9%	44,4%	50,0%	
	Verken enig eller uenig	Count	1	2	3	

		% within Aldersgruppe	5,9%	22,2%	11,5%
	Noe uenig	Count	3	1	4
		% within Aldersgruppe	17,6%	11,1%	15,4%
Total		Count	17	9	26
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Teknologiske løsninger bidrar til at jeg gjør en bedre jobb * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

			Aldersgruppe		Total	
Kjønn			20-43	44-69		
Kvinne	Teknologiske løsninger bidrar til at jeg gjør en bedre jobb	Svært enig	Count	5	0	5
			% within Aldersgruppe	45,5%	0,0%	31,3%
		Noe enig	Count	4	5	9
			% within Aldersgruppe	36,4%	100,0%	56,3%
		Verken enig eller uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%
		Total	Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Teknologiske løsninger bidrar til at jeg gjør en bedre jobb	Svært enig	Count	3	0	3
			% within Aldersgruppe	50,0%	0,0%	30,0%
		Noe enig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	33,3%	50,0%	40,0%
		Verken enig eller uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%
		Noe uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%
		Total	Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Teknologiske løsninger bidrar til at jeg gjør en bedre jobb	Svært enig	Count	8	0	8
			% within Aldersgruppe	47,1%	0,0%	30,8%
		Noe enig	Count	6	7	13
			% within Aldersgruppe	35,3%	77,8%	50,0%
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	17,6%	11,1%	15,4%
		Noe uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	3,8%
		Total	Count	17	9	26
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Nye teknologiske løsninger har gjort arbeidshverdagen vanskeligere og mer tidkrevende.

* Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe					
			20-43	44-69	Total			
Kvinne	Nye teknologiske løsninger har gjort arbeidshverdagen vanskeligere og mer tidkrevende.	Noe enig	Count	4	5	9		
			% within Aldersgruppe	36,4%	100,0%	56,3%		
		Verken enig eller uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%		
		Noe uenig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	36,4%	0,0%	25,0%		
		Svært uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%		
		Total	Count	11	5	16		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Nye teknologiske løsninger har gjort arbeidshverdagen vanskeligere og mer tidkrevende.	Noe enig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	2	2	4		
			% within Aldersgruppe	33,3%	50,0%	40,0%		
		Noe uenig	Count	4	1	5		
			% within Aldersgruppe	66,7%	25,0%	50,0%		
		Total	Count	6	4	10		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
		Total	Nye teknologiske løsninger har gjort arbeidshverdagen vanskeligere og mer tidkrevende.	Noe enig	Count	4	6	10
					% within Aldersgruppe	23,5%	66,7%	38,5%
Verken enig eller uenig	Count			3	2	5		
	% within Aldersgruppe			17,6%	22,2%	19,2%		
Noe uenig	Count			8	1	9		
	% within Aldersgruppe			47,1%	11,1%	34,6%		
Svært uenig	Count			2	0	2		
	% within Aldersgruppe			11,8%	0,0%	7,7%		
Total	Count			17	9	26		
	% within Aldersgruppe			100,0%	100,0%	100,0%		

Jeg ser fordelene med den teknologien vi bruker * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		
			20-43	44-69	Total
Kvinne	Svært enig	Count	5	1	6

	Jeg ser fordelene med den teknologien vi bruker		% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%	
			Noe enig	Count	6	3	9
		Verken enig eller uenig	% within Aldersgruppe	54,5%	60,0%	56,3%	
			Count	0	1	1	
		Total	% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%	
			Count	11	5	16	
Mann	Jeg ser fordelene med den teknologien vi bruker	Svært enig	Count	3	2	5	
			% within Aldersgruppe	50,0%	50,0%	50,0%	
	Noe enig	Count	3	1	4		
		% within Aldersgruppe	50,0%	25,0%	40,0%		
	Verken enig eller uenig	Count	0	1	1		
		% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%		
	Total	Count	6	4	10		
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
	Total	Jeg ser fordelene med den teknologien vi bruker	Svært enig	Count	8	3	11
				% within Aldersgruppe	47,1%	33,3%	42,3%
Noe enig		Count	9	4	13		
		% within Aldersgruppe	52,9%	44,4%	50,0%		
Verken enig eller uenig		Count	0	2	2		
		% within Aldersgruppe	0,0%	22,2%	7,7%		
Total		Count	17	9	26		
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		

Nye teknologiske løsninger har gitt meg mer tid til andre oppgaver * Aldersgruppe * Kjønn
Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total		
				20-43	44-69			
Kvinne	Nye teknologiske løsninger har gitt meg mer tid til andre oppgaver	Svært enig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%		
		Noe enig	Count	5	1	6		
			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%		
		Verken enig eller uenig	Count	1	3	4		
			% within Aldersgruppe	9,1%	60,0%	25,0%		
		Noe uenig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	36,4%	0,0%	25,0%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Nye teknologiske løsninger har gitt meg mer tid til andre oppgaver	Noe enig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4		
			% within Aldersgruppe	50,0%	25,0%	40,0%		
		Noe uenig	Count	3	2	5		
			% within Aldersgruppe	50,0%	50,0%	50,0%		
		Total			Count	6	4	10
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Nye teknologiske løsninger har gitt meg mer tid til andre oppgaver	Svært enig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	5,9%	0,0%	3,8%		
		Noe enig	Count	5	2	7		
			% within Aldersgruppe	29,4%	22,2%	26,9%		
		Verken enig eller uenig	Count	4	4	8		
			% within Aldersgruppe	23,5%	44,4%	30,8%		
		Noe uenig	Count	7	2	9		
			% within Aldersgruppe	41,2%	22,2%	34,6%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	3,8%		
		Total			Count	17	9	26
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg ser på meg selv som teknisk kompetent * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn Aldersgruppe Total

				20-43	44-69			
Kvinne	Jeg ser på meg selv som teknisk kompetent	Svært enig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	36,4%	0,0%	25,0%		
		Noe enig	Count	4	3	7		
			% within Aldersgruppe	36,4%	60,0%	43,8%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4		
			% within Aldersgruppe	27,3%	20,0%	25,0%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg ser på meg selv som teknisk kompetent	Svært enig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	66,7%	0,0%	40,0%		
		Noe enig	Count	1	3	4		
			% within Aldersgruppe	16,7%	75,0%	40,0%		
		Noe uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	16,7%	0,0%	10,0%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%		
		Total			Count	6	4	10
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg ser på meg selv som teknisk kompetent	Svært enig	Count	8	0	8		
			% within Aldersgruppe	47,1%	0,0%	30,8%		
		Noe enig	Count	5	6	11		
			% within Aldersgruppe	29,4%	66,7%	42,3%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4		
			% within Aldersgruppe	17,6%	11,1%	15,4%		
		Noe uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	5,9%	0,0%	3,8%		
		Svært uenig	Count	0	2	2		
			% within Aldersgruppe	0,0%	22,2%	7,7%		
Total			Count	17	9	26		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		

Jeg liker å ta i bruk ny teknologi * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total		
			20-43	44-69			
Kvinne	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	5	1	6	
			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%	
		Noe enig	Count	5	1	6	
			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%	
	Verken enig eller uenig	Count	1	3	4		
		% within Aldersgruppe	9,1%	60,0%	25,0%		
	Total			Count	11	5	16
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	4	1	5	
			% within Aldersgruppe	66,7%	25,0%	50,0%	
		Noe enig	Count	1	1	2	
			% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%	
	Verken enig eller uenig	Count	0	1	1		
		% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%		
	Noe uenig	Count	1	1	2		
		% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%		
Total			Count	6	4	10	
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	9	2	11	
			% within Aldersgruppe	52,9%	22,2%	42,3%	
	Noe enig	Count	6	2	8		
		% within Aldersgruppe	35,3%	22,2%	30,8%		
	Verken enig eller uenig	Count	1	4	5		
		% within Aldersgruppe	5,9%	44,4%	19,2%		

		Noe uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	5,9%	11,1%	7,7%
Total			Count	17	9	26
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg har dårlige opplevelser med bruk av teknologi * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

				Aldersgruppe		Total
Kjønn				20-43	44-69	
Kvinne	Jeg har dårlige opplevelser med bruk av teknologi	Noe enig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%
		Verken enig eller uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%
		Noe uenig	Count	4	3	7
			% within Aldersgruppe	36,4%	60,0%	43,8%
		Svært uenig	Count	3	0	3
			% within Aldersgruppe	27,3%	0,0%	18,8%
Total			Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg har dårlige opplevelser med bruk av teknologi	Noe enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	50,0%	25,0%	40,0%
		Noe uenig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	33,3%	25,0%	30,0%
		Svært uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%
Total			Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg har dårlige opplevelser med bruk av teknologi	Noe enig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	17,6%	11,1%	15,4%
		Verken enig eller uenig	Count	5	3	8
			% within Aldersgruppe	29,4%	33,3%	30,8%
		Noe uenig	Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	35,3%	44,4%	38,5%
		Svært uenig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	17,6%	11,1%	15,4%

Total	Count	17	9	26
	% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg har liten tro på egne teknologiske ferdigheter når det kommer til teknologien på arbeidsplassen * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total	
				20-43	44-69		
Kvinne	Jeg har liten tro på egne teknologiske ferdigheter når det kommer til teknologien på arbeidsplassen	Svært enig	Count	0	1	1	
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%	
		Noe enig	Count	1	0	1	
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%	
		Verken enig eller uenig	Count	1	1	2	
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%	
		Noe uenig	Count	6	3	9	
			% within Aldersgruppe	54,5%	60,0%	56,3%	
		Svært uenig	Count	3	0	3	
			% within Aldersgruppe	27,3%	0,0%	18,8%	
Total		Count	11	5	16		
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Jeg har liten tro på egne teknologiske ferdigheter når det kommer til teknologien på arbeidsplassen	Noe enig	Count	1	1	2	
			% within Aldersgruppe	16,7%	25,0%	20,0%	
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1	
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	10,0%	
		Noe uenig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	33,3%	25,0%	30,0%	
		Svært uenig	Count	3	1	4	
			% within Aldersgruppe	50,0%	25,0%	40,0%	
		Total		Count	6	4	10
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg har liten tro på egne teknologiske ferdigheter når det kommer til teknologien på arbeidsplassen	Svært enig	Count	0	1	1	
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	3,8%	
		Noe enig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	11,8%	11,1%	11,5%	
		Verken enig eller uenig	Count	1	2	3	
			% within Aldersgruppe	5,9%	22,2%	11,5%	
		Noe uenig	Count	8	4	12	
			% within Aldersgruppe	47,1%	44,4%	46,2%	
		Svært uenig	Count	6	1	7	
			% within Aldersgruppe				

	% within Aldersgruppe	35,3%	11,1%	26,9%
Total	Count	17	9	26
	% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

**Jeg har tro på at jeg får til å bruke ny teknologi dersom noen viser meg det først *
Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation**

Kjønn			Aldersgruppe			
			20-43	44-69	Total	
Kvinne	Jeg har tro på at jeg får til å bruke ny teknologi dersom noen viser meg det først	Svært enig	Count	9	3	12
			% within Aldersgruppe	81,8%	60,0%	75,0%
		Noe enig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg har tro på at jeg får til å bruke ny teknologi dersom noen viser meg det først	Svært enig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	80,0%	25,0%	55,6%
		Noe enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%
		Noe uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%
	Total		Count	5	4	9
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg har tro på at jeg får til å bruke ny teknologi dersom noen viser meg det først	Svært enig	Count	13	4	17
			% within Aldersgruppe	81,3%	44,4%	68,0%
		Noe enig	Count	3	3	6
			% within Aldersgruppe	18,8%	33,3%	24,0%
		Verken enig eller uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%
		Noe uenig	Count	0	1	1

	% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%
Total	Count	16	9	25
	% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg lærer meg lett ny teknologi * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Jeg lærer meg lett ny teknologi	Svært enig	Count	5	0	5
			% within Aldersgruppe	45,5%	0,0%	31,3%
		Noe enig	Count	4	3	7
			% within Aldersgruppe	36,4%	60,0%	43,8%
	Verken enig eller uenig	Count	2	2	4	
		% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%	
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg lærer meg lett ny teknologi	Svært enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	40,0%	25,0%	33,3%
		Noe enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	40,0%	25,0%	33,3%
	Verken enig eller uenig	Count	1	1	2	
		% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%	
	Svært uenig	Count	0	1	1	
		% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%	
Total		Count	5	4	9	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Jeg lærer meg lett ny teknologi	Svært enig	Count	7	1	8
			% within Aldersgruppe	43,8%	11,1%	32,0%
		Noe enig	Count	6	4	10
			% within Aldersgruppe	37,5%	44,4%	40,0%
	Verken enig eller uenig	Count	3	3	6	
		% within Aldersgruppe	18,8%	33,3%	24,0%	
	Svært uenig	Count	0	1	1	
		% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%	
Total		Count	16	9	25	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	

Arbeidsplassen legger til rette for at ny teknologi kan tas i bruk på en god måte *
Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe					
			20-43	44-69	Total			
Kvinne	Arbeidsplassen legger til rette for at ny teknologi kan tas i bruk på en god måte	Svært enig	Count	3	0	3		
			% within Aldersgruppe	27,3%	0,0%	18,8%		
		Noe enig	Count	6	3	9		
			% within Aldersgruppe	54,5%	60,0%	56,3%		
		Verken enig eller uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%		
		Noe uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Arbeidsplassen legger til rette for at ny teknologi kan tas i bruk på en god måte	Svært enig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
		Noe enig	Count	1	3	4		
			% within Aldersgruppe	20,0%	75,0%	44,4%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	0	3		
			% within Aldersgruppe	60,0%	0,0%	33,3%		
		Svært uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%		
		Total			Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
		Total	Arbeidsplassen legger til rette for at ny teknologi kan tas i bruk på en god måte	Svært enig	Count	3	1	4
					% within Aldersgruppe	18,8%	11,1%	16,0%
Noe enig	Count			7	6	13		
	% within Aldersgruppe			43,8%	66,7%	52,0%		
Verken enig eller uenig	Count			5	0	5		
	% within Aldersgruppe			31,3%	0,0%	20,0%		
Noe uenig	Count			0	1	1		
	% within Aldersgruppe			0,0%	11,1%	4,0%		
Svært uenig	Count			1	1	2		
	% within Aldersgruppe			6,3%	11,1%	8,0%		
Total				Count	16	9	25	

% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
-----------------------	--------	--------	--------

Jeg opplever ofte problemer med ny teknologi på arbeidsplassen * Aldersgruppe *
Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Jeg opplever ofte problemer med ny teknologi på arbeidsplassen	Svært enig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%
		Noe enig	Count	5	1	6
			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	27,3%	20,0%	25,0%
		Noe uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%
Total		Count	11	5	16	
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Mann	Jeg opplever ofte problemer med ny teknologi på arbeidsplassen	Svært enig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%
		Noe enig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%
		Verken enig eller uenig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe	60,0%	50,0%	55,6%
		Noe uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%
Total		Count	5	4	9	

			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Total	Jeg opplever ofte problemer med ny teknologi på arbeidsplassen	Svært enig	Count	1	2	3		
			% within Aldersgruppe	6,3%	22,2%	12,0%		
		Noe enig	Count	6	1	7		
			% within Aldersgruppe	37,5%	11,1%	28,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	6	3	9		
			% within Aldersgruppe	37,5%	33,3%	36,0%		
		Noe uenig	Count	3	3	6		
			% within Aldersgruppe	18,8%	33,3%	24,0%		
		Total			Count	16	9	25
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er ikke tilpasset arbeidsflyten * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total	
				20-43	44-69		
Kvinne	Teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er ikke tilpasset arbeidsflyten	Svært enig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%	
		Noe enig	Count	4	2	6	
			% within Aldersgruppe	36,4%	40,0%	37,5%	
		Verken enig eller uenig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%	
		Noe uenig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%	
		Svært uenig	Count	1	0	1	
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%	
Total		Count	11	5	16		
		% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er ikke tilpasset arbeidsflyten	Svært enig	Count	1	0	1	
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%	
		Noe enig	Count	1	2	3	
			% within Aldersgruppe	20,0%	50,0%	33,3%	
		Verken enig eller uenig	Count	1	1	2	
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%	
		Noe uenig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	40,0%	25,0%	33,3%	
		Total		Count	5	4	9

			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Teknologien som blir anskaffet til arbeidsplassen er ikke tilpasset arbeidsflyten	Svært enig	Count	3	1	4
			% within Aldersgruppe	18,8%	11,1%	16,0%
		Noe enig	Count	5	4	9
			% within Aldersgruppe	31,3%	44,4%	36,0%
		Verken enig eller uenig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe	18,8%	22,2%	20,0%
		Noe uenig	Count	4	2	6
			% within Aldersgruppe	25,0%	22,2%	24,0%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	6,3%	0,0%	4,0%
Total			Count	16	9	25
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg liker å ta i bruk ny teknologi * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

			Aldersgruppe		Total			
Kjønn			20-43	44-69				
Kvinne	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	6	0	6		
			% within Aldersgruppe	54,5%	0,0%	37,5%		
		Noe enig	Count	4	3	7		
			% within Aldersgruppe	36,4%	60,0%	43,8%		
		Verken enig eller uenig	Count	0	2	2		
			% within Aldersgruppe	0,0%	40,0%	12,5%		
		Noe uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	3	0	3		
			% within Aldersgruppe	60,0%	0,0%	33,3%		
		Noe enig	Count	1	2	3		
			% within Aldersgruppe	20,0%	50,0%	33,3%		
		Verken enig eller uenig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%		
		Noe uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
		Total			Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Total	Jeg liker å ta i bruk ny teknologi	Svært enig	Count	9	0	9
			% within Aldersgruppe	56,3%	0,0%	36,0%
		Noe enig	Count	5	5	10
			% within Aldersgruppe	31,3%	55,6%	40,0%
		Verken enig eller uenig	Count	1	3	4
			% within Aldersgruppe	6,3%	33,3%	16,0%
		Noe uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	6,3%	11,1%	8,0%
	Total		Count	16	9	25
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

**Jeg kan spontant ta i bruk ny teknologi og finne ut av hvordan disse skal brukes *
Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation**

Kjønn	Jeg kan spontant ta i bruk ny teknologi og finne ut av hvordan disse skal brukes	Svært enig	Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne		Svært enig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%
		Noe enig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	36,4%	20,0%	31,3%
		Verken enig eller uenig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe			

			% within Aldersgruppe	27,3%	40,0%	31,3%		
		Noe uenig	Count	2	1	3		
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%		
	Total		Count	11	5	16		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Jeg kan spontant ta i bruk ny teknologi og finne ut av hvordan disse skal brukes	Svært enig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%		
		Noe enig	Count	2	3	5		
			% within Aldersgruppe	40,0%	75,0%	55,6%		
		Noe uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	40,0%	0,0%	22,2%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
			Total		Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg kan spontant ta i bruk ny teknologi og finne ut av hvordan disse skal brukes	Svært enig	Count	3	0	3		
			% within Aldersgruppe	18,8%	0,0%	12,0%		
		Noe enig	Count	6	4	10		
			% within Aldersgruppe	37,5%	44,4%	40,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	3	2	5		
			% within Aldersgruppe	18,8%	22,2%	20,0%		
		Noe uenig	Count	4	1	5		
			% within Aldersgruppe	25,0%	11,1%	20,0%		
		Svært uenig	Count	0	2	2		
			% within Aldersgruppe	0,0%	22,2%	8,0%		
	Total		Count	16	9	25		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		

Jeg liker å utforske teknologien og finne ut av hva den kan gjøre * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total	
			20-43	44-69		
Kvinne	Jeg liker å utforske teknologien og finne ut av hva den kan gjøre	Svært enig	Count	3	0	3
			% within Aldersgruppe	27,3%	0,0%	18,8%
		Noe enig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	36,4%	20,0%	31,3%

		Verken enig eller uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%		
		Noe uenig	Count	3	4	7		
			% within Aldersgruppe	27,3%	80,0%	43,8%		
	Total		Count	11	5	16		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Jeg liker å utforske teknologien og finne ut av hva den kan gjøre	Svært enig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%		
		Noe enig	Count	3	2	5		
			% within Aldersgruppe	60,0%	50,0%	55,6%		
		Verken enig eller uenig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%		
		Noe uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
			Total		Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg liker å utforske teknologien og finne ut av hva den kan gjøre	Svært enig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	25,0%	0,0%	16,0%		
		Noe enig	Count	7	3	10		
			% within Aldersgruppe	43,8%	33,3%	40,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	12,5%	0,0%	8,0%		
		Noe uenig	Count	3	5	8		
			% within Aldersgruppe	18,8%	55,6%	32,0%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%		
			Total		Count	16	9	25
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Jeg foretrekker å jobbe med teknologiske løsninger fremfor analoge løsninger (medisinark, skjemaer på papir etc.) * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn			Aldersgruppe		Total			
			20-43	44-69				
Kvinne	Jeg foretrekker å jobbe med teknologiske løsninger fremfor analoge løsninger (medisinark, skjemaer på papir etc.)	Svært enig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	36,4%	0,0%	25,0%		
		Noe enig	Count	4	2	6		
			% within Aldersgruppe	36,4%	40,0%	37,5%		
		Verken enig eller uenig	Count	2	2	4		
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%		
		Svært uenig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	9,1%	20,0%	12,5%		
		Total			Count	11	5	16
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Jeg foretrekker å jobbe med teknologiske løsninger fremfor analoge løsninger (medisinark, skjemaer på papir etc.)	Svært enig	Count	4	0	4		
			% within Aldersgruppe	80,0%	0,0%	44,4%		
		Noe enig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%		
		Verken enig eller uenig	Count	0	2	2		
			% within Aldersgruppe	0,0%	50,0%	22,2%		
		Svært uenig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%		
		Total			Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Jeg foretrekker å jobbe med teknologiske løsninger fremfor analoge løsninger (medisinark, skjemaer på papir etc.)	Svært enig	Count	8	0	8		
			% within Aldersgruppe	50,0%	0,0%	32,0%		
		Noe enig	Count	5	3	8		
			% within Aldersgruppe	31,3%	33,3%	32,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	2	4	6		
			% within Aldersgruppe	12,5%	44,4%	24,0%		
		Svært uenig	Count	1	2	3		
			% within Aldersgruppe	6,3%	22,2%	12,0%		
		Total			Count	16	9	25
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Nye teknologiske løsninger er alltid bedre enn måten man gjorde ting på tidligere * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn		Aldersgruppe		Total
		20-43	44-69	

Kvinne	Nye teknologiske løsninger er alltid bedre enn måten man gjorde ting på tidligere	Noe enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%
		Verken enig eller uenig	Count	5	1	6
			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%
		Noe uenig	Count	3	3	6
			% within Aldersgruppe	27,3%	60,0%	37,5%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%
		Total	Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Nye teknologiske løsninger er alltid bedre enn måten man gjorde ting på tidligere	Noe enig	Count	2	1	3
			% within Aldersgruppe	40,0%	25,0%	33,3%
		Verken enig eller uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%
		Noe uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	40,0%	50,0%	44,4%
		Svært uenig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%
		Total	Count	5	4	9
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Nye teknologiske løsninger er alltid bedre enn måten man gjorde ting på tidligere	Noe enig	Count	4	2	6
			% within Aldersgruppe	25,0%	22,2%	24,0%
		Verken enig eller uenig	Count	6	1	7
			% within Aldersgruppe	37,5%	11,1%	28,0%
		Noe uenig	Count	5	5	10
			% within Aldersgruppe	31,3%	55,6%	40,0%
		Svært uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	6,3%	11,1%	8,0%
		Total	Count	16	9	25
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Teknologien vi bruker på arbeidsplassen i dag er enkel å bruke * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Teknologien vi bruker på arbeidsplassen i dag er enkel å bruke	Svært enig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%
		Noe enig	Count	5	1	6

			% within Aldersgruppe	45,5%	20,0%	37,5%
		Verken enig eller uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%
		Noe uenig	Count	2	2	4
			% within Aldersgruppe	18,2%	40,0%	25,0%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%
	Total		Count	11	5	16
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Mann	Teknologien vi bruker på arbeidsplassen i dag er enkel å bruke	Noe enig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	25,0%	11,1%
		Verken enig eller uenig	Count	3	2	5
			% within Aldersgruppe	60,0%	50,0%	55,6%
		Noe uenig	Count	1	1	2
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%
		Svært uenig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%
	Total		Count	5	4	9
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Teknologien vi bruker på arbeidsplassen i dag er enkel å bruke	Svært enig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	6,3%	0,0%	4,0%
		Noe enig	Count	5	2	7
			% within Aldersgruppe	31,3%	22,2%	28,0%
		Verken enig eller uenig	Count	5	4	9
			% within Aldersgruppe	31,3%	44,4%	36,0%
		Noe uenig	Count	3	3	6
			% within Aldersgruppe	18,8%	33,3%	24,0%
		Svært uenig	Count	2	0	2
			% within Aldersgruppe	12,5%	0,0%	8,0%
	Total		Count	16	9	25
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%

Bruk av teknologi i arbeidshverdagen krever mye av meg * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Bruk av teknologi i arbeidshverdagen krever mye av meg	Svært enig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%
		Noe enig	Count	1	0	1
			% within Aldersgruppe	9,1%	0,0%	6,3%
		Verken enig eller uenig	Count	4	1	5
			% within Aldersgruppe	25,0%	20,0%	22,7%

			% within Aldersgruppe	36,4%	20,0%	31,3%		
		Noe uenig	Count	4	3	7		
			% within Aldersgruppe	36,4%	60,0%	43,8%		
		Svært uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	18,2%	0,0%	12,5%		
	Total		Count	11	5	16		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		
Mann	Bruk av teknologi i arbeidshverdagen krever mye av meg	Noe enig	Count	1	0	1		
			% within Aldersgruppe	20,0%	0,0%	11,1%		
		Verken enig eller uenig	Count	1	3	4		
			% within Aldersgruppe	20,0%	75,0%	44,4%		
		Noe uenig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	40,0%	0,0%	22,2%		
		Svært uenig	Count	1	1	2		
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%		
			Total		Count	5	4	9
					% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Bruk av teknologi i arbeidshverdagen krever mye av meg	Svært enig	Count	0	1	1		
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%		
		Noe enig	Count	2	0	2		
			% within Aldersgruppe	12,5%	0,0%	8,0%		
		Verken enig eller uenig	Count	5	4	9		
			% within Aldersgruppe	31,3%	44,4%	36,0%		
		Noe uenig	Count	6	3	9		
			% within Aldersgruppe	37,5%	33,3%	36,0%		
		Svært uenig	Count	3	1	4		
			% within Aldersgruppe	18,8%	11,1%	16,0%		
	Total		Count	16	9	25		
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%		

Arbeidshverdagen var lettere før teknologien kom * Aldersgruppe * Kjønn Crosstabulation

Kjønn				Aldersgruppe		Total
				20-43	44-69	
Kvinne	Arbeidshverdagen var lettere før teknologien kom	Svært enig	Count	0	1	1
			% within Aldersgruppe	0,0%	20,0%	6,3%
		Verken enig eller uenig	Count	3	1	4

			% within Aldersgruppe	27,3%	20,0%	25,0%	
		Noe uenig	Count	6	2	8	
			% within Aldersgruppe	54,5%	40,0%	50,0%	
		Svært uenig	Count	2	1	3	
			% within Aldersgruppe	18,2%	20,0%	18,8%	
	Total		Count	11	5	16	
			% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%	
Mann	Arbeidshverdagen var lettere før teknologien kom	Verken enig eller uenig	Count	2	3	5	
			% within Aldersgruppe	40,0%	75,0%	55,6%	
		Noe uenig	Count	1	1	2	
			% within Aldersgruppe	20,0%	25,0%	22,2%	
		Svært uenig	Count	2	0	2	
			% within Aldersgruppe	40,0%	0,0%	22,2%	
		Total		Count	5	4	9
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Arbeidshverdagen var lettere før teknologien kom	Svært enig	Count	0	1	1	
			% within Aldersgruppe	0,0%	11,1%	4,0%	
		Verken enig eller uenig	Count	5	4	9	
			% within Aldersgruppe	31,3%	44,4%	36,0%	
		Noe uenig	Count	7	3	10	
			% within Aldersgruppe	43,8%	33,3%	40,0%	
		Svært uenig	Count	4	1	5	
			% within Aldersgruppe	25,0%	11,1%	20,0%	
		Total		Count	16	9	25
				% within Aldersgruppe	100,0%	100,0%	100,0%