



Espen Andreas Brembo, Heidi Kapstad, Kirsten
Røland Byermoen, Ane Maja Bakken, Kari Anne
Dehli, Guro Elbert, Håkon Langeland, Ronny
Wettre og Hilde Eide

Digital Helsekompetanse som fremtidens gull i helse- og omsorgstjenesten

Skriftserien fra Universitetet i
Sørøst-Norge nr. 179
2025

Et samskapt prosjekt i regi av HelseHub

Espen Andreas Brembo, Heidi Kapstad, Kirsten Røland
Byermoen, Ane Maja Bakken, Kari Anne Dehli, Guro Elbert,
Håkon Langeland, Ronny Wettre og Hilde Eide

Digital Helsekompetanse som fremtidens gull i helse- og omsorgstjenesten

Et samskapt prosjekt i regi av HelseHub



© Espen Andreas Brembo et al., 2025
Universitetet i Sørøst-Norge
Drammen

Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 179

ISBN 978-82-7206-990-1

ISSN 2535-5325



Denne publikasjonen er lisensiert med en Creative Commons lisens. Du kan kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst format eller medium. Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi

en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort.

Se fullstendige lisensbetingelser på <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

Forord

Denne rapporten er et resultat av et arbeid gjennomført i HelseHub's partnerskap fra våren 2024 til i dag. Prosjektet er gjennomført i gjensidig samarbeid mellom personer med en sentral rolle i digitalisering av tjenestene i deltakende kommuner og Universitetet i Sørøst-Norge. Grunnlaget for anbefalingene i denne rapporten er basert på fokusgruppeintervjuer med ledere, digitale agenter, rådgivere, velferdsteknologikonsulenter, team- og fagkoordinatorer, implementeringsansvarlige og utøvende helsepersonell, som arbeider i helse-, omsorg- eller velferdstjenestene i Asker kommune, Drammen kommune, Lier kommune og Responssenterets samarbeidskommuner i Kongsbergregionen.

Takk til alle som har bidratt med innspill, kunnskap og synspunkter.

Espen Andreas Brembo, Heidi Kapstad, Kirsten Røland Byermoen, Ane Maja Bakken, Kari Anne Dehli, Guro Elbert, Håkon Langeland, Ronny Wettre, og Hilde Eide

25. juni 2025

Sammendrag og anbefalinger

I en tid hvor teknologiske fremskritt stadig endrer måten helsetjenester leveres på, er det avgjørende å forstå hvordan helsepersonell kan utvikle og anvende digital kompetanse for å forbedre pasientbehandlingen og effektivisere arbeidsflyten. Denne rapporten presenterer foreløpige resultater fra en kvalitativ studie der 59 personer fra fire kommuner har deltatt i fokusgruppeintervjuer. Vi har undersøkt hvordan ledere, personer med dedikert ansvar for implementering av teknologi i tjenestene og ansatte som arbeider nærmest tjenestemottakerne oppfatter og beskriver digital helsekompetanse, og behov for opplæring. De ansatte og deres kolleger uttrykker at de har behov for denne typen kompetanse, og de gir eksempler på områder hvor digital helsekompetanse allerede er i bruk og nødvendig. Med bakgrunn i undersøkelsen vil vi gi følgende råd og anbefalinger til kommunenes arbeid med digital kompetanse som kan brukes både i utvikling av opplæringsprogram og som støtte i planlegging og organisasjonsutvikling, og dermed bidra til å styrke helsetjenestens evne til å møte de digitale utfordringene på en effektiv måte. Vi anbefaler å:

1. Undersøke kompetansebehov og preferanser for hvordan de ansatte ønsker å tilegne seg kompetansen de trenger for å gi god pasientoppfølging med teknologi.
2. Kartlegge hvilke teknologier og systemer som er i daglig bruk og de ansattes egenrapporterte kompetanse innen disse systemene for å kunne legge til rette for hensiktsmessig opplæring.
3. Sørge for at alle ansatte har grunnleggende ferdigheter i bruk av digitale systemer og blir trygge brukere av systemer de må kunne.
4. Styrke rollen til henholdsvis digitale agenter, velferdsteknologikonsulenter, og implementeringsansvarlige ved å konkretisere ansvarsområder – gi dem tydelig mandat og ressurser.
5. Vektlegge samskaping i utviklingen av opplæringstiltak på tvers av virksomheter og kommuner, samt mobilisere ildsjeler som pådrivere.
6. Sørge for differensiert opplæring for å treffe ulike behov.
7. Sørge for at ledere styrker og utvikler sin innovasjons- og implementeringsledelseskompetanse.
8. Ledere kommuniserer tydelige forventninger om de ansattes rolle i endringsprosesser og at de gjennomfører prioriterte kompetansehevende tiltak.
9. Sørge for rutiner i virksomheten som gjør at ledere har oppdatert oversikt over de ansattes formelle kompetanse.
10. Etterspørre grunnleggende digital kompetanse og digital helsekompetanse i utlysninger ved nyansettelser.
11. Satsningsområder bør prioriteres tydeligere for å samle fokus og innsats.
12. Sørge for tilstrekkelige teknologiske støttefunksjoner og helkontinuerlige supporttjenester.
13. Dokumentere og synliggjøre gevinster og dele suksesshistorier internt og eksternt.
14. Prioritere anskaffelser basert på involvering av tjenestene i utforming av kravspesifikasjoner.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag og anbefalinger	II
1 Introduksjon	1
2 Bakgrunn	2
2.1 Digitalisering av helse– og omsorgstjenestene og helsepersonells kompetansebehov	2
2.2 Forskning om digital helsekompetanse og betydningen av dedikerte ildsjeler	4
2.3 Befolkningstall og organisering av helse og omsorgstjenester i kommunene	5
2.4 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	7
3 Metode	8
3.1 Utvalg	8
3.2 Datainnsamling og analyse	9
3.3 Personvern og forskningsetikk	9
4 Resultater	10
4.1 Kjennetegn ved digital helsekompetanse	10
4.2 Muligheter og utfordringer for videreutvikling av digital helsekompetanse	11
4.3 Ansattes mestring og trygghet ved bruk av teknologiske løsninger i arbeidshverdagen	13
4.4 Lederes rolle og ansvar i innovasjons- og digitaliseringsprosesser	14
4.5 Muligheter for medvirkning i innovasjons- og implementeringsprosesser	17
4.6 Muligheter styrket digital helsekompetanse kan bidra med for tjenestene	18
5 Oppsummering av resultatene	21
6 Litteratur	23
Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkeskriv	25
Vedlegg 2: Eksempel intervjuguide, utvalg 3	29

1 Introduksjon

Prosjektet “Digital Helsekompetanse som fremtidens gull i helse- og omsorgstjenesten” er en omfattende kvalitativ studie i regi av Helsehub.

HelseHub er et partnerskap mellom Asker, Drammen og Lier kommuner, Universitetet i Sørøst-Norge (USN), Vestre Viken Helseforetak og Responssenteret i Kongsbergregionen samt Drammen Helsepark med mål om å samhandle om utvikling av tjenester, kunnskap og næring innen helsefeltet (www.helsehub.org). HelseHub har mange samarbeidspartnere. Partnerskapet samarbeider om å identifisere og utvikle nye prosjekter, dele kunnskap og erfaringer, samt å etablere felles møteplasser mellom aktørene på helsefeltet. Fire satsningsområder er spesielt viktige og aktuelle for samarbeid: 1) Digital hjemmeoppfølging og responstjenester, 2) Digital helsekompetanse, 3) Forebyggende helsearbeid, og 4) KlinObs kommune og simulering. For hvert av områdene jobbes det i form av arbeidsgrupper eller samarbeidsprosjekter på tvers av partnerskapet. Som del av dette har partnerskapet i HelseHub gjennomført en kartlegging av status for hvordan virksomhetene arbeider strategisk med kompetanseutvikling og digitalisering, samt identifisert utfordringsbildet for digital helsekompetanse.

Arbeidsgruppen for Digital Helsekompetanse ble etablert våren 2023. Den jobber strategisk med å identifisere områder for felles innsats for å styrke de ansattes digitale helsekompetanse. Målsetting er å bygge helsetjenester med ansatte som er rustet til å støtte tjenestemottakernes digitale helsekompetanse samtidig som de er med på den digitale utviklingen i helsetjenestene.

Dette prosjektet har hatt kommunehelsetjenesten i fokus. Prosjektet ledes fra Senter for helse og teknologi ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Prosjektgruppens deltakere er

- Espen Andreas Brembo, Førsteamanuensis og prosjektleder, **USN**
- Håkon Langeland, teamkoordinator/rådgiver, **Asker kommune**
- Ane Maja Bakken, Digital agent, **Drammen kommune**
- Ronny Wettre, Kvalitetsrådgiver, **Lier kommune**
- Guro Elbert, rådgiver, Responssenteret – Kongsbergregionen
- Heidi Kapstad, Fagleder USHT Drammen kommune, Førsteamanuensis II, **USN**
- Kirsten Røland Byermoen, Førsteamanuensis, **USN**
- Hilde Eide, Professor emerita, **USN**
- Kari Anne Dehli, Prosjektrådgiver, **Norway Health Tech**

Prosjektet er samfinansiert av Buskerud fylkeskommune, CoTech (NFR: 331903) og egenfinansiering fra deltakende kommuner.

2 Bakgrunn

2.1 Digitalisering av helse– og omsorgstjenestene og helsepersonells kompetansebehov

Helse- og omsorgstjenestene digitaliseres i økende grad i tråd med den digitale transformasjonen som generelt pågår i samfunnet. Tjenestene utfordres av stadig pågående endringsprosesser hvor arbeidsoppgavene i stor grad innebærer anvendelse av ulike typer helseteknologier og digitale systemer som støtte i både det direkte og indirekte pasient- og brukerrettede arbeidet.

Helsepersonellkommisjonens utredning «Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» (NOU 2023:4) fremhever at Norge, til tross for å ha den høyeste andelen leger og sykepleiere sysselsatt i helse- og omsorgstjenestene i Europa, står overfor betydelige utfordringer med å rekruttere, beholde og utdanne tilstrekkelig helsepersonell. Digitalisering og teknologisk utvikling er ett av seks sentrale tiltaksområder for å møte disse utfordringene. Riktig og fornuftig bruk av teknologi har potensiale til å øke produktiviteten og redusere behovet for personell. Teknologiutviklingen fremover bør fokusere på løsninger som avlastar de som arbeider i tjenestene, på oppgavedeling og muliggjøre mer fleksible løsninger. Helsepersonellkommisjonen foreslår automatisering av oppgaver som ikke krever direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende. *Videre kan velferdsteknologi styrke kompetansen innen sektorovergripende og tverrfaglig teknologisk assistanse for trygghet, sikkerhet og samfunnsdeltagelse, samt fremme selvstendighet til tross for sykdom eller nedsatt funksjon.* Sentralt er at behovet for omstilling og høy innovasjonstakt krever oppdatert kompetanse innen kunnskapsbasert fagutvikling, nye teknologier, digitale verktøy og arbeidsformer. Derfor kreves kontinuerlig og systematisk arbeid med kompetanseutvikling og livslang læring for ansatte i helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:4).

Tilsvarende argumentasjon og budskap fremmes i Nasjonal Helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023–2024)) hvor digitalisering av helse- og omsorgstjenestene beskrives som et sentralt virkemiddel hvor gevinster skal realiseres fortløpende. Det kan imidlertid se ut til at disse perspektivene er for optimistiske. Et notat fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring viser at til nå er gevinstrealisering knyttet til digitalisering generelt begrenset (DFØ, 2025; Stat & Styring, 2025). Det påpekes at «den gjennomgående utfordringen synes å være at teknologiske innovasjoner ofte forutsetter til dels store endringer i organisering, arbeidsprosesser og rutiner for å oppnå effekt».

Stortingsmelding 9 fremhever at økt helsekompetanse i befolkningen og tilstrekkelig tilrettelegging i tjenestene er viktig for å sikre at pasienter og brukere får hjelpen de trenger på rett sted til rett tid. Også god helsekompetanse blant helsepersonell har betydning for kompetanseutvikling i tjenestene. **Helsekompetanse** er definert som «*personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten*» (Helsedirektoratet, 2021). Befolkningens helsekompetanse har blitt kartlagt, og viser at en tredel av befolkningen har utfordringer med å navigere i helsetjenesten. Storforbrukere av helsetjenesten synes også å være mindre forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester (Le et al., 2021).

Mens helsekompetanse og digitale ferdigheter er viktige for helsetjenestemottakere, løftes mangfoldet som trengs i informasjonsarbeidet og tjenestene, hvor tjenestemottakerne har ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter. Når teknologi tas i bruk og når mange personer innenfor samme og på tvers av ulike tjenestenivåer skal samhandle, vil den enkeltes digitale helsekompetanse være av betydning. **Digital helsekompetanse** innebærer å kunne søke opp, finne, forstå, vurdere og å kunne anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder, samt å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen sykdom (Helsedirektoratet, 2021). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 tar sikte på å øke helsekompetanse i den generelle befolkningen, og retter seg primært mot helse- og omsorgspersonell, beslutningstakere og ledere i helse- og omsorgstjenesten, samt pasient- og brukerorganisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Samtidig med at den digitale helsekompetansen utvikles i befolkningen må den også sikres blant alle som arbeider innen helse- og omsorgstjenestene. Eide og Eide (2020) påpeker at siden både helsepersonell og pasienter er brukere av digitale helseløsninger, er det avgjørende å utvikle digital helsekompetanse for begge grupper. For pasientene omhandler dette hva som er vesentlig for dem å forstå og mestre når det gjelder å ta i bruk digitale verktøy for å håndtere helsemessige utfordringer. For helsepersonellet handler det om de ferdigheter og kunnskaper som de trenger for å kunne bruke teknologiske løsninger på en god måte. Det handler om å kunne bruke løsningene i det daglige arbeidet, og samtidig forstå hvordan tjenestemottakeres evne til å håndtere egen helse påvirkes. Det er også viktig å kunne veilede og støtte pasienter slik at de forstår og får nytte av teknologien, og å kunne kommunisere på en måte som motiverer dem til å ta den i bruk. I tillegg trenger man ha innsikt i hvordan man kan bidra til utvikling og innføring av nye digitale løsninger i helsetjenesten. Dagens og fremtidens helsepersonell får en nøkkelrolle og blir deltakere, aktører og medskapere i digitale utviklings- og implementeringsprosesser, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Eide og Eide (2020) konkretiserer fire aspekter ved helsepersonells digitale helsekompetanse:

1. **Teknologiske kompetanse** - kunnskap og praktiske ferdigheter i bruk av digitale teknologier som anvendes i tjenesten.
2. **Mestringskompetanse** - kunnskap om hvordan de aktuelle teknologiene innvirker på pasienters motivasjon og mestring av egen helsesituasjon.
3. **Pedagogisk kompetanse** - veilednings-, undervisnings- og kommunikasjonsferdigheter rettet mot å styrke pasienters digitale helsekompetanse og deres motivasjon til å anvende de aktuelle teknologiene.
4. **Innovasjons- og implementeringskompetanse** - kunnskap om og forståelse av rollen som aktør i innovasjonsprosesser og digitaliseringsprosesser.

Denne forståelsen av helsepersonells digitale helsekompetanse bidrar som begrepsforståelse i denne studien.

2.2 Forskning om digital helsekompetanse og betydningen av dedikerte ildsjeler

Begrepet «eHealth Literacy» eller på norsk ehelsekompetanse ble introdusert og definert som begrep i 2006 av Norman & Skinner (2006b) og senere revidert (Milanti et al., 2025). I utgangspunktet ønsket forskere å kartlegge pasienters ehelsekompetanse – den gang dreide det seg mest om kompetanse i å finne, kritisk vurdere og anvende informasjon fra internett. Begrepet digital helsekompetanse ble introdusert mye senere rundt 2018-2019. Som beskrevet i forrige delkapittel innebærer begrepet nå også å kunne anvende ulike digitale eller teknologiske løsninger i eget helsearbeid. Flere kartleggingsinstrumenter er utviklet for å kartlegge digital helsekompetanse enten hos pasienter og/eller helsepersonell og noen er oversatt til Norsk og validert. Disse er

- **eHeals** med 8 spørsmål designet for å måle personers digitale helsekompetanse (Norman & Skinner, 2006a,).
- **e-Health Literacy Framework (eHLF)** – med 35 spørsmål; noen om anvendelse av digitale løsninger i arbeidshverdagen og noen om bruk av digitale løsninger knyttet til egen helse (Norgaard et al., 2015).
- Digital helsekompetanse (DigiHealthCom) med 42 spørsmål) og Assosierte faktorer knyttet til digital helsekompetanse med 15 spørsmål (Jarva et al., 2023)
- **HLS₁₉-DIGI** med 16 spørsmål (Levin-Zamir et al., 2025).

Dette prosjektet har hatt fokus helsepersonells digitale helsekompetanse. Ifølge Jarva et al. (2022) trenger helsepersonell digital kompetanse for å kunne tilby pasientsentrert omsorg digitalt. Dette innebærer å kunne vurdere pasientens vilje og evne til å bruke digitale helsetjenester, samt å sikre at tjenestene er likeverdige og av høy kvalitet. Helsepersonell må også ha teknisk kompetanse til å bruke ulike digitale systemer og løse tekniske

problemer. Videre er det viktig å kunne kommunisere effektivt med pasienter gjennom digitale plattformer, noe som krever spesifikke ferdigheter i både skriftlig og muntlig veiledning. Det påpekes også at helsepersonell må kunne kombinere digitale og tradisjonelle metoder for å tilpasse seg pasientens behov og situasjon, samt at helsepersonell bør være i stand til å evaluere og kritisk vurdere digitale helsetjenester for å sikre at de brukes på en etisk og effektiv måte.

Det er behov for mer dybdekunnskap både fra tjenestene, fra de som har teknologi-implementering som ansvarsområde og fra ledere. eHeals instrumentet vurderes å være utdatert og det er liten forskning knyttet til helsepersonellens digitale helsekompetanse innen samspill mellom person og digitale systemer og også lite forskning knyttet til systemnivået (Brørs et al., 2023). Forskning som foreligger har fokusert på optimal bruk av journalsystemer, grunnleggende data- og internettbruk, samt kunnskap om digitale administrative og organisatoriske ferdigheter (Jimenez et al., 2020; Longhini et al., 2022). Det er blant annet behov for forskning om bruk av kunstig intelligens og avstandsoppfølging med digitale applikasjoner. I helserelatert digital kompetanse inngår også faktorer som tillit, holdninger, tro og oppmerksomhetsevne. Dette har betydning for effektiv opplæring av helsepersonell i bruk av digitale helseverktøy og for rammeverk (Longhini et al., 2022). Implementeringen av teknologi i helsetjenestene er en kompleks prosess som medfører systematiske endringer i roller, arbeidsflyt og tjenesteyting. Kollegial og organisatorisk støtte ser ut til å være essensielt for å bygge positive erfaringer (Konttila et al., 2019).

For å lykkes med implementering av teknologi trengs personer som dedikert og aktivt støtter og fremmer implementeringen - såkalte «Champions» (Pettersen et al., 2024). For utøvelse av denne rollen er det nødvendig med et klart mandat, dedikert tid og riktig opplæring. Et mandat innebærer at ledernivået ønsker dette og tilrettelegger for at personene både har tid og riktig kompetanse. Det kan synes som man trenger champions i dette feltet som er fleksible, tilgjengelig og på samme tid kan fungere både som fremsnakker av teknologi; ha ansvar i implementerings-prosesser og være problemløser (Pettersen et al., 2024). De må være både motivator, bygge bro, være veileder og støtte kolleger. Det er oftest ikke snakk om én teknologi eller et system, og rollen krever derfor en bredere sammensatt kompetanse. Det er vist at champions kan øke bruk av innovasjoner på organisasjonsnivå, men om disse også fører til at pasienter og helsepersonell tar teknologi i bruk på en måte som skaper verdi, er utilstrekkelig undersøkt (Santos et al., 2022).

2.3 Befolkningstall og organisering av helse og omsorgstjenester i kommunene

Befolkningsstørrelsen i en kommune påvirker hvordan helse- og omsorgstjenestene kan organiseres og leveres. Ressurstilgangen er ofte bedre i store kommuner, som mottar

høyere statlige tilskudd og har større økonomisk handlingsrom. Dette gir mulighet for mer spesialiserte tjenester og investeringer i tjenesteutvikling. I motsetning har små kommuner begrensede midler og må ofte prioritere grunnleggende tjenester, eller inngå samarbeid med nabokommuner for å dekke spesialiserte behov. Tjenestebehovet varierer også med befolkningssammensetningen. Selv om store kommuner har flere brukere totalt, kan små kommuner ha høyere andel eldre eller andre grupper med omfattende behov, noe som stiller store krav til kapasitet og fleksibilitet i tjenestene. Når det gjelder organisasjonsstruktur, har store kommuner ofte en mer kompleks og spesialisert organisering, med egne enheter for ulike brukergrupper og fagområder. Små kommuner har gjerne en flatere struktur, der ansatte har bredere ansvarsområder og jobber mer tverrfaglig. Digitalisering og innovasjon kan være lettere å gjennomføre i store kommuner, som har ressurser og kompetanse til å utvikle og implementere nye teknologiske løsninger. Små kommuner kan ha utfordringer med å ta i bruk teknologiske løsninger uten ekstern støtte eller samarbeid. Rekruttering og kompetanse er også en sentral utfordring. Store kommuner har ofte lettere for å tiltrekke seg spesialisert helsepersonell, mens små kommuner er avhengig av å satse på generalister og fleksible team. Dette kan påvirke kvaliteten og bredden i tjenestetilbudet. Kommunene som er representert i denne rapporten har ulik størrelse og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Overordnet inkluderes følgende tjenester:

- Hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand)
- Sykehjem og institusjonstjenester (kommunale sykehjem og korttidsplasser)
- Tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne (bolig, avlastning og dagtilbud)
- Rehabilitering og habilitering (tilbud for å fremme mestring og selvstendighet)
- Psykisk helse og rus (råd og veiledning, aktivitets-, omsorgs-, behandlings- og oppfølgingstjenester)
- Helsetjenester for barn og unge (helsestasjon og skolehelsetjeneste)
- Legetjenester og legevakt (fastlegeordning og interkommunal legevakt)

Asker kommune har en befolkning på 100 492 innbyggere, hvorav 8863 (8,8%) er 75 år eller eldre. **Drammen kommune** har 105 452 innbyggere, hvorav 9731 (9,2%) er 75 år eller eldre. **Lier kommune** har 28 642 innbyggere, hvorav 2392 (8,4%) er 75 år eller eldre. Kongsberg kommune har 29 011 innbyggere med andel eldre 2946 (10,2%).

Responssenteret som er partner i HelseHub ligger fysisk i Kongsberg kommune og samarbeider med flere mindre kommuner (Sigdal, Flesberg, Nore og Uvdal og Rollag i Buskerud fylke, samt Notodden og Hjartdal i Telemark fylke). Totalt er folketallet i samarbeidskommunene 25 186 med en andel eldre på 2985 (11,85%). Prosentvis er andelen eldre større i de små kommunene (Statistisk sentralbyrå, 2025)

2.4 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Studien har til hensikt å utforske digital helsekompetanse blant ledere og ansatte i primærhelsetjenesten orientert rundt hvordan kompetansen aktualiseres og anvendes i arbeidshverdagen til de ansatte. Den søker å avdekke kjennetegn for hva som karakteriserer grunnleggende digital helsekompetanse, og hva som vurderes som spesialiserte/særskilte områder. Studien skal videre identifisere faktorer ved digital helsekompetanse som fremmer innovasjon og implementering av helseteknologi, samt utforske lederes rolle og betydning i denne sammenheng.

Problemstillingen er: Hva kjennetegner digital helsekompetanse blant ledere og ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten, og hvilken rolle har denne kompetansen i tjenesteutvikling?

Med utgangspunkt i problemstillingen ble studien orientert rundt følgende spørsmål:

- Hva kjennetegner digital helsekompetanse i primærhelsetjenesten?
- Hvilke muligheter og utfordringer identifiseres på individ- og systemnivå for videreutvikling av digital helsekompetanse?
- Hva skal til for opplevelse av mestring og trygghet ved anvendelse av teknologiske løsninger i arbeidshverdagen?
- Hvilken betydning har ledere i innovasjons- og digitaliseringsprosesser?
- Hvordan erfares muligheter for medvirkning i innovasjons- og digitaliseringsprosesser?
- Hvilke muligheter og resultater kan styrket digital helsekompetanse bidra med for tjenestene?

3 Metode

Studien har et kvalitativt eksplorativt studiedesign og data er samlet inn gjennom totalt 12 fokusgruppe-intervjuer.

3.1 Utvalg

Tre ulike utvalg fra kommunenes helse- og omsorgstjenester i hver av kommunene deltok i denne studien. Deltakerne måtte være fast ansatt i kommunen med minimum 1 års erfaring. Det første utvalget bestod av virksomhetsledere, seksjonsledere, assisterende seksjonsledere og avdelingsledere. Utvalg 2 bestod av digitale agenter, velferdsteknologikonsulenter, rådgivere og implementeringsansvarlige. Utvalg 3 var noe blandet sammensatt av sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, helsesykepleiere, avdelingsledere, implementeringsansvarlige, rådgivere, teamkoordinatorer, fagkoordinatorer og fagsykepleiere. Utvalgene ble rekruttert strategisk med sikte på å realisere et mangfoldig spekter av erfaringer og synspunkter. Arbeidsgruppens representanter fra kommunene rekrutterte innad i egen kommune. Invitasjoner og en «flyer» med kortfattet informasjon ble sendt til personer identifisert som aktuelle, og de som meldte interesse bekreftet dette til representanten (Se vedlegg 1; Informasjon om studien godkjent av Sikt).

Utvalget bestod av i alt 59 deltakere med en gjennomsnittsalder på 46 år, hvorav 49 av dem var kvinner og 10 menn. Majoriteten av deltakerne (62 %) hadde på intervjutidspunktet fullført utdanning utover grunnutdanning i form av videreutdanning eller mastergrad. Fire av deltakerne var i gang med studier. Deltakerne hadde gjennomsnittlig vært ansatt i nåværende rolle i 8 år, med et spenn fra et halvt til 30 år. Mange hadde imidlertid lengre erfaring i andre roller (tabell 1).

Tabell 1 Utvalgsbeskrivelse

	Antall	Alder $\bar{X}$	Kompetanse utover grunnutdanning n (%)	Antall år i nåværende stilling $\bar{X}$ (min maks)
Totalt	59	46	37 (62)	8 (0,5 30)
Drammen	16	48	9 (56)	7 (1,5 25)
Utvalg 1	5	50	2 (40)	12 (6 25)
Utvalg 2	7	51	5 (71)	5 (2 10)
Utvalg 3	4	42	2 (50)	5 (1,5 11)
Asker	17	48	13 (76)	12 (1 30)
Utvalg 1	5	51	4 (80)	15 (6 22)
Utvalg 2	5	49	4 (80)	8 (1 17)
Utvalg 3	7	46	5 (71)	12 (3 30)

Kongsberg	11	44	6 (55)	6 (1 15)
Utvalg 1	5	47	4 (80)	5 (2 12)
Utvalg 2	6	42	2 (40)	7 (1 15)
Lier	15	42	9 (60)	4 (0,5 17)
Utvalg 1	6	46	5 (83)	5 (1,5 17)
Utvalg 2	3	43	1 (33)	2,5 (0,5 6)
Utvalg 3	6	37	3 (50)	4 (0,5 8)

3.2 Datainnsamling og analyse

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt på et møterom i den aktuelle kommunen, bortsett fra ett som ble gjennomført digitalt på Microsoft TEAMS. Lyddopptak ble overført til en sikker forskningsserver ved Universitetet i Sørøst-Norge og transkribert. Intervjuene med semistrukturert intervjuguide utviklet i fellesskap av arbeidsgruppen (se vedlegg 2) ble ledet av forskere ved USN, Espen Brembo var moderator og Heidi Kapstad var co-moderator. Hilde Eide var co-moderator i et intervju. HelseHub's representant fra arbeidsgruppen i aktuell kommune rekrutterte deltakere og deltok som observatør i intervjusituasjonen.

Intervjuene ble transkribert og analysen er gjennomført i form av en samskapende prosess. Som del av forberedelser til en planlagt analyseworkshop ble datamaterialet fordelt mellom arbeidsgruppens deltakere. Deltakerne leste intervjuene fra egen kommune sett i lys av problemstilling og forskningsspørsmål for å danne et helhetsinntrykk av materialet. En hel dag ble satt av til felles resultatanalyse, der deltakerne diskuterte hovedtrender som ble identifisert. Tematiske sammenfatninger ble så organisert og syntetisert som grunnlag for resultatformidlingen i denne rapporten.

3.3 Personvern og forskningsetikk

Studien er gjennomført i samsvar med prinsippene for forskningsetikk, inkludert frivillig deltakelse, informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet. Datamaterialet er forsvarlig lagret på et sikkert filområde på prosjekteiers sin institusjon, og studien er vurdert og tilråddet av Sikt - kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Ref: 458751), samt av personvernombud i Drammen og Asker.

4 Resultater

4.1 Kjennetegn ved digital helsekompetanse

Lederne fremhever og anerkjenner at digital helsekompetanse er et kritisk og stadig mer sentralt område innenfor deres tjenester. Dette skyldes ikke bare den pågående digitale transformasjonen som påvirker alle sektorer, men også det økende politiske fokuset på teknologiens rolle i å forbedre helsevesenet. De opplever at digital helsekompetanse er essensielt for å kunne utnytte de mulighetene som teknologisk utvikling bringer med seg, og som nødvendig for å tilpasse seg nye arbeidsmåter og levere effektive tjenester.

Digital helsekompetanse forstås som et sammensatt begrep som favner både grunnleggende digitale ferdigheter (som bruk av e-post, journalsystemer og e-læring) og mer avansert kompetanse knyttet til kritisk vurdering, implementering og bruk av velferdsteknologi. Kompetansen inkluderer også evne til å veilede brukere og pårørende, forstå juridiske og etiske rammer, og anvende teknologi på en trygg og faglig forsvarlig måte. Digital helsekompetanse handler ikke bare om teknisk ferdighet, men også om holdninger, trygghet og forståelse for teknologiens rolle i tjenestene.

Det handler ikke bare om den praktiske biten, for jeg har opplevd kollegaer som ikke er veldig praktisk flink med data, men som kan se et nytt bruksområde. Fordi de har en forståelse av hvordan det kan løse et problem. Så den biten er også veldig viktig (Lier, utvalg 3).

Fokusgruppeintervjuene viser at det er et bredt spekter av digital kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Grunnleggende digital kompetanse inkluderer eksempelvis evnen til å bruke e-post, skylagring, nettlesere og spesifikke journal- og kommunikasjonssystemer (eLink, Gerica, Profil, Teams, e-læringsplattformer og intranettsider). Det beskrives at det også er grunnleggende viktig å forstå språket og fagterminologien som brukes i digitale verktøy, samt forståelse av hvordan ulike digitale systemer henger sammen og påvirker hverandre. Mer avansert digital kompetanse inkluderer blant annet bruk av sporings- og sensorteknologier, trygghet til å lære andre - både kolleger, pasienter og pårørende, evnen til å implementere, vedlikeholde og tilpasse teknologiske løsninger, samt å lede prosjekter og drive innovasjon. Det kan også handle om å utvise systemforståelse, analysere og bruke data fra styringssystemer til forbedring av tjenestene, samt kritisk vurdere etiske og juridiske aspekter ved teknologibruk.

4.2 Muligheter og utfordringer for videreutvikling av digital helsekompetanse

Det uttrykkes som nevnt over utfordringer med helt grunnleggende digitale ferdigheter blant ansatte, som å sjekke e-post og logge seg på digitale systemer. Dette kan ifølge deltakerne skyldes en kombinasjon av både holdninger, tekniske utfordringer og manglende opplæring. Teknologiske utfordringer kunne handle om mangelfull systemintegrasjon og interoperabilitet, hyppige oppdateringer, og kompleksiteten ved å være avhengige av å bruke flere apper og enheter. Mange systemer snakker ikke sammen, noe som skaper frustrasjon og ineffektivitet.

Så må du ha tilgang til en datamaskin, og hvis noen andre er innlogget, så må de logge ut, og så skal du logge inn, og så er det kanskje to eller tre forskjellige passord for å komme inn, og når du først kommer inn så... Det står bare går og går og går...» (Lier, utvalg 1).

Mange ansatte har en generell frykt for å trykke feil og dermed en vegring mot å bruke digitale verktøy og systemer.

Man ser jo mange at vegrer seg for å trykke. Og jeg tenker at de som kanskje har litt større digital kompetanse, er de som tørr å bare trykke seg litt frem og se og lære sånn på egen hånd. Mens vi har mange i kommunen som ikke tørr, som da heller ringer noen eller venter eller spør noen eller som ikke på en måte tørr å trykke seg frem og lære seg på egen hånd (Lier, utvalg 3).

Å sikre at ansatte har nødvendig opplæring og kontinuerlig støtte for digitale verktøy er en gjennomgående utfordring. Ledere nevner opplæring som tidkrevende, vanskeligheten med å nå alle ansatte – blant annet grunnet skiftarbeid, og mangelen på dedikerte ressurser for implementering og støtte. Utøvende helsepersonell beskriver også tidsklemma som utfordring ved at arbeidsdagen ikke har rom for kompetanseutvikling.

Det sier seg selv når du har 7,5 timer A-til-A-tid på lista di, og så skal du ha kjøring og uforutsette oppdrag og alt det andre i tillegg, så lager man ikke et miljø hvor det er rom for å lære noe nytt da – kapasitet til å lære (Drammen, utvalg 3).

De ansatte har tilgang på kompetansehevende kurs og flere av kommunene har dette integrert i årshjul hvor kompetanseområder prioriteres, men at disse ikke spesifikt omhandler digital helsekompetanse. Dette var noe de ønsket seg. Videre ble det uttrykt at flere av kursene er digitale, noe som oppfattes som lite engasjerende, hvor en bare «trykker seg

igjennom», blir passivt deltakende, og det stilles spørsmål ved hvor mye den enkelte faktisk lærer av å gjennomføre disse uten at det er satt i et system som gjør det mer forpliktende.

Da jeg var ny medarbeider en gang i tida da jeg var student, så skulle de jo ta disse her digitale kursene. Trykket det jo bare gjennom. Og jeg regner med at folk gjør det også ellers – sånn i andre jobber også.. Det er ikke alle som er like engasjert i disse digitale greiene. Hvis vi gjør det sammen, så er det jo mye bedre, da. Enten de fysiske kursene eller digitale kurs sammen (Lier, utvalg 3).

Det beskrives at opplæring med fordel kan organiseres i form av workshop, i grupper eller lignende hvor man lærer av hverandre, når andre stiller spørsmål og hvor det knyttes opp til konkrete problemstillinger som er aktuelle «her og nå».

Jeg tror i hvert fall det er mer fordelaktig med en sånn type workshop-format på en del kurs. At man deler erfaringer, drøfter problemstillinger og at det faktisk settes av tid... 'OK, vi har gått gjennom dette og dette - hvordan kan vi benytte det hos oss? Hvordan skal vi sette det i gang?' Så blir det ikke et kurs om noe tekniske greier som man har glemt (Lier, utvalg 3).

Å ha ressurspersoner tilgjengelig som kan bistå sine kolleger med opplæring og veiledning vurderes som avgjørende. Samtidig beskrives at stadige utskiftninger i personalgruppen kan medføre utfordringer ved å sikre at det som læres bort er riktig og i tråd med hvordan systemene er ment å brukes.

Ja, du må ha noen som er gode på det man skal holde på med. Bare ser i forhold til Profil, journalsystemet vårt. Du må ha noen som er kjempegode, som kan veilede og lære opp de som ikke er så gode. Du vil alltid ha utskiftning på ressurspersoner og personal, så du må ha noen som til enhver tid er gode og kan lære bort de riktige tingene. Men så ser man på sikt at når noen lærer bort, så lærer de feil. Til slutt ender vi opp med å bruke systemet helt annerledes enn det egentlig var tenkt (Lier, utvalg 1).

Ressurspersonene som har særskilt ansvar for opplæring, opplever på sin side at de ikke strekker til da behovet for informasjon, støtte og praktisk hjelp er overveldende, blant annet fordi det stadig tilsettes nye medarbeidere og at tilnærmingen ofte krever en-til-en oppfølging.

I hjemmesykepleien så er det veldig turnover. Sånn at å ha opplæring ... Jeg har fryktelig mye én-til-én-opplæring. 5000 ansatte og én-til-én-opplæring, det går jo ikke. Du har jo ikke kjangs til å nå toppen engang. Jeg veit for ti år tilbake så hadde vi

internundervisning, men det finnes jo ikke lenger. Det er jo ikke rom for det lenger (Drammen, utvalg 3).

Det uttrykkes også motstand mot endring blant noen ansatte som en faktor, noe som utløser behov for kontinuerlig opplæring og støtte. Noen foretrekker tradisjonelle metoder, er motvillige mot endring, eller føler seg overveldet av ny teknologi.

Jeg opplever mange som veldig positive, men også på de ansatte og brukere som er redd for å miste de medmenneskelige møtene. At du treffer folk. Klarer vi å levere like gode tjenester digitalt som vi gjør i et fysisk møte med et annet menneske? Mister vi noe på veien? (Asker, utvalg 3)

4.3 Ansattes mestring og trygghet ved bruk av teknologiske løsninger i arbeidshverdagen

Mestring og trygghet i bruk av teknologiske løsninger beskrives av deltakerne at forutsetter kontinuerlig støtte, lavterskel opplæring, tydelighet i roller og ansvar, og en kultur hvor det er trygt å feile og lære. Faktorer som bidrar til dette er tilgjengelige ressurspersoner (eksempelvis digitale agenter, superbrukere, teknisk supporttjeneste), god støtte fra ledelsen og rammer som gjør det mulig å lære i arbeidshverdagen. Deltakere i rollen som digitale agenter eller velferdsteknologikonsulenter beskriver faktorer som bidrar til kollegers trygghet og mestring slik de erfarer det: Å møte dem der de er, være tilgjengelig og drive oppsøkende virksomhet, samt at det er klarhet i hvem de kan kontakte ved behov. Den enkeltes kompetanse medvirker til opplevelse av mestring og trygghet. Deltakerne beskriver stor variasjon i digital kompetanse blant ansatte, og at dette medfører utfordringer når teknologiske løsninger skal tas i bruk:

Vi har jo alle kategorier ansatte, alt ifra det å finne forskjell på stor og liten bokstav på tastaturet, til de som kan fryktelig mye. Så det er ikke enkelt å være leder heller, og matche den enkelte ansatte (Lier, utvalg 1).

Flere uttrykker at mange av de digitale fagsystemene som er i bruk er lite intuitive og krever omfattende opplæring, noe som skaper frustrasjon blant de ansatte.

Jeg må jo fortsatt ha hjelp for å endre telefonnummeret på en pårørende. Etter å ha brukt fagsystemet i fire-fem år. Altså, det er helt ... Jeg har ikke ord. Det er ikke rart man ikke klarer å gjøre det. Eller at ting tar tid, da [...] Hvis du skal søke etter noen,

skal du ha mikrosøk, står det. Det betyr mellomromstast og en tab-tast. Det er jo ...
Hvem vet det? Kan du vite det? (Kongsberg, utvalg 2)

Mestring og trygghet blant ansatte knyttes også opp mot deres tillitt til teknologiene og vilje til å omstille måten å man utøver tjenestene på. Det påpekes at omstilling av arbeidsprosesser relatert til innføring av ulike teknologiske løsninger som er ment å være ressursbesparende, også krever at man faktisk endrer tjenestene for å kunne ta ut gevinstene. Fortsatt erfares det at man eksempelvis fortsetter å opprettholde tiltak knyttet til medisintutlevering selv om tjenestemottaker har fått elektronisk medisindispenser, eller at man grunnet usikkerhet eller manglende tillitt til teknologien forsetter med tilsyn selv om det er implementert fallalarm.

Det er vanen, og man fortsetter å gjøre det når man setter inn en medisindispenser, så går man allikevel inn og sjekker, ikke sant? Når man har fallalarm, så er man ikke helt sikker på om den funker eller ikke, så man går inn og sjekker allikevel. Så man klarer ikke å slutte med. Det er der vi må jobbe, tenker jeg. Når vi implementerer, så må vi også slutte med - med en gang. Fordi at, det ser jeg i hvert fall, det er min fallgrube, at 'vi ikke klarer å slutte med' i det hele tatt (Drammen, utvalg 1).

4.4 Lederes rolle og ansvar i innovasjons- og digitaliseringsprosesser

Ledere beskrives som nøkkelpersoner. Deres forståelse, prioriteringer og evne til å skape forankring er avgjørende. Flere understreker at ledere må ha «bena i tjenesten» for å forstå behovene og kunne oversette strategiske mål til praktisk handling. Det uttrykkes videre at ledere må eie prosessen og formidle tydelige forventninger, og at de går foran med et godt eksempel.

Når det var opplæringer, så tenker du at du har planlagt opplæring sånn og sånn og legger ned masse ressurser for å lage opplæring. Og så kommer du der den dagen og setter opp, og så kommer det tre stykker fordi at ... 'Nei, du skjønner, det er så mye her i dag', og så er det liksom sånn. Og det handler jo om at ledelsen som ikke har gjort dette obligatorisk eller sagt at det her er viktig, dette forventer jeg at du stiller opp på (Kongsberg, utvalg 2).

Faktorer som virker som barrierer for å realisere gevinster erfares som mange og komplekse, blant annet fragmentert organisering, manglende ledelsesforankring, lav digital kompetanse blant ansatte og ledere, og teknologiske løsninger som ikke fungerer optimalt. Det pekes også på et gap mellom strategiske ambisjoner og praksis.

Men vi er jo i et dogmeskifte. Vi er jo et stort skifte, ikke bare i en liten virksomhet i en kommune, eller en legevakt, eller sykehjem, men hele Helse-Norge er jo inne i en dreining. Jeg tenker jo det ganske ofte at det ikke er motstand eller uvilje. Det er jo mer nysgjerrighet og å se poenget i å kanskje gjøre det på litt andre måter. Men det blir veldig fort prosjekt, eller arbeidsgruppe, eller sånne korte tidsvinduer, og så sklir det liksom tilbake til ryggmargsrefleksen sin igjen. Vanlige måter å treffes på, tenke på, vurdere på, rapportere på, og henvise på. Det går tilbake litt til ryggmargsrefleksen hvis trøkket ikke er opp hele tiden. Og det der vedvarende trøkket fra vindretningen på en måte, det savner jeg litt (Drammen, utvalg 1).

Det gis generelt uttrykk for at det i for stor grad er opp til den enkelte medarbeider å velge hvorvidt en skal involvere seg når nye teknologiske løsninger skal innføres. En deltaker sier: «det har egentlig irritert meg i mange år, for det er akseptabelt å si 'at det kan jeg ikke'. Så... 'det kan jeg ikke forholde meg til'» (Drammen, utvalg 3).

Virksomhetsledere har særlig ansvar for å sette retning og skape rom for utvikling som strategiske pådrivere. Manglende ledelsesforankring og tid, med utilstrekkelig opplæring fremmes som gjennomgående barrierer.

Det står i alle virksomhetsplaner overalt at dette er veldig viktig, dette skal vi satse på, dette skal vi gjøre. Og så er det ikke satt av tid til det. Og så er det da sikkert, har i hvert fall jeg en følelse av, at man tenker at da går dette av seg sjøl. Og så begynner vi å etterspørre – ja, hva vil dere med det nye, hvilke gevinster er det? Dere må begynne å beskrive hva dere tenker skal komme ut av det her. Og da er det vanskelig å få ressurser til det, egentlig (Asker, utvalg 2).

Ledere beskrives som avgjørende for å skape en kultur for innovasjon og digital utvikling. De må jevnlig «fore» organisasjonen med retning og motivasjon, og være til stede i det daglige for å bygge tillit og trygghet.

Derfor er jeg så opptatt av ledelse inn i det endringsarbeidet [...] Det er daglig foring av dette her for å få den kulturen på plass. Men den må bygges fra medarbeiderne og oppover. Det å få skapt den, det skaper du nedenfra. Og når du klarer å få til det, så er det mye lettere å implementere nye ting (Asker, utvalg 1).

Ledere trenger støttefunksjoner og strukturer for å lykkes med innovasjons- og implementeringsprosesser i virksomheten. Det er en omforent oppfatning om at digitale agenter, velferdsteknologikonsulenter og andre i tilsvarende roller har en sentral funksjon i å støtte både ledere og ansatte i å oppnå målsettinger. På tvers av kommunene er det imidlertid ulikheter i organiseringen og utformingen av disse rollene, også hvorvidt ansvars-

og funksjonsbeskrivelser er formalisert. I noen kommuner er det personer som har søkt på utlyste stillinger hvor det er konkretisert kvalifikasjonskrav, mens det i andre kommuner er identifisert personer i kollegiet som er vurdert at har relevante forutsetninger. Deltakerne gir uttrykk for at rollen og kompetansen som disse personene har må anerkjennes og at en strategisk prioritering fra øverste hold bør være å sikre rekruttering av flere personer som kan tilsettes i disse rollene.

Oppdragsbrevet fra direktør må spisse tydelig forventning til virksomheten. F.eks. til at man skal ha agenter i hver avdeling for de funksjonene man skal ha. Det kunne stått i et oppdragsbrev at alle virksomheter skal opprette i alle avdelinger en sånn rolle. Jeg tror det må komme linja fra topp hvis man skal prioritere å bruke ressurser på det. Det må være et krav om noe man skal rapportere på for at man skal gjøre det. Sånn er virkeligheten. Ledere prioriterer det de skal rapportere på (Asker, utvalg 2).

I flere kommuner beskrives utfordringer knyttet til mellomposisjoner i digitaliseringsarbeidet. Ansatte med ansvar for implementering av ny teknologi, befinner seg ofte i en krevende skvis mellom ledelsens forventninger og de ansattes skepsis. De gis ansvar, men ikke nødvendigvis mandat, ressurser eller tid til å gjennomføre oppgavene på en forsvarlig måte. Dette skaper frustrasjon og svekker gjennomføringsevnen. Dette synliggjør behovet for tydeligere rolleavklaringer, bedre forankring i ledelsen og realistisk ressursallokering.

Så det er på en måte den skvisen som man står i den rollen – skal være kontaktledd mellom ledelsen som sier 'det her skal vi ha' og de ansatte som tenker 'hvorfor skal vi det'? Og så står du aleine, og så har du egentlig heller ikke fått det mandatet som du trenger for å få utført jobben på en god måte. Noen ganger har de ikke helt forståelsen. Når ledelsen sier at 'yes –dette skal vi ha', så har de ikke helt forstått hva det innebærer, hvor mye tid det krever. Så noen skal gjøre det på 20 % stilling, og så er det egentlig 200 % stillinger som kreves for å klare å gjennomføre det. Det har vært spriket jeg har stått i nå i mange år (Kongsberg, utvalg 2).

Stramme budsjetter med økonomiske begrensninger og personalmangel nevnes som betydelige faktorer som påvirker mulighetene til å investere i nye teknologiske løsninger. For eksempel, ble det nevnt at implementering av et digitalt system for kvalitetssikring i bofellesskapene ble stoppet på grunn av høye kostnader.

I bofellesskapene var vi ute etter å få noe som heter OMHU. Det er et digitalt system for å kvalitetssikre at alle leser det skal, og at alt som skal dokumenteres blir dokumentert inn i et system. Da hadde man fått iPad'er som man brukte og gikk inn til beboerne med. Men der igjen så er det jo det med penger, ikke sant? Det koster mye penger å kjøpe pakken, og så koster det mye penger å kjøpe utstyret. Så da ble det ikke noe av,

men det ville jo ha gjort noe med kvaliteten da, kvalitetssikring. Nei, det ble for dyrt, ikke sant? (Lier, utvalg 1).

4.5 Muligheter for medvirkning i innovasjons- og implementeringsprosesser

Det beskrives at grad av medvirkning i innovasjons- og implementeringsprosesser varierer, men det er generelt et ønske om mer involvering fra ansatte. Ansatte som får være med på beslutningsprosesser og implementering av nye løsninger, føler seg mer engasjerte og motiverte. Ressurspersoner, inkludert de i rollen som digitale agenter eller implementeringsansvarlige fasiliteter de ansattes muligheter for medvirkning. Verdien av å ha disse i organisasjonen for å støtte implementering og bruk av digitale verktøy anerkjennes i alle intervjuene. Disse personene bidrar med kollegastøtte, deler kunnskap og reduserer igjennom å øke kollegers teknologiforståelse holdninger preget av skepsis og motstand. Ressurspersonene beskrives videre at har følgende egenskaper; som bindeledd og tett på tjenestenes utfordringer, de kan vokabularet (relevant fagterminologi og begrepsrammer), forstår og kan formidle implikasjoner av risikoanalyse, kan koble teknologiene og utøvelsen i tjenestene, og de bidrar med opplæring.

Ledere i noen kommuner beskriver at de i liten grad er direkte involvert i anbud- og anskaffelser av teknologi i tjenestene de har lederansvar for. Samtidig opplever noen å kunne uttrykke konkretisering av behov og funksjonalitet.

I forhold til det med å være med i anbudprosesser og sånn, så er jo ikke vi det, men det handler jo igjen om det at det er stort. Men vi får lov til å si... Når vi implementerte pasientvarslingsanlegg nå, så fikk jo vi lov til å si at 'det her er det jeg trenger. Men det er den leverandøren du skal bruke, men jeg kunne da på en måte plote inn at 'jeg trenger den og den passive alarmen, trenger ikke det og ikke det', og så kan vi spisse det til min avdeling når du kommer dit. Det tenker jeg er helt greit (Drammen, utvalg 1).

Lederne beskriver videre et omfattende landskap av tilgjengelige teknologier og utfordringene med å navigere i denne "jungelen". Knyttet til anskaffelse uttrykker flere vanskeligheter med å skulle velge mellom de beste løsningene og samtidig holde tritt med det raske tempoet i den teknologiske utviklingen.

Det er en jungel, synes jeg, for meg som leder, og vi har mange gode som støtter oss i Asker, men likevel så føler jeg at jeg henger etter. Jeg har lyst til å innføre mange smarte ting og prøve ut og er litt sånn fremoverlent. Og det kan jeg gjøre, men da må jeg både ta kostnaden og innkjøpet og finne de som henger sammen. Jeg må forstå

teknologien.. [...] jeg skulle gjerne hatt noen i min virksomhet som kunne sittet sammen med meg og gjort de kloke vurderingene, og sett helheten (Asker, utvalg 1).

Ledere opplever at det finnes arenaer for samarbeid, som pasientsikkerhetsmøter, virksomhetsledermøter og faglige arenaer, men at samarbeid ofte skjer uformelt og at det avhenger av enkeltpersoners initiativ og relasjoner, samt at det er lite systematisk tilrettelegging for tverrkommunalt samarbeid. I en av kommunene beskrives et nettverk for digitalisering og e-helse.

Vi deltar i anskaffelser. Vi drifter noe vi kaller Nettverk for digitalisering og e-helse, hvor hver virksomhet har en representant inn som skal bidra til å følge opp de prosjektene som til enhver tid er i gang, men også komme med innspill på nye prosjekter som vi da skal søke om midler til (Asker, utvalg 2).

Det etterlyses en mer strukturert og koordinert tilnærming til samarbeid, spesielt på tvers av virksomheter og tjenestoområder da det er utfordringer med å få oversikt over hva som skjer i egen og andres kommune. Det reflekteres rundt at det mangler strukturer og løsninger for å fange opp ideer og forslag fra ansatte. Det fremmes behov for en «idéhub» eller lignende arenaer hvor ansatte kan bidra med forslag og få tilbakemeldinger.

[...] at det er en kultur for å komme ut og være litt nysgjerrig på hva alle de enkelte tjenestene driver med for å skape en større forståelse av totaliteten. Og en kultur og en mulighet for at man nedenfra, ned til den enkelte medarbeideren også kan komme med forslag. Ja, man kan komme med forbedringsforslag, men hva skjer når man kommer med et forbedringsforslag? Det kommer som regel ikke et svar tilbake igjen. Så det er noe med det å ha en litt sånn nysgjerrighetskultur, en sånn mulighetskultur, kunne være litt modig, kunne tørre, kunne ha en idéhub for hvordan kan en jobbe litt sånn på tvers (Asker, utvalg 1).

4.6 Muligheter styrket digital helsekompetanse kan bidra med for tjenestene

Styrket digital helsekompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene fremstår som en nøkkelfaktor for å realisere både kvalitetsforbedringer og effektiviseringsgevinster i tjenestene. Gjennom fokusgruppeintervjuene fremkommer det at økt digital kompetanse gir ansatte bedre forutsetninger for å ta i bruk teknologi som styrker pasientsikkerheten, forbedrer arbeidsflyten og øker brukernes selvstendighet. Eksempler på dette er bruk av digitale tilsyn, sensorteknologi og elektroniske medisindispensere.

Vi har flere situasjoner i hjemmesykepleien med eldre demente som bor hjemme alene, som kan bo hjemme alene ved hjelp av dørsensor, fallalarm - ja, mye.. Og trygghet for pårørende og brukeren selv og for oss også i hjemmetjenesten. At når alarmen går, da rykker vi ut med en gang, for da kan det være noe. I stedet for å gå og lure. Så det er vinn-vinn (Kongsberg, utvalg 1).

Flere deltakere peker på at teknologi som fungerer godt og er riktig implementert, gir ansatte en opplevelse av kontroll og reduserer stress i arbeidshverdagen. Dette gjelder særlig i situasjoner der teknologi erstatter manuelle rutiner, som nattlige tilsyn eller dobbeltkontroll av medisiner. Denne lederen omtaler erfaringer fra en sykehjemsansatt som har deltatt i Tørn-prosjektet:

Vi har en større trygghet når vi er på jobb, for vi slipper å ha den dårlige samvittigheten. Hvis vi står inne på et rom så slipper vi å være redde for alle de andre. Fordi det kommer til å gå en sensor med 'fru Hansen', som vi vet kanskje av og til reiser seg opp. Da vet vi at da går den klokka, og da må vi prioritere det. Men før den klokka går, så kan jeg faktisk holde på med den oppgaven som jeg gjør nå, i stedet for å hele tiden måtte ut og sjekke og være på alerten og hele tiden ha hjertet i halsen (Kongsberg, utvalg 1).

Videre fremheves det at digital kompetanse muliggjør innovasjon og tjenesteutvikling. Ansatte som kjenner teknologien og dens muligheter, er i bedre stand til å identifisere behov, tilpasse løsninger og bidra aktivt i implementeringsprosesser. Dette gjelder både i møte med brukere og pårørende, og i dialog med leverandører og beslutningstakere. Flere ledere beskriver hvordan ansatte med høy digital kompetanse fungerer som ressurspersoner og pådrivere i utviklingsarbeid, og hvordan dette skaper ringvirkninger i organisasjonen.

Et annet viktig funn er at styrket digital helsekompetanse bidrar til økt brukermedvirkning og bedre tilpasning av tjenester. Når ansatte har trygghet i teknologien, kan de i større grad involvere brukere og pårørende i valg og bruk av digitale løsninger.

Vi har hatt en fryktelig dårlig pasient som har bodd hjemme sammen med sin kone. Og pga. at han fikk digital hjemmeoppfølging, så har kona faktisk følt seg så trygg at hun har kunnet reise bort over helgen eller en uke på ferie. Det hadde ikke vært mulighet hvis ikke han hadde fått digital oppfølging (Asker, utvalg 3).

Dette bidrar til økt opplevelse av mestring og selvstendighet for brukerne, og at flere kan bo hjemme lenger med støtte fra teknologiske hjelpemidler. Samtidig understrekes det at gevinstene først realiseres når teknologien er godt integrert i tjenestene, og når ansatte har fått nødvendig opplæring og støtte. Det pekes på behovet for systematisk

kompetanseutvikling, forankring i ledelsen og tilgjengelig støttefunksjoner som digitale agenter og superbrukere. For å lykkes med kompetanseutvikling kreves det ofte strukturert veiledning.

Det har krevd flere workshoper og mye hands-on veiledning. At jeg eller andre som blir ekspertbrukere veileder personalet i hvordan de skal gjennomføre det. Så det er mange timer med opplæring som ligger til grunn av ulik art. Det hjelper ikke bare å fortelle om det, men at de får se hvordan det blir utført, er viktig. Og så at de utfører selv og får veiledning på det. Det har vært viktig faktor for at dette skal lykkes (Asker, utvalg 3).

5 Oppsummering av resultatene

Denne studien skal gi innspill til hvordan kommunene kan arbeide videre for å styrke den digitale helsekompetansen hos de ansatte for å lykkes med digital transformasjon innen helse- og omsorgstjenestene som skaper verdi for brukerne /pasientene, for de ansatte i tjenestene, for lederne og for samfunnet. Når digitaliserte tjenester utvikles og innføres må det ligge til grunn at tjenestene er likeverdige og inkluderende for alle. Dette er utfordrende, da denne studien avdekker at det er ulike holdninger, kompetanse og muligheter i de ulike tjenesten for å lykkes med dette. Skal de virtuelle eller digitale tjenestene være likeverdige er det ifølge Budwani et al. (2022) flere faktorer som må ligge til grunn: 1) Personens orientering/holdning til helserelaterte behov. 2) Individets orientering/holdning til helserelatert teknologi, 3) Personens digitale kompetanse, 4) Teknologisk design, 5) Helsevesenets struktur, 6) Sosiale og strukturelle determinanter for tilgang til teknologibasert omsorg. De digitale systemene og teknologiene er i stadig utvikling og endring og ofte er det «umodne» systemer som helsepersonell og pasienter må ta i bruk uten å ha hatt mulighet til å gi sin stemme til kjenne; fordi utviklingen og implementeringen har vært styrt av økonomi og innsparing på et overordnet nivå.

I denne studien har vi intervjuet personer på det utøvende nivået, på «pådriver eller champion»- nivået og på ledelses-nivået. Vi vil i det følgende oppsummere hovedtrekkene i det vi har funnet og strukturerer dette etter forskningsspørsmålene.

Hva kjennetegner digital helsekompetanse i primærhelsetjenesten?

Digital helsekompetanse forstås som et sammensatt begrep som favner både grunnleggende digitale ferdigheter (som bruk av e-post, journalsystemer og e-læring) og mer avansert kompetanse knyttet til kritisk vurdering, implementering og bruk av velferdsteknologi. Kompetansen inkluderer også evne til å veilede brukere og pårørende, forstå juridiske og etiske rammer, og anvende teknologi på en trygg og faglig forsvarlig måte. Digital helsekompetanse handler ikke bare om teknisk ferdighet, men også om holdninger, trygghet og forståelse for teknologiens rolle i tjenestene.

Hvilke muligheter og utfordringer identifiseres på individ- og systemnivå for videreutvikling av digital helsekompetanse?

På individnivå gir digital kompetanse ansatte økt trygghet, mestring og evne til å jobbe mer effektivt. Samtidig er det store variasjoner i ferdighetsnivå, særlig mellom yngre og eldre ansatte, og mellom faggrupper. På systemnivå er utfordringene knyttet til fragmenterte og lite integrerte systemer, manglende standardisering, og begrenset kapasitet til opplæring og støtte. Ressursmangel og tidspress gjør det krevende å sikre kontinuerlig kompetanseutvikling og oppfølging.

Hva skal til for opplevelse av mestring og trygghet ved anvendelse av teknologiske løsninger i arbeidshverdagen?

Mestring forutsetter praktisk erfaring, kontinuerlig opplæring og støtte fra kolleger og digitale agenter. Når ansatte forstår nytteverdien av teknologien og får tid og rom til å lære den, øker både trygghet og motivasjon. Det ble også fremhevet at teknologi må være pålitelig og brukervennlig for å skape tillit. Erfaringer viser at ansatte som får opplæring i grupper, med refleksjon og praktisk trening, opplever større læringsutbytte enn ved individuell e-læring.

Hvilken betydning har ledere i innovasjons- og digitaliseringsprosesser?

Ledere spiller en avgjørende rolle som pådrivere, kulturbærere og oversettere av strategiske mål til praktisk handling. De må være tett på tjenestene, forstå behovene og motivere ansatte til å delta i utviklingsarbeid. Ledere som selv er nysgjerrige og fremoverlente, bidrar til å skape en kultur for læring og innovasjon. Samtidig etterlyses bedre støtte til ledere i form av struktur, data og ressurser for å kunne følge opp implementering og kompetanseutvikling systematisk.

Hvordan erfares muligheter for medvirkning i innovasjons- og implementeringsprosesser?

Medvirkning skjer i varierende grad og ofte ustrukturert. Ansatte ønsker å bli hørt, men opplever at beslutninger om teknologi ofte tas på overordnet nivå uten tilstrekkelig involvering. Digitale agenter og superbrukere fungerer som viktige bindeledd mellom systemnivå og praksisfeltet, men har ofte for store ansvarsområder. Frivillighet og motivasjon trekkes frem som viktige drivkrefter for medvirkning, og lokale suksesshistorier bidrar til å spre entusiasme og praksis.

Hvilke muligheter og resultater kan styrket digital helsekompetanse bidra med for tjenestene?

Styrket digital helsekompetanse bidrar til å oppnå gevinster på flere nivåer når teknologier implementeres og tas i bruk på hensiktsmessig måte: økt pasientsikkerhet, bedre ressursutnyttelse, høyere kvalitet i tjenestene og økt selvstendighet for brukere. Det bidrar også til økt mestring og trygghet for ansatte. Når teknologien er godt implementert og kompetansen er på plass, kan tjenestene levere mer bærekraftige, trygge og brukertilpassede løsninger. Samtidig understrekes det at gevinstene først realiseres når teknologien er godt integrert i tjenestene, og når ansatte har fått nødvendig opplæring og støtte.

6 Litteratur

- Brørs, G., Larsen, M. H., Hølvold, L. B., & Wahl, A. K. (2023). eHealth literacy among hospital health care providers: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1144. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10103-8>
- Budhwani, S., Fujioka, J., Thomas-Jacques, T., De Vera, K., Challa, P., De Silva, R., Fuller, K., Shahid, S., Hogeveen, S., Chandra, S., Bhatia, R. S., Seto, E., & Shaw, J. (2022). Challenges and strategies for promoting health equity in virtual care: Findings and policy directions from a scoping review of reviews. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(5), 990–999. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocac022>
- DFØ. (2025, april 30). *DFØ-notat: 2025:3 Utfordringsbildet i forvaltningen*. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. <https://dfo.no/dfo-notat-20253-utfordringsbildet-i-forvaltningen>
- Eide, H., & Eide, T. (2020). Digital helse, læring og mestring. I *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (1. utgave.). Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, mai 9). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2021, februar 6). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tomietto, M., Kääriäinen, M., & Mikkonen, K. (2023). Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *International Journal of Medical Informatics*, 171, 104995. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.104995>
- Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A.-M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022). Healthcare professionals' perceptions of digital health competence: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 9(2), 1379–1393. <https://doi.org/10.1002/nop2.1184>
- Jimenez, G., Spinazze, P., Matchar, D., Koh Choon Huat, G., van der Kleij, R., Chavannes, N. H., & Car, J. (2020). Digital health competencies for primary healthcare professionals: A scoping review. *Int J Med Inform*, 143, 104260. Medline. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104260>
- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 745–761. <https://doi.org/10.1111/jocn.14710>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet*

- WHO-EHII. Rapport IS-2959 (No. IS-2959). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- Levin-Zamir, D., Van den Broucke, S., Bíró, É., Bøggild, H., Bruton, L., De Gani, S. M., Søberg Finbråten, H., Gibney, S., Griebler, R., Griesse, L., Guttersrud, Ø., Klochánová, Z., Kucera, Z., Le, C., Link, T., Mancini, J., Miksova, D., Schaeffer, D., Ribeiro da Silva, C., ... Pelikan, J. (2025). HLS19-DIGI - a new instrument for measuring digital health literacy: Development, validation and associations with determinants and health outcomes in 13 countries. *Frontiers in Public Health*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1472706>
- Longhini, J., Rossetini, G., & Palese, A. (2022). Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e36414. <https://doi.org/10.2196/36414>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Milanti, A., Norman, C., Chan, D. N. S., So, W. K. W., & Skinner, H. (2025). eHealth Literacy 3.0: Updating the Norman and Skinner 2006 Model. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), e70112. <https://doi.org/10.2196/70112>
- Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L., & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 7, 522–540.
<https://doi.org/10.34105/j.kmel.2015.07.035>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e507. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e506.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Pettersen, S., Eide, H., & Berg, A. (2024). The role of champions in the implementation of technology in healthcare services: A systematic mixed studies review. *BMC Health Services Research*, 24, 456. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10867-7>
- Santos, W. J., Graham, I. D., Lalonde, M., Demery Varin, M., & Squires, J. E. (2022). The effectiveness of champions in implementing innovations in health care: A systematic review. *Implementation Science Communications*, 3(1), 80.
<https://doi.org/10.1186/s43058-022-00315-0>
- Stat & Styling. (2025, mai 7). *Nesten ingen gevinster*. Stat & Styling.
<https://statogstying.no/strategien-virker-ikke>
- Statistisk sentralbyrå. (2025, februar 25). *Statistikk om befolkning*.
<https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>

Vil du delta i forskningsprosjektet

Digital helsekompetanse som gull i fremtidens helse- og omsorgstjeneste – en kvalitativ studie i regi av HelseHub

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i regi av HelseHub hvor formålet er å anvende fokusgruppeintervju som metode for å utforske digital helsekompetanse blant ledere og ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten, og hvilken rolle har denne kompetansen i tjenesteutvikling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Helse- og omsorgstjenestene digitaliseres i økende grad i tråd med den digitale transformasjonen som pågår generelt i samfunnet. Tjenestene står i denne sammenheng i stadig pågående omstillingsprosesser hvor arbeidsoppgavene i stor grad involverer anvendelse av ulike typer helseteknologier som støtte i både det direkte og indirekte pasient- og brukerrettede arbeidet som en av strategiene for å sikre ressursbehovet i fremtidens helsetjeneste. Nasjonale myndigheter er tydelige på at hele befolkningen må øke sin helsekompetanse, og i sammenheng med dette øker også behovet for digital kompetanse blant helsepersonell gitt at mye av tjenesteutviklingen handler om digitalisering. Helsekompetanse er definert som *«personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten»*¹. Med digital helsekompetanse menes *«å kunne søke opp, finne, forstå, vurdere og å kunne anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder, samt å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen sykdom»*¹. Dette omfatter både pasienter, ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene. I denne studien anvendes en bredere begrepsforståelse av digital helsekompetanse som omfatter: 1) teknologisk kompetanse, 2) mestringskompetanse, 3) pedagogisk kompetanse, samt 4) innovasjons- og implementeringskompetanse².

Denne kvalitative studiens hensikt er å avdekke kjennetegn for hva som karakteriserer grunnleggende digital helsekompetanse som gjør seg gjeldende blant ledere og ansatte, og hva som anses som spesialiserte/særskilte kompetanseområder. Studien skal videre identifisere faktorer ved digital helsekompetanse som fremmer innovasjon og implementering av helseteknologi, og i lys av

¹ Helsedirektoratet. (2021, 16. februar 2021). Helsekompetanse – kunnskap og tiltak. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

² Eide, H., & Eide, T. (2020). Digital helse, læring og mestring. In A. Vågan (Ed.), Helsepedagogiske metoder – teori og praksis. Gyldendal Akademisk.

dette beskrive hvordan ledere (beslutningstakere) påvirker innholdet og prosessene som inngår i tjenesteutviklingen.

Kunnskapen som fremskaffes skal danne grunnlag for en rapport med anbefalinger for videreutvikling av digital helsekompetanse i de tjenestene som deltar i studien. Det skal også publiseres en vitenskapelig artikkel. Videre planlegges det å anvende kunnskapen fra studien til utvikling av opplæringsprogram for digital helsekompetanse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Sørøst- Norge (USN) er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Helsehub som er et regionalt partnerskap hvor ditt arbeidssted er en av partnerne.

Helsehub består av: Vestre Viken HF, Asker kommune, Lier kommune, Drammen kommune, Responssenteret Kongsbergregionen, Drammens Næringsforening og USN. For mer informasjon om HelseHub, se <https://helsehub.org/>

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål til å delta fordi du er fast ansatt i en av de nevnte partnere i HelseHub som helsepersonell, konsulent/rådgiver eller som leder på virksomhets- eller avdelingsnivå. Det er arbeidsgruppens representant i din virksomhet (kommune eller sykehus) som direkte eller via din leder har identifisert deg som aktuell deltaker i studien og som har formidlet dette informasjons- og samtykkeskrivet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien vil det innebære at du deltar i ett fokusgruppeintervju med en antatt varighet på inntil 1 ½ time. Som en forberedelse ber vi deg reflektere på en vellykket satsning der du jobber innenfor tematikken som du kan dele i fokusgruppeintervjuet. Dette er imidlertid ikke en forutsetning for deltakelse.

Det vil være 6-8 deltakere i gruppen og du vil være sammen med kolleger med henholdsvis lederansvar eller funksjon som utøvende helsepersonell. Intervjuene foregår ansikt til ansikt på et avtalt sted, eventuelt digitalt etter nærmere avtale. Vi gjør oppmerksom på at vi tar lydopptak og notater fra fokusgruppeintervjuene slik at samtalen dokumenteres som grunnlag for analyse. I tillegg vil du bli bedt om å fylle ut et skjema med enkelte bakgrunnsdata (kjønn, alder, utdanningsnivå, antall år ansatt i nåværende rolle, siste utdanningsår og funksjon/stilling anonymt. Årsaken til at vi innhenter dette er for å kunne beskrive noen egenskaper ved utvalgene på gruppenivå i rapporten. Vi anerkjenner i denne sammenheng at rekruttering av virksomhetsledere og avdelingsledere i kommuner og sykehus som er aktører i HelseHub-partnerskapet potensielt vil gjøre det mulig for andre å sannsynliggjøre hvem som har deltatt. Det skal gjøres særskilte vurderinger av

dette og nødvendige tiltak gjøres slik at vi sikrer at det ikke være mulig å identifisere enkeltdeltakere i publikasjoner.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Som følge av studiens metode med fokusgruppeintervju vil det imidlertid ikke være mulig å slette den enkeltes personopplysning (lydopptak). Se under «dine rettigheter» for hvordan dette håndteres. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Datamaterialet lagres på USN sin forskningsserver hvor prosjektleder og prosjektmedarbeider har tilgang. Lydopptakene vil bli skrevet ut og anonymisert. Bakgrunnsdata og notater vil også anonymiseres. Datamaterialet vil kun bli påført informasjon om dato for intervjuet og deltakerkategori (ledere eller helsepersonell). Ingen gjenkjennelige data vil bli publisert i rapport eller artikler.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31. desember 2027. Anonymiserte opplysninger vil ikke bli slettet, men gjenbrukes til videre forskning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitet i Sørøst-Norge har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Dersom du ønsker å trekke deg fra studien etter fokusgruppeintervjuet er gjennomført vil ditt bidrag ikke inkluderes i analyser og resultater i den grad det er mulig.

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

- Universitet i Sørøst-Norge ved prosjektleder Espen A. Brembo, mobil 40640093, epost: Espen.Andreas.Brembo@usn.no
- Prosjektmedarbeider Heidi Kapstad, mobil 90073218, epost: Heidi.Kapstad@usn.no
- Vårt personvernombud: SIKts personvernombudstjeneste ivaretar pr tid rollen som personvernombud ved USN og kan kontaktes på personvernombud@usn.no

Har du spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen



Espen Andreas Brembo
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Digital helsekompetanse som gull i fremtidens helse- og omsorgstjeneste – en kvalitativ studie i regi av HelseHub, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i fysisk eller digitalt fokusgruppeintervju hvor det blir gjort lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Eksempel intervjuguide, utvalg 3

Innledning:

- Takke for deltakelse, Informere kort om studiens hensikt, begrunnelser for lydopptak og forsikring om personvern. Gjennomføring av intervjuet (tidsramme, alles bidrag er verdifulle, kun en person bør snakke om gangen, rollefordeling (moderator, assisterende moderator og observatør).
- Overordnet tematikk for dette intervjuet handler om digital kompetanse relatert til innføring og bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene - med dette menes f.eks. velferdsteknologi, helseteknologi, IKT-løsninger, digitalisering.

Presentasjonsrunde:

- Innhente bakgrunnsinformasjon – ved digitale intervjuer som del av introduksjonen

Hva legger dere i begrepet digital helsekompetanse (digital kompetanse i helse)

- Oppfølgingsspørsmål knyttet til 1) teknologisk kompetanse, 2) mestringskompetanse, 3) pedagogisk kompetanse, og 4) innovasjons- og implementeringskompetanse.

Hvordan vil dere beskrive egen rolle og ansvarsområde?

- Pleie/omsorg/rehabilitering/forebyggende arbeid (DHO)
- Kan dere gi eksempler på hvordan dere bruker digital helsekompetanse i praksisutøvelsen?

Hvordan snakkes det om digital helsekompetanse der hvor dere jobber?

- Er digital kompetanse noe som kolleger er opptatt av? Hvilke holdninger har folk om dette?
- Hvordan påvirker arbeidskulturen synet på digital kompetanse?

Hvordan vil dere beskrive dagens situasjon med hensyn til forventninger og krav rundt innføring og bruk av teknologi?

- Hvordan vil dere beskrive holdninger i kollegiet med hensyn til det digitale skiftet og kompetansebehovet, sett i lys av endringskultur ved egen arbeidsplass og motivasjon som faktor?

Kan dere beskrive eksempler på vellykkede satsninger i egen virksomhet som dere ønsker å fortelle om?

- Kan dere reflektere over hva som gjorde disse satsningene vellykket?

Kan dere beskrive hvordan teknologi og digitale løsninger påvirker arbeidshverdagen?

- Prosess: Kan dere beskrive hvordan dere erfarer innføring/implementering av nye teknologiske løsninger
 - Muligheter for medvirkning
 - Samarbeid og ledelse
- Hva er fordelene og hvor ligger utfordringene?
- Hvordan påvirker teknologiske løsninger brukernes opplevelse av tjenestene?

Hvordan vil dere beskrive behovet for å styrke og videreutvikle digital helsekompetanse i tjenesten der dere jobber?

Hvilke muligheter er tilgjengelig for kompetanseutvikling innen digital helsekompetanse?

- Kurs, videre/etterutdanning, prosjekt- og utviklingsarbeid
- Har innføring av teknologi og digitalisering endret hvordan det jobbes med kompetanseutvikling?
 - Hvilke utfordringer/barrierer opplever dere, og hvordan kan disse håndteres?

Hva vil være viktig å vektlegge i arbeidet med kontinuerlig kompetanseheving og hva skal til for å lykkes?

- Pasient/brukerrettet perspektiv (egenmestring) / pårørendeperspektiv (ressurs/støtte)

**Digital Helsekompetanse som
fremtidens gull i helse- og
omsorgstjenesten**
Espen Andreas Brembo et al.

**Skriftserien fra Universitetet i
Sørøst-Norge nr. 179**

ISSN 2535-5325
ISBN 978-82-7206-990-1

usn.no