

i98232022:00591 - Åpen

Rapport

Digital ekskludering i NAV

Hvem, når, hvorfor?

Forfattere

Trude Mariane Midtgård

Kari Sand

Sylvi Thun

Geir Haakon Hilland

Solveig Osborg Ose



Rapport

Digital ekskludering i NAV

Hvem, når, hvorfor?

EMNEORD:

Digital sårbarhet
Digitalt utenforskap
Digital ekskludering
Sårbare grupper
Sårbare brukere
Digitale løsninger
Digitale tjenester
Digital kommunikasjon
Digitalisering av
offentlig sektor
Mixed-methods
Myndiggjøring

VERSJON

1.2

DATO

2022-07-04

FORFATTERE

Trude Mariane Midtgård
Kari Sand
Sylvi Thun
Geir Haakon Hilland
Solveig O. Ose

OPPDRAGSGIVER(E)

NAV FoU

OPPDRAGSGIVERS REF.

Lise Klette

PROSJEKTNR

102020215

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

108+ vedlegg

SAMMENDRAG

Mål: Det overordnede målet med dette prosjektet var å undersøke om det er noen grupper som er mer digitalt sårbare enn andre, hvilke forhold som utgjør digital sårbarhet og hvilke konkrete barrierer og utfordringer sårbare grupper møter når de skal ta i bruk digitale velferdstjenester som innebærer selvbetjening, som nav.no. **Metoder:** Vi har samlet inn data ved hjelp av litteraturgjennomgang, intervju og spørreskjema. Data i intervju og spørreskjema er samlet inn fra fagpersoner som bistår brukere med å bruke nav.no som del av jobben sin: Ansatte som jobber i kommunale tilbud til flyktninger, ansatte som jobber i lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus, sosionomer på sykehuset som jobber med både somatikk og psykiatri, og ikke minst ansatte på biblioteket. Pårørende fikk også mulighet til å besvare skjema. **Resultater:** 793 personer besvarte spørreskjemaet, 30 ble intervjuet og 42 artikler ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Digital sårbarhet består av mange ulike forhold: helserelevante barrierer, sosiale barrierer, lav digital kompetanse, lav byråkratisk kompetanse og språkutfordringer. Jo flere av disse barrierene en bruker opplever, jo mer digitalt sårbar er vedkommende. Å ikke mestre digitale selvhjelps løsninger kan ha både økonomiske, helserelevante og juridiske konsekvenser for brukerne. I tillegg kom det frem at informantene i dette prosjektet opplever at digitalisering ikke fører til myndiggjøring for de brukerne de møter og hjelper – men heller det motsatte: Mange brukere føler seg som tapere i møtet med digitale selvhjelps løsninger.

UTARBEIDET AV


Kari Sand

SIGNATUR


Kari Sand (Jul 4, 2022 13:01 GMT+2)**KONTROLLERT AV**

Silje L. Kaspersen

SIGNATUR


Silje L. Kaspersen (Jul 4, 2022 12:56 GMT+2)**GODKJENT AV**

Fabrice Lapique, på vegne av Øystein Risa

SIGNATUR

**RAPPORTNR**

2022:00591

ISBN

978-82-14-07607-3

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.0	2022-02-23	Første versjon for kommentarer og endringsforslag
1.1	2022-06-01	Omarbeidet og oppdatert versjon etter første gjennomlesing
1.2	2022-07-04	Endelig versjon

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Sammendrag	6
1 Innledning: Digitalisering av offentlige tjenester	8
1.1 Hva er det som digitaliseres? Kommunikasjon, informasjon, faglig tjenesteyting.....	10
1.2 Utfordringer med digitalisering av offentlig sektor – digitalt sårbare grupper	12
1.3 Digitale skillelinjer og digital kompetanse	14
1.4 Betydningen av helsekompetanse og byråkratisk kompetanse	16
1.5 Myndiggjøring gjennom digital teknologi?	18
1.6 Behov for bistand.....	20
2 Metode og data	24
2.1 Litteraturgjennomgang: scoping review-metodikk.....	24
2.2 Intervju med tjenesteytere	25
2.3 Spørreundersøkelse blant tjenesteytere og pårørende	27
3 Resultater fra litteraturgjennomgangen	30
3.1 Lav digital kompetanse	31
3.2 Språk-/forståelsesbarrierer.....	32
3.3 Lav tillit til teknologi, internett og samfunnet	33
3.4 Manglende/begrenset tilgang	34
3.5 Helserelaterte barrierer	35
3.6 Sosiale og kulturelle barrierer.....	36
4 Resultater intervju og spørreundersøkelse	37
4.1 Digital sårbarhet.....	37
4.1.1 Helserelaterte utfordringer	37
4.1.2 Sosiale utfordringer	43
4.1.3 Språklige barrierer	45
4.1.4 Manglende digital kompetanse	47
4.1.5 Manglende byråkratisk kompetanse	49
4.1.6 Digitale skillelinjer / manglende tilgang	51
4.1.7 Manglende erfaring og usikkerhet	52
4.1.8 Tillitsutfordringer	53
4.2 Myndiggjøring	54
4.2.1 Opplevs de digitale løsningene myndiggjørende for sårbare brukere?	55

4.2.2	Hva er årsaken til at digitale selvhjelps løsninger skaper avmakt?	61
4.2.3	Hvilke forhold påvirker/henger sammen med en opplevelse av myndiggjøring?	62
4.3	Brukeres behov for og tilgang på bistand	65
4.4	Konsekvenser for brukerne	72
4.4.1	Sosioøkonomiske konsekvenser	73
4.4.2	Helserelaterte konsekvenser	74
4.4.3	Juridiske konsekvenser	76
4.5	Hvordan oppleves det å gi bistand til sårbare grupper i deres bruk av digitale tjenester?	77
4.5.1	Hvordan påvirker de digitale løsningene veiledningssituasjonen?	85
4.5.2	Hva er de største utfordringene med å bistå?	87
5	Diskusjon	93
5.1	Forhold som utgjør digital sårbarhet	93
5.2	Implikasjoner	98
6	Referanser	101

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg I Dataekstraksjon fra alle inkluderte artikler i litteraturgjennomgangen

Forord

Dette er delrapport 1 fra prosjektet *Digital ekskludering i NAV. Hvem, når, hvorfor?*. Resultatene i denne rapporten er basert på tre datatyper: Tidligere forskning, intervju og spørreskjema. Prosjektet handler om digitalt utenforskap, sårbare grupper og personer som hjelper eller veileder sårbare brukere som har utfordringer med å bruke digitale tjenester – først og fremst nav.no. Selv om digitalisering av offentlige tjenester har store fordeler for majoriteten av befolkningen, så er det fortsatt en del barrierer som gjør at andre har utfordringer med å ta i bruk eller nyttiggjøre seg digitale løsninger. Vi omtaler disse som digitalt sårbare brukere eller grupper. Basert på innledende arbeid i prosjektet tok vi utgangspunkt i noen kategorier av slike sårbare grupper: Personer med midlertidig eller varig nedsatt motorisk, sensorisk, kognitive funksjonsevne på grunn av sykdom eller skade, smerte, kroniske tilstander; personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og eller rus; personer med sammensatte utfordringer, sosiale problemer, som for eksempel står i fare for å falle utenfor; og innvandrere/flyktninger med kort botid og mangelfulle norskkunnskaper.

Det er likevel ikke brukerne selv som er informantene i dette delprosjektet, det er fagpersoner som bistår og veileder sårbare brukere i å bruke digitale tjenester, nærmere bestemt ansatte ved bibliotek, ansatte i lavterskeltilbud rus og psykisk helse, ansatte i sosionomtjenester på sykehus og kommunalt ansatte som jobber med innvandrertilbud. Vi har innhentet data fra slike fagpersoner om i hvor ofte de hjelper og veileder sårbare brukere med digitale løsninger, hvilke utfordringer de ser at brukerne har, og hvordan det er å ha denne oppgaven med å hjelpe/veilede. Data har vi samlet inn i spørreskjema og intervju. Intervjuene ble gjort på Teams pga. restriksjoner i forbindelse med covid-19-pandemien. Vi hadde planlagt å intervju brukere også, men vi ønsket ikke å møte dem på Teams. Restriksjonsperioden varte lenger enn vi hadde forutsett, og dermed ble det til at ingen ansikt-til-ansikt-samtaler med brukere ble inkludert. Brukerperspektivet er derimot inkludert i rapporten i form av en gjennomgang av tidligere forskning på brukeres barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelpsløsninger. Det vil på sikt komme en delrapport 2 basert på registerdataanalyser, og denne vil inneholde brukerdata.

Underveis i analysene så vi at det vil være mer konstruktivt å bevege seg bort fra tankegangen om at utfordringer med å bruke digitale tjenester er knyttet til spesifikke *grupper* av brukere. Det er ikke hovedsakelig det å tilhøre en gruppe som gjør at en person har utfordringer med å digitale løsninger, det er heller ulike former for barrierer knyttet til livssituasjonen man er i, som kan føre til at det oppleves som vanskelig eller umulig å logge seg på nav.no eller å gjennomføre oppgaver digitalt. Vi foreslår å bruke begrepet digital sårbarhet i stedet, og har undersøkt hvilke barrierer som utgjør denne formen for sårbarhet. I prinsippet kan alle mennesker i løpet av livet oppleve å være mer eller mindre digitalt sårbare.

Rapporten er delt inn i følgende deler. Kapittel 1 er en innledning der vi redegjør for begreper som er brukt innen forskning på digitale forskjeller og digitalt utenforskap, hvordan forskningsfeltet har utviklet seg, hvordan begrepet digitalisering kan nyanseres. I kapittel 2 beskriver vi datainnsamlings- og analysemetodene. Kapittel 3 er det første resultatkapittelet, med resultater fra litteraturgjennomgangen av barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelpsløsninger, mens kapittel 4 inneholder kombinerte resultater fra spørreskjema og intervju om hva digital sårbarhet innebærer, hvilke konsekvenser det har å være digitalt sårbar og hvordan det er å være den som hjelper og veileder sårbare brukere. I kapittel 5 oppsummerer vi funnene og adressere noen implikasjoner av disse.

Prosjektgruppen ønsker å rette en stor takk til alle informantene som har svart på spørreskjema og deltatt i intervju – vi har endt opp med et svært rikt materiale, noe som vi ser henger sammen med et sterkt engasjement for digital ekskludering og inkludering.

Sammendrag

Digitalisering av offentlig sektor skal bidra til en enklere hverdag for innbyggerne og til økt effektivisering og verdiskaping. Gjennom digitalisering kan offentlige tjenesteytere i større grad tilby selvbetjeningsløsninger som gjør at brukerne kan få mer handlefrihet når det gjelder hvor og når de ønsker å interagere med det offentlige og dermed få muligheten til økt kontroll over eget liv og situasjon. Overgangen til digitale selvbetjeningsløsninger har imidlertid også ført til økt bekymring for hvorvidt alle innbyggere får ta del i disse forventede fordelene som digitaliseringen skal gi. Helt fra kort tid etter at internett ble tilgjengelig for folk flest, har det vært forsket på ulike former for digitalt utenforskap over hele verden, det vil si på hvem det er som ikke er i stand til å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger og hvorfor. Målet med dette prosjektet var å undersøke om det er noen grupper som er mer digitalt sårbare enn andre, hvilke forhold som utgjør digital sårbarhet og hvilke konkrete barrierer og utfordringer sårbare grupper møter når de skal ta i bruk digitale velferdstjenester som innebærer selvbetjening, først og fremst digitale løsninger fra NAV.

Basert på tidligere forskning definerte vi innledningsvis følgende sårbare grupper som utgangspunkt for arbeidet: Personer med midlertidig eller varig nedsatt motorisk, sensorisk, kognitive funksjonsevne på grunn av sykdom eller skade, smerte, kroniske tilstander; personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og eller rus; personer med sammensatte utfordringer og sosiale problemer, som for eksempel står i fare for å falle utenfor; og innvandrere/flyktninger med kort botid og mangelfulle norskkunnskaper. Blant disse gruppene er det en god del brukere som trenger bistand, hjelp eller veiledning for å klare å ta i bruk eller å nyttiggjøre seg digitale løsninger. De som er i stand til å be om hjelp, kan få slik bistand fra mange ulike hold, for eksempel biblioteket, frivillige organisasjoner, fra familie eller annet personlig nettverk og fra tjenesteytere i offentlige og private tjenester som helse eller utdanning. Informantene i dette prosjektet er ulike fagpersoner som gir veiledning og bistand til digitalt sårbare brukere: ansatte ved bibliotek, ansatte i lavterskeltilbud rus og psykisk helse, ansatte i sosionomtjenester ved sykehus/helseforetak og kommunalt ansatte som jobber med innvandrertilbud og pårørende. Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema og intervju. I tillegg har vi gjennomført en litteraturgjennomgang av tidligere forskning på brukeres barrierer for å ta i bruk og nyttiggjøre seg digitale selvhjelps løsninger innen helse og velferd.

Ved hjelp av systematiske søk etter tidligere forskning identifiserte vi 42 relevante artikler, hvorav de fleste er publisert i perioden 2019–2021 og fra USA. Fra disse artiklene trakk vi ut de resultatene som omhandlet barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger, og disse ble kategorisert i følgende kategorier: Lav digitale kompetanse, inkludert manglende erfaring med å bruke digitale løsninger og lite kjennskap til at de i det hele tatt finnes; språk- og forståelsesbarrierer; lav tillit til teknologi, internett og samfunnet; manglende eller begrenset tilgang til datautstyr og internett – som i mange tilfeller var knyttet til dårlig økonomi – og manglende tilgang til et sosialt nettverk som kan støtte og oppmuntre brukere; helserelaterte barrierer som svekket kognitiv funksjon eller lav selvtillit, samt sosiale eller kulturelle barrierer.

Informantene i dette prosjektet har erfaring med å bistå og hjelpe ulike typer sårbare brukere med nav.no og andre digitale tjenester. Gjennom analyser av intervju og spørreskjemasvar identifiserte vi hvilke brukerbarrierer disse hjelperne/veilederne har opplevd, som helseutfordringer, sosiale utfordringer, språkutfordringer og mangel på byråkratisk og digital kompetanse. Mangel på tilgang er også en grunnleggende barriere. Det er en god del mennesker i Norge som ikke har tilgang på datautstyr eller internett, selv om andelen som har tilgang til internett er svært høy i Norge. Et svært avgjørende element for å kunne være digitalt inkludert er å ha tilgang til innloggingsmuligheter, det vil si BankID, passord og kodebrikke, noe slett ikke alle har. Av helserelaterte og sosiale barrierer er det særlig de sammensatte utfordringene og livskrisene som skaper barrierer for de brukerne som informantene i dette prosjektet møter. Noen brukere har hatt et helt liv med nedturer og lav selvtillit, mens andre har opplevd store

omveltninger som følge av akutt sykdom eller skader – begge deler kan føre til en følelse av overveldelse som igjen gjør at bare tanken på å logge seg inn på nav.no blir uoverkommelig. Å kunne nyttiggjøre seg digitale løsninger stopper altså for mange allerede før de har logget seg inn enten av tilgangsbARRIERER eller av helserelaterte/sosiale barrierer. For de som får logget seg inn, skaper mangel på byråkratisk kompetanse utfordringer i form av at brukere ikke klarer å nyttiggjøre seg informasjon og tilgjengelige tjenester pga. mangel på kjennskap til velferdssystem og rettigheter eller har utfordringer med å finne frem til riktige tjenester og søknadsskjema på nett. Mange brukere mangler også digitale ferdigheter som å kunne laste opp vedlegg eller fylle ut skjema.

Informantene har opplevd at det kan ha store negative konsekvenser for brukerne dersom de ikke klarer å bruke digitale tjenester eller dersom de ikke får hjelp til det, for eksempel at de ikke får de ytelsene de har krav på, de kan bli sittende uten mat, de kan resignere helt – noe som igjen kan forverre helsetilstand, og forsterke allerede lav mestringstro og selvfølelse.

Som nevnt innledningsvis, kan digitale tjenester gi brukere større muligheter til å bruke tjenester som de selv vil, og dermed oppnå økt kontroll over eget liv og situasjon – såkalt *empowerment*, eller myndiggjøring på norsk. Informantene i dette prosjektet formidlet både i intervju og i spørreskjema at for sårbare brukere, så gir digitale velferdstjenester sjelden mer egenkontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker eget liv og egen hverdag – digitaliseringen fører heller til det motsatte, altså at brukerne opplever redusert myndiggjøring eller redusert selvhjulpenhet. Informantene, de som hjelper sårbare brukere, mener at på sikt kan digitale løsninger også føre til økt myndiggjøring for flere – det vil bare ta litt lenger tid og kreve en god del bistand. Det vil imidlertid, ifølge informantene, sannsynligvis alltid være noen som ikke klarer å bruke digitale løsninger helt på egen hånd uten bistand.

Selv om informantene i dette prosjektet har til dels stor erfaring med å hjelpe brukere med å nyttiggjøre seg nav.no og andre digitale løsninger, så er det mange utfordringer knyttet til det å ha denne oppgaven og det å veilede på en god og trygg måte. En del av informantene har ikke slik veiledning som en del av sine arbeidsoppgaver, men de gjør det uansett fordi brukerne har behov. Mange av informantene har heller ingen spesiell kompetanse for å utføre slik veiledning, og de ender i mange tilfeller opp med å måtte spørre om hjelp selv eller henvise brukeren videre til noen andre. Andre sier at digitalisering av tjenestene har gjort det enklere å veilede, nettopp fordi det er enklere for dem som veiledere å finne frem til riktig tjeneste og å få fylt ut skjema, selv om det har blitt vanskeligere for en del brukere.

Biblioteksansatte har til sammenligning fra de fleste andre informantene i dette prosjektet fått i oppgave fra Regjeringen å bistå med å gi innbyggere med lav digital kompetanse veiledning og opplæring. Bibliotek tilbyr både kurs og én-til-en-veiledning. Utfordringene for bibliotekarer er likevel at brukerne har mange flere behov enn det rent digitale – som også resultatene fra dette prosjektet viser. Det kan være livssituasjonen, språkproblemer eller manglende byråkratisk kompetanse som gjør at en bruker trenger hjelp, ikke mangel på digitale ferdigheter. Biblioteksansatte ønsker likevel å hjelpe alle som trenger det, og forteller i dette prosjektet hvordan dette kan føre til ulike dilemma knyttet til etikk, personvern, egen samvittighet og frykten for å selv gjøre feil slik at det har konsekvenser for brukerne.

Informantene i dette prosjektet mener at for å hindre digitalt utenforskap er det behov for å tilby brukerne mer fleksible løsninger tilpasset det faktiske livet, og for å la brukere møte en person ansikt-til-ansikt når de ønsker det. Det er også behov for å bistå/veilede på en slik måte at brukerne opplever mestring og ikke bare får hjelp med enkeltoppgaver i enkeltsituasjoner. Videre er det behov for å utvikle egne digitale løsninger som gjør at man kan bistå på en trygg og tillitsfull måte uten å få tilgang til sensitiv informasjon og behov for økte ressurser og økt kompetanse for å kunne bistå alle som trenger det.

1 Innledning: Digitalisering av offentlige tjenester

Denne studien undersøker sårbare brukeres evne til å ta i bruk og nyttiggjøre seg digitale løsninger/tjenester fra NAV, basert på erfaringene til ulike aktører som bistår dem. Disse aktørene er i dette prosjektet ansatte ved bibliotek, ved lavterskeltilbud innen rus og psykisk helse, sosionomtjenester ved sykehus/helseforetak og kommunalt ansatte som jobber med innvandertilbud og pårørende.

Det er i dag gjennomført lite forskning på digitale velferdstjenester og sårbare brukeres evne til å nyttiggjøre seg disse (Melby et al. 2019; Sand et al. 2020). Den internasjonale forskningslitteraturen viser samtidig at det i ulike fagfelt er ulike perspektiver på hva som påvirker sårbare brukere/gruppers evne til å ta i bruk digitale helse- og velferdstjenester. Digitalisering av offentlige tjenester er av natur tverrfaglig, og krysser fagområder som samfunnsvitenskap, helse og teknologi. Samtidig er det lite kunnskap om hva som hemmer og fremmer innbyggernes evne til å ta i bruk digitale velferdstjenester. Vi har i dette prosjektet derfor valgt å innta en utforskende tilnærming hvor vi inkluderer perspektiver fra både offentlig forvaltning, sosialt arbeid, språkvitenskap, helse og teknologi for å få bedre oversikt over hvilke faktorer som kan påvirke digital sårbarhet og digital ulikhet blant innbyggerne.

Digitalisering av offentlig sektor er viktig for moderniseringen av Norge og skal gi fordeler både for forvaltningen og innbyggerne. I regjeringens digitaliseringsstrategi heter det at digitalisering skal gi mer effektiv ressursbruk i offentlig sektor og mer sammenhengende tjenester for innbyggerne (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2019; 2021). For brukerne skal de nye digitale tjenestene oppleves som sammenhengende og effektive uavhengig av hvilken offentlig aktør som tilbyr dem. Regjeringen legger i denne omgang først og fremst vekt på digitalisering av samhandling mellom organisasjoner og etater, på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Slik samordning skal svare til økte forventninger i befolkningen, og gi fordeler gjennom enkel tilgang til egne data, relevant informasjon og hjelp, og følelsen av å møte én sammenhengende offentlig sektor. Eksempler på samordning er helse- og velferdsportalene, som helsenorge.no og nav.no, som samordner individrettet informasjon og tjenester for den enkelte innbygger. Sammenhengende tjenester skal også gi personer med komplekse utfordringer mer koordinerte tjenester.

Styringsdokumentene sier imidlertid lite om hvordan digitalisering eller digital teknologi skal forbedre eller utvikle selve *tjenestene, tjenesteytingen eller samhandlingen* mellom det offentlige og innbyggeren, ut over målet om at alle innbyggerne skal kommunisere digitalt med det offentlige innen 2025. Det offentlige er imidlertid forpliktet til å legge til rette for likeverdig deltakelse for alle innbyggere, på tvers av funksjonsevne eller livssituasjon. Regjeringen peker på to forhold som skal sikre befolkningen likeverdig deltakelse i de nye digitale løsningene: universell utforming og et klart og godt språk (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2019; 2021). NAV handler i tråd med regjeringens digitaliseringsstrategi når de ser stort potensiale i samordning av tjenester for å gi bedre brukeropplevelser. Økt bruk av data skal gi mer personifiserte tjenester og mer treffsikker innsats. Et eksempel på slik digital samordning er Digisos, digital søknad sosialhjelp, som samordner kommunal og statlig bistand.

En sentral føring i digitaliseringsrundskrivet (en kombinert framstilling av pålegg og anbefalinger om digitalisering i offentlig sektorer) er *prinsippet om digitalt førstevalg* som innebærer at forvaltningen sin kommunikasjon med brukerne som hovedregel skal foregå gjennom nettbaserte tjenester (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2021). Dette gjelder innenfor alle tjenesteområder, så som helse, velferd, næringsvirksomhet og utdanning. Digitaliseringen av offentlig sektor skaper med det en helt ny måte å levere offentlige tjenester på og skal gi brukerne et bedre og mer effektivt tjenestetilbud. Gjennom god utnyttelse av digitale kommunikasjonskanaler og automatisering av prosesser forventes det at tjenesteytere kan frigjøre ressurser til oppfølging av de brukerne som trenger det mest. En sentral del av

NAV-kontorene sin funksjon er å gi veiledning og å følge opp brukere med behov for ekstra oppfølging i prosessen med å få jobb eller andre meningsfulle aktiviteter i den livssituasjonen de står i.

Elektroniske løsninger skal også være brukernes viktigste kanal for å komme i kontakt med NAV. I forbindelse med denne overgangen innførte NAV i 2015 en *kanalstrategi*, en strategi for hvordan NAV skal møte brukerne. En sentral tanke bak kanalstrategien var at færre brukere skulle få tjenester i skranken på det enkelte NAV-kontor og heller bruke digitale selvhjelps løsninger slik at NAV-ansatte fikk frigjort tid til å følge opp de som trenger det mest ansikt-til-ansikt. I fortsettelsen av innføringen av kanalstrategien lanserte NAV i 2017 nav.no som "ditt nærmeste NAV-kontor", fortsatt med mål om å få så mange brukere som mulig til å bruke nettløsningen i stedet for å ta kontakt ved fysisk oppmøte eller via telefon. Overgangen til digitale løsninger skal gi brukerne fordeler i form av bedre tilgjengelighet, raskere søknadsbehandling og raskere svar fra saksbehandler (Bergum et al. 2020). NAVs kanalstrategi ble oppdatert i 2021 for å dekke nye behov. Sentrale endringer i den nye kanalstrategien er at NAV skal møte brukerne i den kanalen de har behov for, og et mål om å gjøre nav.no tilgjengelig for alle i tillegg til å tilby gode alternativ for de brukerne som ikke kan eller ønsker å være digitale.

For å få tilgang på de digitale tjenestene og de fordelene som følger med, logger brukeren seg på *Ditt NAV* med BankID som krever tilgang til engangskode fra kodebrikke, sikkerhetskort eller en app i tillegg til brukernavn og personlig passord. Løsningen *Ditt NAV* innebærer også at en større del av oppgavene som tidligere har vært utført av ansatte i NAV eller i møter mellom ansatte og brukere, nå skal løses av innbyggerne selv. Brukere kan i større grad betjene seg selv og få bedre oversikt og kontroll over sine ytelser eller kundeforhold. Kanalstrategien fremhever at de som har behov for det, skal få bistand.

Samtidig forventer NAV at digitalisering av tjenestene skal gi brukerne økt makt og styring i egen sak (NAV 2019). Slik endring i maktforhold og økt kontroll over egen sak kalles også myndiggjøring¹ – et svært utbredt begrep i forbindelse med utvikling av digitale tjenester. Det er også laget digitale tjenester i form av Digital aktivitetsplan hvor den faglige tjenesteytingen foregår gjennom en digital plattform på nav.no, og hvor både saksbehandler og bruker deltar i utarbeidelse og oppfølging av aktivitetsplanen. Det er mange innbyggere som kan høste gode fordeler av at tjenestene blir gjort tilgjengelig på nett. Brukerne er imidlertid avhengige av å mestre disse digitale løsningene for å få tilgang på tjenester og ytelser de har rettigheter til, eller lovpålagt krav på. Samtidig har de fleste NAV-kontor redusert åpningstidene som følge av innføring av kanalstrategien (Bergum et al. 2020).

Velferdsstaten bygger på prinsippet om lik tilgang til offentlige goder for alle grupper av befolkningen. Vi har i dag ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag om hvordan digitale helse- og velferdstjenester når ut til sårbare grupper i befolkningen. Med sårbare grupper mener vi personer som har utfordringer som kan forventes å påvirke deres evne til å delta digitalt på lik linje med resten av befolkningen – personer som er i en livskrise, eller som av helsemessige eller andre årsaker befinner seg i en del av befolkningen som er samtykkekompetente, men ikke nødvendigvis selvhjulpne.

Det overordnede formålet med dette prosjektet er derfor å undersøke om det er noen grupper som er mer digitalt sårbare enn andre, hvilke forhold som utgjør digital sårbarhet og hvilke konkrete barrierer og

¹ Norsk oversettelse av begrepet empowerment. Begrepet myndiggjøring kan ifølge Språkrådet betydningsmessig dekke hvordan en person er styrket og ansvarliggjort slik at hen har makt og myndighet over egen tilværelse (<https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/empowerment/>)

utfordringer sårbare grupper møter når de skal ta i bruk digitale velferdstjenester som innebærer selvbetjening.

1.1 Hva er det som digitaliseres? Kommunikasjon, informasjon, faglig tjenesteyting

E-government innebærer å levere offentlige tjenester over internett ved hjelp av IKT og har den egenskapen at den kan endre og føre til nyskaping i offentlig administrasjon (OECD 2009). Digitalisering av offentlig administrasjon har store fordeler i form av reduserte transaksjonskostnader, økt geografisk nedslagsfelt, men også gjennom å effektivisere informasjonsutvekslingen mellom innbyggerne og det offentlige. I tillegg er det snakk om en *transformasjon* eller endring av tjenestene, for eksempel gjennom økt samarbeid mellom innbyggerne og myndighetene og større involvering av brukerne.

Digital innovasjon i sosiale tjenester kan føre til endring gjennom at samfunnsaktører, her offentlige etater, svarer på samfunnsrelaterte sosioøkonomiske utfordringer og policy-utfordringer ved å endre både tjenesteutøvelsen og de sosiale relasjonene i tjenesteutøvelsen, på en måte som til syvende og sist har en reell innflytelse på folks liv (De Rosa 2017). De Rosa vektlegger også at slik endring hviler på Weerakkody et al. (2014) sin forutsetning om at innovasjon i sosiale tjenester må ta utgangspunkt i virkelige samfunnsproblemer og endre sosiale relasjoner i retning av et mer inkluderende samfunn og bidra til økt verdi for innbyggerne (De Rosa 2017).

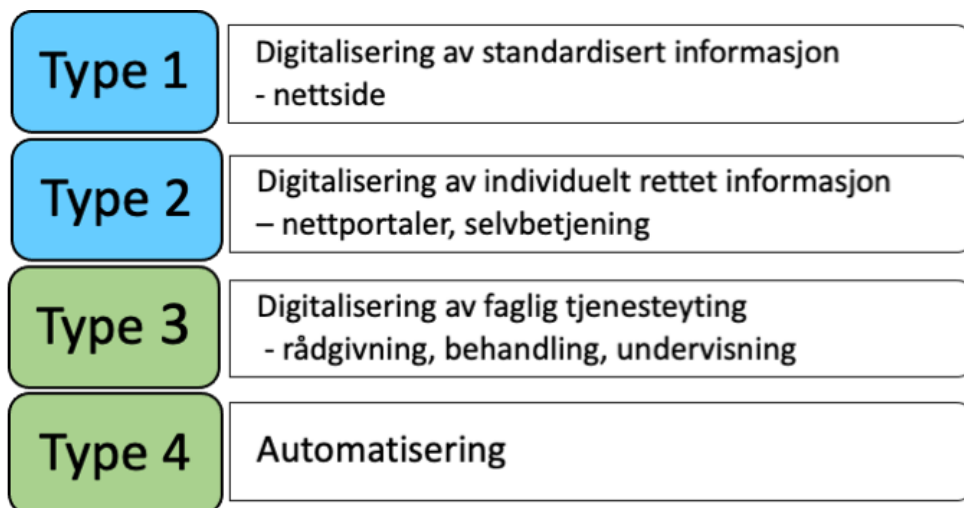
Digitalisering av offentlige tjenester innebærer digitalisering av svært ulike typer samhandling mellom det offentlige og innbyggerne (Melby et al. 2019). For å få en klarere forståelse av hvordan digitaliseringen påvirker den offentlige tjenesteleveransen generelt og NAV spesielt, er det nyttig å se nærmere på hva som ligger i tjenestebegrepet, altså hva det er som digitaliseres. Vi kan se digitalisering av tjenester som i hovedsak to ulike prosesser: *digitalisering av informasjon og kommunikasjon* og *digitalisering av faglig tjenesteyting*. Digitalisering av kommunikasjon tilsvarer å sette opp en nettside, gjøre det mulig å kommunisere med chat og e-post, bestille timer eller tjenester og så videre. Digitalisering av tjenesteyting innebærer å digitalisere selve tjenesteleveransen. Blant offentlig tjenesteyting finner vi alt fra søppeltømming, snøbrøyting, undervisning og behandling, til sosialfaglig rådgivning og faglig veiledning. Mens digitalisering av informasjon og kommunikasjon er relativt rett frem, er digitalisering av selve tjenesten ikke alltid mulig (Sand et al. 2020).

Vi kan videre dele **digitalisering av informasjon og kommunikasjon** mellom det offentlige og innbyggerne i to hovedtyper: Type 1) Digitalisering av standardisert informasjon fra en offentlig instans til innbyggerne. Dette innebærer at informasjonen er ferdig skrevet og lik for alle. Informasjonen formidles digitalt på ulike måter, for eksempel i tekst, bilde, lyd og/eller video. Typiske eksempel er informasjon som legges ut på nettsiden til den offentlige virksomheten. Type 2) Digitalisering av individuelt rettet informasjon eller kommunikasjon mellom en offentlig instans og individuelle innbyggere, for eksempel kommunikasjon mellom den offentlige etaten og den enkelte innbygger, i form av timebestilling, informasjon om skoleopptak og administrative spørsmål som ikke dreier seg om faglig tjenesteyting. Individuelt rettet informasjon og kommunikasjon inkluderer også formidling av test- eller søknadsresultater og utfylling og innsending av digitale søknadsskjema. Kommunikasjonen og informasjonsformidlingen foregår digitalt, for eksempel gjennom en portal som krever pålogging, e-post eller andre digitale måter offentlige etater benytter til å kommunisere med enkeltbrukere i individuelle spørsmål.

Digitalisering av faglig tjenesteyting kan på samme måte deles inn i to ulike typer: Type 3) Digitalisering av faglig tjenesteyting som foregår mellom en innbygger og en offentlig ansatt. Faglig tjenesteyting i helse- og velferdstjenestene gjelder behandling, veiledning, rådgivning, støtte eller oppfølging – tjenester som ofte kan digitaliseres, i motsetning til for eksempel fysiske tjenester som søppeltømming. Behandling, rådgivning

og andre offentlige tjenester som baserer seg på en form for interaksjon mellom en fagperson og en pasient/bruker, kan foregå muntlig i videosamtaler, skriftlig ved hjelp av chat eller meldinger, eller en kombinasjon. Denne typen digitalisering har blitt aktualisert gjennom behovet for å tilpasse seg tiltakene som følge av covid-19-pandemien, hvor for eksempel undervisning og møte med rådgivere og saksbehandlere har blitt flyttet over på digitale plattformer. Dette har også gitt økt fokus på hvilke typer faglig tjenesteyting som er egnet til å utføres gjennom digitale kanaler.

I tillegg har digitalisering av offentlige tjenester også de senere årene tatt i bruk nyere teknologi som endrer arbeidsprosessene og forholdet mellom innbygger og det offentlige i mer vesentlig grad: Type 4) Automatisert tjenesteyting, basert på kunstig intelligens og algoritmer er teknologi som i noen tilfeller erstatter søknadsbehandling og beregning av ytelser. Tjenester som tidligere har krevd en fagperson og gjerne utøvelse av skjønn, blir i denne typen digitalisering automatisert slik at interaksjonen i hovedsak foregår mellom innbyggeren og teknologien (Sand et al. 2020).



Figur 1 Digitalisering av informasjon og tjenester fra Sand et al. 2020.

Gjennom å dele inn i de fire typene digitalisering kan vi også tydeligere se hvordan digitaliseringen endrer selve tjenesten. En tydelig endring som følge av overgang til selvbetjeningsløsninger i NAV sin digitaliseringsprosess, er at tjenester som tidligere falt inn under type 3, faglig tjenesteyting, endres til type 2. Dette innebærer at tjenester som tidligere ble utført av fagpersoner, blir gjort om til informasjon innbyggeren selv skal finne frem til og anvende for å løse oppgaven selv. Overgang til selvbetjening er ment å utløse de positive gevinstene teknologien kan gi, og samtidig muliggjøre økt deltakelse for brukerne. Økt deltakelse kan igjen muliggjøre *myndiggjøring*, som innebærer å styrke innbyggerne både i møte med det offentlige og i evnen til å ta gode valg for sin egen livssituasjon. Digital teknologi har også stort potensiale for universell utforming (Ladner 2015). Samtidig medfører overgangen til selvbetjeningsløsninger et behov for høyere kompetanse hos brukerne, både i bruk av digital teknologi (digital kompetanse) og kjennskap til rettigheter, plikter og muligheter som er tilgjengelige i den situasjonen den enkelte står i (byråkratisk kompetanse). I tillegg blir muligheten for, og med det mengden, personkontakt redusert. Redusert personkontakt kan påvirke mulighetene for relasjonsbygging mellom brukeren og NAV.

Mange ser relasjonell kontakt som en del av selve tjenesten, eller en del av en "god tjeneste" – slik mange opplever det eller forventer at det skal være. Det er uklart i hvilken grad det er naturgitt at mennesker må møtes for å etablere relasjoner og utøve/motta gode tjenester. Det er mulig det heller er "kulturgitt", det

vil si at det har med forventninger og erfaringer å gjøre. Mangel på relasjon med et menneske man kan se eller høre, opplevd avstand mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, kan oppleves negativt for mange. For personer med behov som krever faglig personlig tjenesteyting vil dette spørsmålet imidlertid være et potensielt mer kritisk spørsmål.

O'Sullivan og Walker (2018) beskriver to typer sosiale tjenester: *transaksjonelle* og *interpersonelle*. Transaksjonelle tjenester er enkel utveksling av informasjon og rettigheter om for eksempel ytelser. Transaksjonelle tjenester krever lite av skjønn eller empati og kan være foretrukket av brukere som både har god tilgang og kompetanse. Interpersonlige tjenester er derimot tjenester som leveres fra person til person, og ligner det vi i rammeverket over kaller faglige tjenester. Interpersonlige tjenester bygger på menneskesentrert empati og langsiktig relasjonsbygging og handler om å jobbe tett med brukerne for å bistå dem i å ta tak i de barrierene som står mellom dem og sosial deltakelse (O'Sullivan & Walker 2018; Grace and Gill 2016). Mens digitalisering i stor grad legger til rette for transaksjonelle tjenester, er det vanskeligere å se at digitalisering legger til rette for interpersonelle tjenester, som igjen er de tjenestene det forventes at de mest sårbare gruppene også har mest behov for.

Endelig ser vi at automatisering bidrar til annen type transformasjon, eller endring. Bovens & Zouridis (2002) påpeker at automatisering av tjenester kan ses på som en overgang fra det Lipsky (1980) kalte bakkebyråkrati til det de kaller skjermbyråkrati. Denne overgangen fører til at beslutningene i større grad blir rutine og standardiserte, og rommet for bruk av skjønn blir redusert (Røhnebæk 2016; Bovens & Zouridis 2002). Bakkebyråkraten forsvinner og blir erstattet med hjelpe-desker og ansatte som bidrar med informasjon til brukerne i stedet for å utøve skjønn i den enkeltes situasjon som har betydning for den enkeltes sak. Denne overgangen hevder de gir økt makt til utviklerne, hvis valg i det teknologiske designet kan påvirke resultatet på samme måte som bakkebyråkratene tidligere gjorde ved hjelp av skjønn (Bovens & Zouridis 2002; Lipsky 1980). Ved automatisering forsvinner også relasjonell kontakt og muligheten for relasjonsbygging helt.

1.2 Utfordringer med digitalisering av offentlig sektor – digitalt sårbare grupper

Overgangen til et større innslag av selvbetjeningsløsninger i velferdstjenestene har ført til internasjonal bekymring for om alle får ta del i de forventede fordelene som digitaliseringen skal gi. FNs kommisær for menneskerettigheter uttrykte i sin rapport sterk bekymring for den digitale utviklingen i velferdstjenestene. Særlig peker rapporten på hvordan automatisering tar bort bruken av skjønn, på hvordan feil i selvbetjeningsprosessene kan ha uforholdsmessig store konsekvenser, og hvordan sanksjoneringen blir overdreven i forhold til den eventuelle overtredelsen. Rapporten trekker også frem at individuelle utfordringer med å ta i bruk digital teknologi kan gi reduserte sosiale rettigheter for enkelte grupper (Alston 2019).

Lundberg og Syltevik (2017) advarer mot at digitaliseringen kan skape utfordringer for mange av de svakeste brukergruppene. Å bygge ned servicesranken kan medføre at flere av gruppene som klarte seg selv gjennom å ta direkte kontakt med fysiske NAV-kontor, nå kan bli mer hjelpetrengende. Ekspertgruppen som tok for seg brukernes møte med NAV, beskriver også at det skapes et skille mellom brukere som behersker selvbetjeningsløsninger, og brukere som ikke behersker denne teknologien. Flere kanaler for interaksjon gir flere kontaktflater mellom bruker og NAV, men noen av de nye kanalene stiller krav til ferdigheter som ikke alle brukerne har. Det gjør at ikke alle er i stand til å benytte disse kanalene. Ekspertgruppen peker også på at NAV-systemet er organisert med sikte på å håndtere et omfattende antall brukere med enkle behov, og at innretningen av systemet kan virke lite treffsikkert for brukere med komplekse behov (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2014).

I en evaluering av NAVs kanalstrategi finner Bergum et al. (2020) at flerkanalvalg kan være utfordrende for sårbare grupper. Evalueringen er blant annet basert på intervju og fokusgrupper med informanter som hadde utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske helseutfordringer. Utfordringene brukerne opplevde, kunne føre til redusert motivasjon til å søke jobb, usikkerhet om informasjonen var mottatt av saksbehandler, samt at uforståelig språk ble opplevd som overveldende. Personer med behov for personlig oppfølging opplevde at det var vanskelig å forholde seg til "det ansiktsløse byråkratiet bak datamaskinen". Som følge av overgangen til kanalstrategien opplevde brukerne i prosjektet at tilgjengeligheten til saksbehandler ble langt dårligere. Samtidig viste evalueringen at NAV-veilederne på sin side opplevde at det har blitt færre, men bedre planlagte brukermøter. De opplevde at digitaliseringen stimulerer til økt brukeraktivitet og bedrer relasjonen mellom bruker og saksbehandlerne i den digitale aktivitetsplanen (Bergum et al. 2020).

Færre fysiske møter mellom sårbare grupper og den offentlige etaten er i litteraturen også forbundet med lavere tillit hos brukerne. Opplevelsen av være trygg på å ha blitt forstått er større for mange dersom man har møtt en fagperson (Korsgaard & Ludvigsen 2019). Tillit til offentlige etater kan videre bli svekket dersom brukere opplever at det er teknologien og de upersonlige kanalene for kontakt gjør det vanskelig å få direkte svar på de spørsmålene man har (Harris 2019). Hjemløse informanter i Harris' studie beskriver at de opplever større grad av trygghet når de møter veileder ansikt til ansikt. Ansiktsløse møter er i denne studien forbundet med usikkerhet om hvorvidt man egentlig fikk den hjelpen man trengte.

Digital innovasjon i helse- og velferdstjenestene er altså forbundet med endring som påvirker selve tjenesteytingen, og som kan ha reell innflytelse på brukernes liv. Vi har lite kunnskap om hvordan disse endringene påvirker tilgangen til tjenestene, og hvordan de påvirker selve tjenesteytingen for brukerne. Formålet med denne studien er derfor å 1) kartlegge hvilke grupper som er digitalt sårbare, og hvilke faktorer som påvirker digital sårbarhet, 2) undersøke om digitale selvhjelps løsninger bidrar til myndiggjøring hos sårbare grupper, 3) kartlegge behov for bistand hos digitalt sårbare grupper, og 4) undersøke hvilke erfaringer helse- og velferdsarbeidere som utfører sosionomlignende arbeidsoppgaver, og bibliotekansatte har gjort seg i overgangen til digitale velferdstjenester.

Det er ikke tilstrekkelig å se på hvilke muligheter som ligger i digital teknologi for å forstå hvordan digitalisering av velferdstjenestene påvirker forholdet mellom brukerne og det offentlige, og hvilke konsekvenser digitaliseringen har for brukerne. Som vi skrev innledningsvis, innebærer digitalisering av tjenestene også endring og gir en ny måte å levere tjenester på. En større del av oppgavene som tidligere har vært løst av ansatte på NAV, utføres nå av brukeren selv. Dette endrer både selve tjenesten, men også kravene som stilles til de som har behov for velferdstjenester.

Flere studier peker på at de som har mest å tjene på digitale helse- og velferdstjenester, også er de som har størst utfordringer med å ta dem i bruk (Ghandour & Ghandour 2019; De Rosa 2017). Det er skissert tre hovedlinjer i dette digitale gapet i litteraturen, hvor *tekno-optimistene* forventer at digital ulikhet er noe som vil gå over etter hvert som teknologien blir implementert, og innbyggerne blir vant til å ta den i bruk. *Tekno-skeptikerne* hevder at digital ulikhet bare er en forlengelse av allerede eksisterende ulikhet i samfunnet for øvrig, mens *tekno-pessimistene* forventer at overgangen til digitale løsninger og e-government vil forsterke de eksisterende ulikhetene i samfunnet og skape nye (Ragnedda 2017). Ragnedda på sin side argumenterer for at vi i realiteten ser en økning i digital ulikhet, hvor det digitale gapet vil lukkes over tid for deler av befolkningen, men videreføres i andre. Mulighetene som ligger i de teknologiske løsningene, er ikke synlige for alle og vil bli utforsket på ulike måter av ulike individer og grupper. Noen vil altså alltid henge etter og også falle fra de digitale løsningene.

I dette prosjektet undersøker vi hvilke barrierer sårbare grupper møter når de skal ta i bruk digitale selvhjelpsløsninger, fra deres hjelperes/veilederes perspektiv. Med sårbare grupper mener vi personer som for en periode eller permanent ikke er i stand til å delta i samfunnet på lik linje med resten av befolkningen. Sårbare eller utsatte grupper omfatter også brukere med store og sammensatte behov der symptomer og faktorer er vevd sammen på en kompleks måte. Slike tilstander kan ikke nødvendigvis forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller et avgrenset funksjonsproblem, men må forstås ut fra personens helhetlige situasjon. Utfordringene for helse- og velferdstjenestene er å ta denne kompleksiteten inn over seg og forstå hvordan de ulike faktorene påvirker hverandre, og hvilke utfordringer disse gir i møte med digitale helse- og velferdstjenester. I prosjektet har vi jobbet ut fra følgende sårbare grupper:

- Personer med midlertidig eller varig nedsatt motorisk, sensorisk, kognitive funksjonsevne på grunn av sykdom eller skade, smerte, kroniske tilstander
- Personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus/avhengighet
- Personer med sammensatte utfordringer, sosiale problemer, som for eksempel står i fare for å falle utenfor
- Innvandrere/flyktninger med kort botid og mangelfulle norskkunnskaper

1.3 Digitale skillelinjer og digital kompetanse

Den første og største bølgen av studier i den internasjonale forskningslitteraturen om digital ulikhet handlet om ulikhet i tilgang på internett og maskinvare mellom ulike grupper i befolkningen. Disse ulikhetene faller ofte sammen med forskjeller i sosioøkonomisk status, eller det å tilhøre en del av befolkningen som av historiske, kulturelle, etniske eller geografiske årsaker i mindre grad har tilgang på ressurser enn andre grupper. Dette omtales ofte som første-nivå digital ulikhet i litteraturen (Hargittai 2002). De fleste innbyggerne i Norge har tilgang til digitale verktøy som PC, nettbrett og smarttelefon. Internetttilgangen er blant de høyeste i verden, og de digitale skillelinjene mellom ulike grupper i befolkningen blir omtalt som *å viskes ut* (Slette-meås 2018). I 2020 er det 4 prosent av husholdningene som oppgir at de ikke har internetttilkobling eller bredbånd (SSB 2020). De fleste i Norge er derfor ikke digitalt sårbare i tradisjonell forstand. Samtidig kan vi forvente at det er en opphopning av særlig sårbare individer blant de husholdningene som ikke har tilgang til internett eller PC. Det er derfor fortsatt viktig å undersøke tilgangsbarrierer i Norge, og i hvilken grad, og på hvilken måte disse skaper utfordringer for sårbare grupper i helse- og velferdstjenestene. Tilgangsbarrierer av denne typen blir ofte omtalt som *digitale skillelinjer*.

Warschauer (2003) beskriver digitale skillelinjer som ulikhet i tilgang på datamaskiner og nett-tilkobling på den ene siden, men også tilgang på andre ressurser som tillater individer å bruke teknologi godt på den andre. De digitale skillelinjene er ikke bare et skille mellom de som "kan" og de som "ikke kan", men også en mer kompleks gradering av kompetanse og ressurser som medfører en varierende grad av digital marginalisering. Hargittai (2002) kaller denne ulikheten i kompetanse og ressurser for andre-nivå ulikhet, men et mer vanlig begrep for de ressursene som er nødvendige for å klare å bruke teknologi godt, er *digital kompetanse*.

Digital kompetanse handler altså om den enkeltes evne til å ta i bruk og nyttiggjøre seg digitale verktøy. Det er utviklet flere modeller og definisjoner av digital kompetanse siden Hargittai (2002) og Warschauer (2003). Van Deursen og van Dijk (2010, 2011) har utviklet en mye brukt modell, som de også har oppdatert i en senere studie, og som synliggjør ulike ferdigheter innbyggerne har behov for for å være digital kompetente. De skisserer ulike nivå av digital kompetanse som er nødvendige for at en bruker skal klare å nyttiggjøre seg digitale offentlige tjenester: 1) *operasjonelle ferdigheter* – evnen til å bruke en nettleser, søkemotorer og fylle ut digitale skjema, 2) *formelle ferdigheter* – evnen til å benytte de strukturene som man finner i digitale media, sånn som menyer og lenker, og evnen til å navigere på internett og ikke gå seg

bort i prosessen, 3) *informasjonsferdigheter* – evnen til å utforme relevante søk, velge og vurdere informasjon i digitale media, 4) *strategiske ferdigheter* – evnen til å anvende og vurdere den tilgjengelige informasjonen i den digitale løsningen som et middel for å nå et personlig eller profesjonelt mål, og oppnå de fordelene man ønsket med å gjennomføre prosessen. I en senere studie har de også lagt til to ytterligere ferdigheter: 5) *kommunikasjonsferdigheter*, som er evnen til å lage, forstå og utveksle digitale meldinger med andre mennesker gjennom meldingssystemer som e-post, chat, og meldingstjenester, og 6) *innholdsferdigheter*, som defineres som evnen til å skape innhold som egner seg til å publiseres på nett (Van Deursen & van Dijk 2014).

Innbyggerundersøkelsen viser at mange av innbyggerne i Norge opplever at det er vanskelig å utføre oppgaver hos flere av de offentlige etatene over internett (Difi 2017). Til tross for at befolkningen i dag stort sett har god tilgang til digitale verktøy, er det forskjeller i digital kompetanse, både mellom grupper og i type ferdigheter (Slette-meås 2014; Eynon & Geniets 2015). I 2014 gjennomførte Difi (2014) en analyse av hvor stor del av befolkningen som har tilstrekkelig digital kompetanse til å kommunisere digitalt med det offentlige uten problemer. Difi definerer digital kompetanse her som:

"- Evna til å bruka digital teknologi, kommunikasjonsverktøy og nettverk for å finna informasjon, kommunisera med andre og utføra praktiske oppgåver.- Evna til å løysa oppgåver knytt til privatliv, jobb og deltaking i sosiale samanhengar gjennom å definera mål og laga planar, og finna og bruka informasjon ved hjelp av datamaskiner og datanettverk (internett)".

Ved hjelp av data fra OECD/SSBs PIAAC-undersøkelse om digital kompetanse i befolkningen anslår Difi videre at bare 45 prosent av innbyggerne har tilstrekkelig digital kompetanse til å klare seg bra i den digitale kommunikasjonen med det offentlige. 35 prosent har ferdigheter tilsvarende bruk av e-post og nettleser, og hvor oppgaveløsning krever få valg, lite navigering og informasjonsmengde. 12,5 prosent klarte ikke oppgavene på det laveste ferdighetsnivået. Ytterligere 7,5 prosent viste så lave IKT-ferdigheter at de ikke kunne benytte PC-mus eller scrolle nedover en nettside (Difi 2014). NAV (2019) på sin side vurderer at omtrent 25 prosent av innbyggerne har mangelfull eller fraværende digital kompetanse. Kompetanse Norge finner at 600.000 nordmenn er ikke-digitale, og at 11 prosent har lave digitale kunnskaper. Mer enn 60 prosent oppgir i noen eller stor grad behov for å styrke sin digitale kompetanse i arbeidslivet eller dagliglivet for øvrig (Bjønness et al. 2021). Samtidig viser en undersøkelse gjennomført av Sentio at bare 30 prosent av befolkningen ønsker mer digitalisering. 44 prosent er tilfredse med dagens nivå, mens 13 prosent av befolkningen mener det har gått for langt (Sentio/Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2018). Tallene på den digitale kompetansen i befolkningen varierer altså ut fra hvilken definisjon som ligger til grunn og hvordan data er innhentet.

Difi presiserer samtidig at det er stor variasjon i hvor høy digital kompetanse som behøves for å benytte ulike offentlige tjenester. Mens noen tjenester er mer eller mindre automatiserte og krever bare et minimum av digital kompetanse, krever andre tjenester navigering mellom ulike sider, innlogging, personvern vurderinger, scanning av vedlegg og sammenstilling av mye og riktig informasjon. Ifølge Difi sin egen beskrivelse vil derfor selvbetjeningsløsningene fra nav.no kreve et kompetansenivå som 55 prosent av befolkningen ikke har. Det er lite kunnskap om den digitale kompetansen hos sårbare grupper som har behov for helse- og velferdstjenester. Kompetanse Norge sin befolkningsstudie viser at eldre har størst utfordringer med den digitale kompetansen, men også arbeidsledige er i denne sårbare gruppen (Bjønness et al. 2019). Begge gruppene sammenfaller med grupper som har til dels stort behov for helse- og/eller velferdstjenester.

Digital kompetanse er som beskrevet innledningsvis, en mer nyansert måte å måle tilgang til offentlige tjenester på. I spørsmålet om hvorvidt digitalisering av helse- og velferdstjenestene bidrar til økt ulikhet, skriver van Deursen og Helsper (2015) at det også er viktig å se på ulikheter blant brukerne om hva de klarer å oppnå gjennom de digitale løsningene. De skisserer at brukere som har flere ressurser offline, er bedre posisjonerte og vil oppnå de største gevinstene av de digitale tjenestene. De ressursene vi har før vi benytter digitale tjenester, påvirker altså hvilke fordeler vi kan få av å benytte disse tjenestene. Det er altså ikke bare den digitale kompetansen, men også de ressursene brukerne har i det virkelige liv, som påvirker hvordan de benytter den digitale kompetansen til å oppnå de resultat de ønsker fra offentlige tjenester.

1.4 Betydningen av helsekompetanse og byråkratisk kompetanse

Avslutningen på forrige delkapittel fører oss over på en annen type kompetanse som har betydning for innbyggernes evne og mulighet for deltakelse i samfunnet. Digitaliseringen medfører en overgang til kommunikasjon og tjenesteyting som baserer seg i større grad på skrijving og lesing enn den analoge, hvor ansikt-til-ansikt-møter og muntlig interaksjon i mange tilfeller har dominert. Begrepet *literacy* betyr evnen til eller kompetanse i å prosessere, sette sammen og anvende informasjon for å oppnå egne mål. Vi har ikke et norsk begrep som dekker den engelske betydningen av literacy, men ord sammensatt med *-kompetanse* brukes i en del tilfeller, for eksempel helsekompetanse og byråkratisk kompetanse, begrep som vi bruker i denne rapporten (disse blir forklart nedenfor). I tillegg foreslår Språkrådet *litterasitet* eller *lese- og skrivekyndighet* som norsk oversettelser av literacy². For å omtale *literacy* generelt bruker vi i denne rapporten *lese- og skrivekyndighet*.

Den norske oversettelsen lese- og skrivekyndighet dekker ikke umiddelbart hele innholdet i måten literacy brukes på internasjonalt, ettersom literacy handler om mer enn bare det å kunne lese og skrive. Begrepet dekker det å kunne nyttiggjøre seg lese- og skriveferdigheter til de formål man selv ønsker og trenger for å delta i samfunnet, både økonomisk og sosialt (Nutbeam 2009). Det er i dag anerkjent at en slik form for lese- og skrivekyndighet er nødvendig for å kunne fungere godt i samfunnet, samtidig som at lav lese- og skrivekyndighet er forbundet med dårligere helse (Berkman et al. 2010). Lese- og skrivekyndighet i denne betydningen innebærer både det å kunne lese og skrive tekster, og i tillegg den kunnskapen og de ferdighetene en person må ha for å kunne gjennomføre oppgaven man står foran (Nutbeam 2009).

Denne formen for lese- og skrivekyndighet er både innholds- og kontekstbasert. Det betyr at en persons generelle lese- og skrivekyndighetsnivå ikke uten videre kan overføres fra ett tematisk område til et annet. Selv om man generelt har gode lese- og skriveevner og god tekstforståelse, kan man fortsatt ha utfordringer med å lese, forstå og bruke informasjon om for eksempel helse. En rekke begrep som dekker slik kontekstspesifikk lese- og skrivekyndighet er i bruk i dag, både i forskning og i tjenesteutøving. Begrepet *health literacy* brukes om "personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse" (Nutbeam 2000), og dette oversettes som oftest med begrepet *helsekompetanse* på norsk (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Nutbeam beskriver tre nivåer av helsekompetanse: 1) Funksjonell helsekompetanse – ferdigheter til å kunne forstå muntlig og skriftlig helseinformasjon og instruksjoner, 2) Interaktiv helsekompetanse – kommunikasjonsferdigheter til å formidle og diskutere sin helsesituasjon med helsepersonell, og hvordan man selv kan oppsøke kilder til helseinformasjon og 3) Kritisk helsekompetanse – evnen til å kritisk evaluere og anvende den informasjonen man mottar (Nutbeam 2000). Helsekompetanse setter pasienten i stand til å tilpasse seg den helsetilstanden man er i, og ta gode valg for

² <https://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/literacy/>

sin egen helse (Aydin et al. 2015). Helsekompetanse har blitt en sentral variabel for å forklare variasjoner i pasienters bruk av digitale tjenester (Aydin et al. 2015, Mackert et al. 2016). Pasienter med lav helsekompetanse har lavere sannsynlighet for å ta i bruk digital helseteknologi som apper og pasientportaler (Mackert et al. 2016), samt større behov for mer hjelp til å få tatt i bruk helseportaler for å følge opp sin egen helsesituasjon (Vollbrecht et al. 2020).

Utviklingen av digitale velferdstjenester bygger på mye av det samme prinsippet som digitale helsetjenester: Brukeren skal i større grad involveres, ta del i sin egen situasjon og ha/få kontroll over eget liv. NAVs digitale løsninger og kanalstrategi krever at brukeren i større grad skal være autonom, og løse oppgaver som tidligere var en del av NAV sine tjenester på egen hånd. Dette krever en egen type lese- og skrivekyndighet som vi på norsk kaller systemkompetanse eller byråkratisk kompetanse. I denne rapporten har vi valgt å bruke begrepet byråkratisk kompetanse. På samme måte som de andre oversatte literacy-begrepene, kan det norske ordet umiddelbart se ut til å være noe smalere enn det engelske *bureaucratic literacy*. Begrepet byråkratisk kompetanse dekker ikke bare det å ha kompetanse om organisasjon, system og praksis innenfor eksempel velferdstjenestene, det dekker evnen til å forstå og kunne nyttiggjøre seg skjema, rutiner, prosedyrer og å bruke informasjon man tilegner seg til å ta gode valg om sin egen livssituasjon.

Döring (2019) har brukt begrepet *administrative literacy* om det vi kaller byråkratisk kompetanse. Han beskriver dette som et eget konsept som uavhengig av den enkeltes utdanningsnivå påvirker møtet med offentlig administrasjon. Interaksjon mellom innbyggerne og offentlig administrasjon kan være en stor byrde for innbyggerne, og denne byrden varierer ut fra hver enkelt innbyggers byråkratiske kompetanse. Innbyggere med høy byråkratisk kompetanse har bedre forståelse av prosedyrer, strukturer og regler som igjen gir dem et bedre grunnlag for å håndtere interaksjonen med offentlige myndigheter enn de som har lav byråkratisk kompetanse. Döring peker på at høyere byråkratisk kompetanse har flere fordeler, som å bidra til innbyggers myndiggjøring, å gi innbyggere tilgang på flere muligheter fra offentlige tjenester og at tilliten til offentlige institusjoner øker.

Thériault (2015) har gjennomført en kvalitativ studie om betydningen av byråkratisk kompetanse hos utsatte unge voksne i Quebec-området. Hun hevder at byråkratisk kompetanse eller fravær av slik kompetanse henger tett sammen med hvordan maktstrukturer i samfunnet skapes, reproduseres og opprettholdes. Studien finner at sosialarbeidere opptrer som mediatorer mellom ungdommene og ulike typer byråkratisk kompetanse. Sosialarbeiderne oversatte en rekke ulike typer tekster for ungdommene, for eksempel registreringsskjema; skjema om velferdsytelser, arbeidsledighetstrygd, immigrasjon og helsetjenester; brev fra det offentlige og andre institusjoner om for eksempel skole; og brev fra banker og telefonselskap. De forklarte også hvilke implikasjoner all denne informasjonen hadde for ungdommene. Sosialarbeiderne fortalte at ungdommene ofte fikk panikk når de mottok offisielle brev, eller brev som hadde med økonomi å gjøre. Ungdommene var så sikre på at innholdet var vanskelig å forstå at de ikke en gang ville se på brevene. Sosialarbeiderne observerte en maktesløshet hos brukerne i møtet med byråkratiet. Brukerne på sin side oppga at det byråkratiske språket opplevdes som mer stressende enn andre typer informasjon på grunn av den offisielle tyngden og store økonomiske betydning. Én sosialarbeider fortalte at angstproblemer og en vanskelig økonomisk situasjon ga byråkratiske dokumenter en ytterligere emosjonell ladning som var vanskelig for ungdommene å håndtere. Tillitsproblematikk påvirket også forholdet ungdommene hadde til kommunikasjonen med byråkratiet.

Papen og Thériault (2016) har i sin studie vist hvordan ungdommer kunne få hjelp til å øke sin byråkratiske kompetanse og dermed jevne ut maktfordelingen mellom partene i interaksjonen med det offentlige. Ungdommene i denne studien fikk hjelp fra ungdomsarbeidere med ikke bare å oversette innholdet i

tekstene, men med å faktisk håndtere og takle innholdet. Dette gjorde de i aktiviteter der de reflekterte over de følelsene som oppstår i møtet med det offentlige, for eksempel hva det er som gjør at tekster kan oppleves vanskelige eller skremmende, og gjennom i fellesskap å jobbe frem strategier for å håndtere frustrasjonen som oppstår når de mottar denne typen tekster. Studien viste hvordan ungdommene kom over de negative følelsene de hadde i situasjoner som krever byråkratisk kompetanse. Ved å arbeide sammen på denne måten økte ungdommenes følelse av trygghet, og de ble i stand til å håndtere møtet med offentlige etater på en mer informert og myndiggjort måte. Å få slik bistand muliggjør altså myndiggjøring hos sårbare brukere.

I sin rapport fra en studie av innbyggere i ulike faser av livet fant Korsgaard & Ludvigsen (2019) at manglende kjennskap til forvaltningen og regelverk (altså byråkratisk kompetanse) var et større hinder for digital deltakelse enn manglende digital kompetanse. Båtevik et al. (2017) har sett på arbeidsinnvandreres kjennskap til norske tjenester og finner at brukerne hadde høyere byråkratisk kompetanse på tjenester de brukte ofte enn på mer flyktige. Man kan altså forvente at personer som kommer i kontakt med NAV for første gang, har lavere byråkratisk kompetanse enn personer som har vært i kontakt med NAV over lengre tid. For innvandrere og flyktinger kommer også kjennskap til det norske velferdssamfunnet, hvordan det praktiseres og hvilke formelle og uformelle regler som gjelder, i tillegg til mer etat-spesifikk kunnskap.

Byråkratisk kompetanse i møtet med velferdstjenestene innebærer å besitte en oversikt over tjenestetilbudet som er relevant for egen situasjon, og samtidig ha selvtillit til å tro at man kan møte og mestre systemet. Dette inkluderer kjennskap til NAV-systemet, hvilke ytelser som er tilgjengelige og hvilke man har krav på i ulike situasjoner. Det inkluderer kjennskap til lovverk, rettigheter og plikter, men også hvilke offentlige etater som gjør hva, og hvordan de samhandler. For eksempel gjelder dette kunnskap om at man trenger dokumenter fra fastlegen eller andre behandlingsinstitusjoner for å kunne dokumentere ulike forhold som utløser krav til stønad. Det omfatter også kunnskap om organisasjonen, eller NAV i dette tilfellet, som kjennskap til hvor man skal henvende seg for ulike typer spørsmål. I tillegg kommer evne til å orientere seg i den digitale løsningen, finne relevant informasjon og sortere ut det gjelder for egen situasjon, fylle ut nettskjema og forstå hvilken informasjon og vedlegg som kreves for den situasjonen man står i.

Som beskrevet innledningsvis i dette kapittelet er ikke nivået av lese- og skrivekyndighet på ett område, nødvendigvis overførbart til et annet. Coiro (2003) hevder at dette særlig gjelder ved innføring av nye digitale løsninger. Innføring av ny teknologi utvider den tradisjonelle definisjonen av lese- og skrivekyndighet til også omfatte å lære, forstå og interagere med teknologi på en meningsfylt måte (Coiro 2003; Berkman et al. 2010). Ny teknologi introduserer nye formater, nye formål med lesingen og nye måter å interagere med informasjon på som kan virke forvirrende og overveldende for brukeren. Dunn og Hazzard (2019) hevder for eksempel at digital helsekompetanse er en utvidelse av den tradisjonelle måten å tenke helsekompetanse på, hvor teknologien kan være både en barriere og en måte å fremme helsekompetanse på. Teknologien har potensial til å øke tilgang på informasjon og å formidle informasjonen på en mer engasjerende, oppdatert og individualisert måte. Teknologi kan også forbedre kommunikasjon mellom pasient/bruker og tjenesteyter. Forfatterne finner imidlertid at dagens teknologi, for eksempel de utbredte helseportalene, ikke er utformet på en måte som bidrar til å styrke brukernes helsekompetanse.

1.5 Myndiggjøring gjennom digital teknologi?

Myndiggjøring kan forstås som en prosess som skal gi folk større kontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker egen helse eller livssituasjon. Myndiggjøring er også et relasjonelt begrep, ved at en myndiggjøringsprosess skal utjevne maktforholdet mellom en bruker og den offentlige tjenesteyteren.

Begrepet er som nevnt innledningsvis, en oversettelse av det engelske begrepet *empowerment* som innebærer å ta kontroll og få makt over sin egen situasjon. Myndiggjøringsbegrepet er tett knyttet til digitalisering av helse- og velferdstjenestene som fagområde. Både innen teknologifag (Schneider et al. 2018; De Rosa 2017) og helseforskning (Burr & Morley 2019) forventes det at brukernes selvbetjening ved hjelp av digital teknologi bidrar til myndiggjøring (Calvillo 2013).

Starkey (2003) beskriver to retninger i hvordan myndiggjøringsbegrepet anvendes av ulike fagfelt: Forbrukerperspektivet og frigjøringsperspektivet. I forbrukerperspektivet handler myndiggjøring om å gi innbyggerne valg mellom profesjonelle tjenester, mens i frigjøringsperspektivet handler myndiggjøring om å gi innbyggerne mer makt i møte med det offentlige (Starkey 2003). Mäkinen (2006) beskriver fordelene med digital myndiggjøring i et maktperspektiv, som at digital teknologi gir borgerne nye evner og muligheter til å delta og uttrykke seg selv og sine behov. Men digitalisering av offentlig tjenester tar ofte et forbrukerperspektiv som forutsetter at brukeren har god oversikt over egne behov og ønsker (Staes & Thijs, 2008).

Calvillo et al. (2013) beskriver fordelene med å bruke digital teknologi i pasientens egen administrering av helsesituasjonen i et forbrukerperspektiv: Økt tilgang på informasjon og kunnskap for å forstå sin egen situasjon, til å gjøre informerte valg, men også gjennom å forbedre kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell og tilby gode løsninger for å utvikle gode helsevaner og håndtere kroniske tilstander. Digitale løsninger kan også gi pasienten økt kontroll over egen situasjon (Calvillo et al. 2013). Calvillo et al. hevder at det er involvering fra brukerne som gjør at teknologien kan bidra i en myndiggjøringsprosess. Myndiggjøring gjennom digitalisering forventes å gi mottakeren kontroll, autonomi og selvbevissthet rundt egne valg, og å sette brukerne i stand til å ta vare på sine egne interesser (Morley & Floridi 2020). På helsefeltet er myndiggjøring-tankegangen svært utbredt som metode for å involvere pasienten i større grad i sin egen helse (Chiauszi et al. 2016).

WHO definerer myndiggjøring på helsefeltet som “en prosess som gir folk større kontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker deres helse” (WHO 1998). Denne prosessen bygger på fire elementer: 1) pasientens egen forståelse av sin egen rolle, 2) at pasienten får tilegnet seg tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne involvere seg med helsepersonell, 3) pasientens evner og 4) at tilretteleggende omgivelser er til stede. Elektroniske pasientportaler er eksempelvis en slik digital teknologi hvor pasienten får økt tilgang på informasjon som igjen øker rommet for myndiggjøring hos den enkelte (Angelmar & Berman 2007). Helseportalene inneholder tilgang til testresultater, påfyll av resepter, tilgang på informasjon i form av referat av konsultasjoner og informasjon og påminnere om fremtidige avtaler samt meldingstjenester for sikker kommunikasjon mellom pasient og behandler, og er ment å hjelpe pasienten med å administrere egen sykdom. På den måten ligner de også velferdsportalene i stor grad.

Brukerne i NAV er også forventet å få større makt og kontroll over egen sak gjennom å utføre oppgavene selv (NAV 2019). Hansen et al. (2016) sin studie av brukernes erfaring med NAV viste imidlertid at mange brukere trenger bistand i overgangen til selvbetjeningsløsninger. Det er også stor forskjell mellom grupper i hvor ofte de bruker selvbetjeningsløsningene. Mens mer ressurssterke brukere ønsket å bruke løsningene til å finne informasjon i forkant av møte med saksbehandler, hadde personer med komplekse utfordringer og redusert psykisk helse større problemer med å ta i bruk løsningene. Dette tyder også på at det kan være et skille mellom sårbare grupper og befolkningen for øvrig når det gjelder hvorvidt digitale velferdstjenester faktisk kan bidra til å styrke brukeren i møte med NAV, eller i sin egen livssituasjon – eller det motsatte er tilfellet.

Det er svært få studier i den internasjonale forskningslitteraturen som ser på om velferdsportaler kan bidra til myndiggjøring for brukerne. Samtidig har sårbare grupper med behov for velferdstjenester ofte helseproblemer eller sosiale utfordringer, som gjør at de kan oppleve mange av de samme utfordringene som beskrevet i litteraturen om pasientjournaler og pasientportaler i møte med velferdsportalene. Det er derfor nyttig på hva forskningen sier om hvordan helseportaler og elektroniske pasientjournaler bidrar til myndiggjøring.

En studie av pasienter med kroniske lidelser viste at opplevelsen av myndiggjøring gjennom digitale portaler avhang av positiv pasient-tjenesteyterrelasjon, kunnskap og opplevelsen av å ha kontroll over portalen og informasjonen pasientene fikk tilgang til (Chiauzzi et al. 2016). Hill et al. (2015) finner at digital teknologi fører til en opplevelse av myndiggjøring så lenge brukerne har tilstrekkelig digital kompetanse. Uten slik kompetanse kan digitale løsninger i stedet gi en avmaktfølelse. Andre påpeker at vellykket myndiggjøring gjennom digital teknologi avhenger av at teknologien klarer å fjerne barrierer til brukerens engasjement i sin egen sak. Burr og Morley (2019) ser på om digital teknologi klarer å redusere barrierer som følge av psykisk sykdom. Noen typer psykisk sykdom reduserer pasientens evne til å ta avgjørelser, noe som også påvirker deres evne til å ta i bruk digitale verktøy. Disse forholdene påvirker også hvordan den enkelte forholder seg til informasjon og hvilke muligheter for handling som oppstår mellom brukeren og omgivelsene (Burr & Morley 2019).

Morley og Floridi (2020) problematiserer det de beskriver som en ukritisk bruk av myndiggjøring-begrepet og viser til at det finnes svært lite forskning på de forutsetningene digital myndiggjøring bygger på. Dette har ført til en forenklet og overdrevet tro på hvordan digital teknologi skal bidra til myndiggjøring, uten tanke for individuell helse, omstendigheter, adferd og digital kompetanse. Morley og Floridi hevder at myndiggjøringsnarrativet hviler på falske forutsetninger om at digitale data, når de blir omsatt til informasjon hos den enkelte, vil føre til godt begrunnede og fornuftige avgjørelser. Denne forutsetningen overser den komplekse konteksten som påvirker et individ eller en gruppes evne til å tolke og handle ut fra den informasjonen de får tilgang på. De foreslår at digital teknologi i stedet bør ses på som et mer fleksibelt mellomledd mellom pasient og behandler som er tilpasset situasjonen til den enkelte. Dette vil kunne gi en mulighet til å finne en balanse mellom det å være pasient og det å være selvhjulpne agent i sitt eget liv (Burr & Morley 2020).

Mens deler av litteraturen trekker frem de mulig positive sidene av å benytte teknologi for å involvere brukerne eller pasientene mer i sin egen situasjon, ser vi at andre studier stiller spørsmål om hvorvidt det er grunnlag for å si at dette gjelder for alle grupper. Maktperspektivet i myndiggjøringsbegrepet underspilles til fordel for forbrukerperspektivet, hvor brukerne er i stand til å gjøre informerte valg til beste for egen situasjon. Samtidig ser vi av de videre kapitlene i denne rapporten at kravene til kompetanse og den ekstra byrden egenadministrering utgjør for brukere og pasienter som allerede har en krevende situasjon, gir grunnlag for å stille spørsmål om forbrukerperspektivet er dekkende for hvilke forventninger vi kan ha til sårbare gruppers digitale involvering og administrasjon av egen situasjon. I prosjektet ønsker vi å utforske hvorvidt digitale selvbetjeningsløsninger kan bidra til myndiggjøring for sårbare brukere.

1.6 Behov for bistand

Selv om digital teknologi er forventet å gi flere muligheter til å nå ut og få et større sosialt nettverk, er det flere studier som viser det motsatte – at tilgangen på sosial støtte i hverdagen er viktig for å være digitalt inkludert. Selv om det er lite omtalt i styringsdokumenter for digitalisering av offentlig sektor eller i den offentlige diskursen, har tilgangen på sosiale støttenettverk vært trukket frem som et viktig aspekt av de digitale skillelinjene og digitalt utenforskap i litteraturen siden starten (DiMaggio & Hargittai 2001).

Mellomledd, som for eksempel møtesteder som tilbyr digital bistand og opplæring, er av stor betydning for at ikke-digitale skal bli kompetente til å delta digitalt (Park 2014).

Det er ikke bare selve tilgang på bistand, men også kvaliteten på denne bistanden som har betydning for digital inkludering (Helsper og van Deursen 2017). Hvilke sosiale nettverk man har utenfor nettet (offline), påvirker mulighetene den enkelte bruker har for å få for bistand eller veiledning i å bruke digitale løsninger. Dette kan føre til mer digital ulikhet mellom de som har tilgang på ressurssterke, fysiske nettverk, og de som ikke har det (Courtois & Verdegem 2016). Salemink (2016) hevder at å utelukkende fokusere på digital tilgang og kompetanse hos den enkelte innebærer at vi individualiserer ansvaret for digital ulikhet. Hun viser til hvordan marginaliserte grupper kan bryte den onde sirkelen nettopp ved hjelp av nettverk og bistand. Salemink tar utgangspunkt i Bourdieus konsept om sosiale arenaer for sosial interaksjon og utvikling. Disse arenaene tilbyr ulike ressurser i form av sosiale nettverk som individet kan benytte. Den kulturelle arenaen tilbyr identitetsmarkører, normer, verdier og tradisjoner som påvirker tilgangen til og bruken av digitale løsninger. I tillegg spiller økonomiske og personlige ressurser inn. Salemink hevder at digital inkludering er forankret i slike offline forhold, og mener at analyser av digitalt utenforskap og innenforskap må være forankret i de sosiale forholdene brukeren står i utenfor den digitale sfæren.

Behovet for bistand for å bruke digitale helse- og velferdstjenester er dokumentert. En studie fra USA anslår at nærmere 46 prosent av de som benyttet en sikker meldingstjeneste i en helseportal, fikk bistand til å skrive meldinger til fastlegen. Personer som fikk bistand til å skrive meldingene, var oftere eldre, hadde svakere engelskferdigheter, lavere helsekompetanse og flere diagnoser enn de som ikke fikk bistand (Semere et al. 2019). Hansen et al. (2016) viser hvordan NAV-ansatte brukte mye tid og innsats på å bistå brukere i overgangen til digitale tjenester. Forvaltningslovens §11 slår fast at forvaltningen har alminnelig veiledningsplikt innenfor sine saksområder. Sivilombudsmannen peker på det som et generelt prinsipp at NAV skal yte tjenester som er tilpasset den enkelte bruker, og at NAV har veiledningsplikt for brukere med særskilte kommunikasjonsbehov. NAV må sikre at alle brukerne får likeverdige tjenester også i digitaliseringsprosessen. Det er naturlig at denne veiledningsplikten også omfatter digitale tjenester³. Videre spesifiserer Digitaliseringsrundskrivet at "Brukere skal få hjelp og veiledning til å benytte virksomhetens digitale tjenester, for eksempel gjennom veiledning på nett, digital dialog, direkte kontakt, eller med betjening ved personlig fremmøte" (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2021).

Det er ikke alltid brukere kan få hjelp til å bruke digitale løsninger direkte fra tjenestetilbyderen (for eksempel direkte fra NAV). Det er imidlertid flere andre aktører som yter bistand i bruk av digitale verktøy og tjenester til pasienter, brukere og besøkende, og i dette prosjektet valgte vi ut følgende grupper: Ansatte på bibliotek/kommunale servicetorg, sosionomer i offentlige og private helse- og velferdstjenester, ansatte i kommunale tjenester for flyktninger og innvandrere samt pårørende. I tillegg er det mange frivillige organisasjoner og firma som tilbyr veiledning i bruk av digitale tjenester, men disse er ikke inkludert i dette prosjektet.

Bibliotekene/kommunale servicetorg: Bibliotekene spiller en stadig større rolle i å sikre digital tilgang for hele befolkningen (Gómez-Hernández et al. 2017). I Norge er alle kommuner lovpålagt å ha et folkebibliotek. I bibliotekloven heter det at "Folkebibliotekene skal ha til oppgave å fremme opplysning, utdanning og annen kulturell virksomhet, gjennom aktiv formidling og ved å stille bøker og andre medier

³ <https://www.sivilombudsmannen.no/uttalelser/navs-veiledningsplikt-overfor-brukere-med-saerskilte-kommunikasjonsbehov/>

gratis til disposisjon for alle som bor i landet"⁴. Regjeringens bibliotekstrategi fremhever folkebibliotekenes "rolle og innsats for å gi innbyggere med lav digital kompetanse veiledning og opplæring innen grunnleggende digitale ferdigheter" (Kultur- og likestillingsdepartementet 2019). I strategien heter det også at bibliotekstrategien "bør sees i sammenheng med regjeringens strategi for digitalisering av offentlig sektor, der bibliotekenes bidrag for å løfte den digitale kompetansen i befolkningen er fremhevet."

Som nevnt innledningsvis, er det mange brukere som strever med å bruke digitale tjenester fra stat og kommune. I Digital agenda fremhever regjeringen at alle kommuner bør ha et digitalt veiledningstilbud til befolkningen. Det anbefales ikke at det etableres nye tjenester, men at det i stedet satses på eksisterende servicekontorer og at "folkebiblioteket kan spille en sentral rolle i et slikt utvidet publikumstilbud i kommunen". Det heter videre at biblioteket er "et etablert og gratis lavterskeltilbud med godt omdømme og god faglig kvalitet" (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016). Som følge av dette inngikk Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2019 en samarbeidsavtale med KS om etablering av DigiHjelpen som har som mål å øke innbyggernes digitale kompetanse. Ifølge avtalen skal samarbeidet legge forholdene til rette for at kommunene skal kunne utvikle et tilbud, gjennom folkebibliotek, servicetorg eller andre kommunale etater (Kommunal- og moderniseringsdepartementet og KS 2020).

Mange folkebibliotek tilbyr nå digital veiledning. I 2015 oppga SSB at omtrent åtte prosent av de besøkende hadde fått veiledning av personalet i bruk av data og internett, for eksempel hjelp til å fylle ut internettskjema og liknende. Etter hvert som de offentlige tjenestene digitaliseres, viskes også skillet mellom teknologien og tjenesten mer og mer ut. Media formidler flere anekdoter om at enkeltpersoner ber bibliotekansatte om hjelp ikke bare til digitale utfordringer, men også til mer sensitive oppgaver som for eksempel å fylle ut skjema og søknader til NAV^{5,6}. Læringssenteret ved Trondheim Folkebibliotek har registrert flere tilfeller hvor bibliotekansatte opplever situasjonen som problematisk. I noen av tilfellene oppgir innbyggere at de har blitt oppfordret av NAV til å søke hjelp hos biblioteket.^{7,8}

Sosionomer og miljøarbeidere i offentlige og private helse- og velferdstjenester: Sosionomene som yrkesgruppe gir bistand til sårbare grupper og jobber i tett samarbeid med den enkelte for å bedre deres livsvilkår. Personer med behov for sosionomtjenester er også vanligvis avhengig av bistand fra NAV. Det jobber sosionomer i helse- og velferdstjenestene, både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, men også i familievern, flyktning- og innvandrertjenester og i frivillige organisasjoner. En viktig del av sosionomenes kompetanse er kunnskap om og oversikt over helse- og velferdstjenestene, inkludert rettigheter og forvaltning. Denne faggruppen besitter derfor sentral kompetanse om NAV for sårbare grupper som har behov for inntektssikring eller veiledning og rådgivning i praktiske og personlige utfordringer, og kan sette dem i kontakt med relevante instanser i hjelpeapparatet. Sosionomer som yrkesgruppe er derfor en sentral del av de som yter bistand til de sårbare gruppene, men det eksisterer

⁴ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1985-12-20-108#KAPITTEL_1

⁵ https://www.nrk.no/trondelag/digitalt-utenforskap_-trondheim-folkebibliotek-far-besok-av-mange-som-ma-ha-digital-hjelp-1.14867696

⁶ <https://fagpressenytt.no/artikkel/folkebibliotek-folk-flest>

⁷ Læringssenterets interne registreringer av henvendelser fra innbyggerne

⁸ <https://fagpressenytt.no/artikkel/folkebibliotek-folk-flest>

svært lite, om noen, kunnskap om denne gruppens omfang av eller erfaring med å bistå i digitale velferdstjenester.

Pårørende: Pårørende og familie gir ofte bistand i internettbruk og digitale løsninger (Korsgaard & Ludvigsen 2019) og er en sentral del av støtteapparatet til sårbare grupper (Sarkar & Bates 2014). Informanter fra sårbare grupper med kroniske lidelser oppgir også at pårørende er viktige for å få tilgang på helseteknologi og kan fungere som online-delegater for pasientene (Mayberry et al. 2011). Mange pasienter ønsker muligheten til å dele informasjon fra sin pasientportal med noen i familien, men kan oppleve at personvernlovgiving hindrer at andre får tilgang, og dermed hindres de også i å få bistand i bruk av digitale løsninger (Sarkar & Bates 2014).

Det er disse aktørgruppene som har vært informanter i dette prosjektet. Et spørreskjema ble sendt til aktuelle informanter fra alle gruppene over hele landet, mens vi rekrutterte informanter til intervjuene fra de to første gruppene fra én landsdel – det vil si at pårørende ikke deltok i intervju. Vi mottok få svar fra pårørende på spørreskjemaet, og de er ikke inkludert i resultatene i denne rapporten.

2 Metode og data

Datainnsamlingen i denne delen av prosjektet består av en litteraturgjennomgang, kvalitative forskningsintervju (dybdeintervju og gruppeintervju) og en spørreundersøkelse. Metodetriangulering innebærer bruk av ulike metoder for å belyse et fenomen fra flere sider. En slik tilnærming kan både kompensere for svakheter ved enkeltmetoder og gi en mer helhetlig forståelse av det som studeres. Brukt riktig styrker en slik metodisk tilnærming validiteten til studien, det vil si i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger basert på de resultatene som foreligger.

2.1 Litteraturgjennomgang: scoping review-metodikk

Vi gjennomførte en litteraturgjennomgang av tidligere forskning på barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger innen helse og velferd. Litteraturgjennomgangen fulgte en scoping review-metodikk. En scoping review er særlig egnet som metode for litteraturgjennomganger innen forskningsfelt der studiene kan forventes å være heterogene i både tema, faglighet, studiedesign og kvalitet. Fremgangsmåten fungerer godt i tilfeller hvor det er nødvendig å være eksplorerende og åpen for nye problemstillinger underveis i alle faser av prosessen (Arksey & O'Malley 2005). I tidligere litteraturgjennomganger (Sand et al. 2020, Melby et al. 2019) har vi sett at litteraturen på feltet digitalisering innen helse og velferd er tverrfaglig og kombinerer ulike samfunnsvitenskapelige fag, helse- og sosialfag og medisin med teknologiske fag. Studiene kan derfor også være ulike i design.

Litteraturgjennomgangen omfattet både kvalitativ og kvantitativ forskning publisert på engelsk eller norsk fra 2010–2020. Vi benyttet databasene PubMed, PsycINFO, ISI Web of science (ISI) og IEEE Xplore, og foretok i tillegg håndøk i utvalgte tidsskrift. Søkeordene var innenfor fire kategorier som ble koblet sammen, det vil si at publikasjonene måtte inneholde minst ett ord fra hver av de fire: 1) ord for å identifisere forskning om sårbare grupper (som *underserved, sensitive, vulnerable*), 2) ord som representerer teknologien (som *web, online, computer, tablet*), 3) ord for settingen (som *health, welfare, social*) og 4) ord for den typen resultater vi var ute etter å finne (som *barriers, drivers, usability, digital competence, digital skills*). De endelige kombinasjonene av ord ble tilpasset de ulike databasene.

Titler, sammendrag og fulltekstversjoner av de identifiserte publikasjonene ble screenet i det nettbaserte review-verktøyet Covidence og referanseprogrammet EndNote. Alle beslutninger i screeningprosessen ble gjort av to eller tre forskere. Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble benyttet for å velge ut hvilke artikler som skulle inngå i klitteraturgjennomgangen:

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tema: Studier av barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger	Tema: Studier som utelukkende ser på demografiske forskjeller i bruk av digitale selvhjelps løsninger, det vil si digitale skillelinjer (se kap. 1.4)
Populasjon: Studier som inkluderer 1) sårbare grupper, definert som: <ul style="list-style-type: none">- Pasienter- Personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus	Populasjon: Studier som inkluderer 1) følgende grupper: <ul style="list-style-type: none">- Generell befolkning- Eldre uten at det er spesifisert noe om helseutfordringer

<ul style="list-style-type: none"> - Personer med utfordringer som manglende bosted, eller å ikke ha tilknytning til verken arbeid eller utdanning - Personer med kroniske lidelser - Personer med muskel-/skjelettplager - Eldre med helseproblemer - Innvandrere med kort botid i et nytt land <p>2) Studiedeltakere ≥ 15 år</p> <p>3) Studier fra USA, Canada, Vest-Europa, Australia, New Zealand</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kun deltakere som er fagpersoner (for eksempel ansatte i helse- og velferdstjenester eller softwareutviklere; for å bli inkludert må studien inkludere sluttbrukere) <p>2) Studiedeltakere ≤ 15 år</p> <p>3) Studier fra Asia, Afrika, Mellom-Amerika og Sør-Amerika</p>
<p>Teknologi: Studier som omhandler barrierer ved å ta i bruk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hardware: skjerm, mus, tastatur, nettbrett, smarttelefoner og datamaskin - Software: digitale selvbetjeningsløsninger 	<p>Teknologi: Studier som omhandler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypotetisk teknologi, det vil si digitale løsninger som ennå ikke er utviklet - Sensorteknologi, wearables, virtuell virkelighet (VR) eller kunstig intelligens
<p>Type studier/design:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Originalstudier - Empiriske studier - Brukerfokus - Evaluering av teknologi som er ferdig utviklet - Alle typer design - Publisert mellom 2009 og 2020 	<p>Type studier/design</p> <ul style="list-style-type: none"> - Review-artikler - Konferanse-papers og abstracts - Policy-dokumenter - Lederartikler, kommentarer, diskusjoner - Publisert før 2009

Det endelige utvalget av publikasjoner ble systematisert i en analysetabell som gir en oversikt over følgende data: publikasjonens referanse, felt (helse eller velferd), studiepopulasjon, land, hvilken type teknologi som ble studert, studiedesign, mål/forskningsspørsmål og de resultatene som var relevant for problemstillingen (Vedlegg 1). Med utgangspunkt i denne tabellen gjorde vi kvalitative oppsummeringer av resultatene som omhandler barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger.

2.2 Intervju med tjenesteytere

Kvalitative forskningsintervju er en anerkjent metode hvor hensikten er å få tak i gode og dype beskrivelser av personers opplevde livsverden, erfaringer og kunnskap. Dette er en metode godt egnet for eksplorerende forskning der det i utgangspunktet ikke eksisterer så mye kunnskap, slik som tematikken for denne studien. For å få kjennskap til informantenes perspektiver og erfaringer hadde vi en viss grad av struktur på intervjuet ved å ha relative åpne spørsmål, men med fokus på spesifikke situasjoner og handlingssekvenser. Semistrukturerte intervjuer er fordelaktig både til individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og den største styrken til denne strukturen er dens fleksibilitet til å følge informantenes besvarelser.

Det ble utviklet en intervjuguide på forhånd, og denne ble justert underveis i intervjuperioden ettersom de overordnede tematiske kategoriene digital sårbarhet, myndiggjøring og bistand fikk stadig mer nyansert innhold. I et tradisjonelt gruppeintervju setter intervjueren fokus og bærer samtalen videre ved hjelp av en intervjuguide. Her er dialogen i stor grad mellom forskeren og de ulike deltakerne. Gjennom interaksjon

mellom forsker og deltakere fikk vi i gruppeintervjuene meningsutvekslinger som ga videre refleksjon blant deltakerne. Vi fikk dermed tilgang på rikere informasjon enn hva som ville kommet frem i individuelle intervjuer.

Før valg av informanter til intervju, samt som støtte til utvikling av intervjuguide, ble det også gjennomført en del mer uformelle bakgrunnsamtaler. Disse samtalene gjennomførte vi med personer i lederposisjoner i offentlige, frivillige og private helse- og velferdstjenester i eget nettverk fra tidligere tilgrensende prosjekter og samarbeid.

I prosjektet ble det gjennomført ni intervju (åtte gruppeintervju og ett individuelt) med til sammen 30 informanter. Vi intervjuet tjenesteytere som har gitt bistand i bruk av nav.no og NAV generelt, til brukere innen ulike sårbare grupper: personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, personer med redusert fysisk og kognitiv funksjon og innvandrere. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai-desember 2020. Av gruppeintervjuene ble det gjennomført flest med sosionomer fra ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten (fire intervju, 17 informanter). Intervjuene ble gjort på Teams på grunn av restriksjoner for fysiske møter i forbindelse med covid-19-pandemien.

Tabell 2 Informanter i intervju

Intervju nr.		Antall informanter
1	Bibliotek	2
2	Lavterskeltilbud rus og psykisk helse	5
3	Sosionomavdeling i spesialisthelsetjenesten	5
4	Kommunal tjeneste for flykninger	2
5	Sosionomavdeling i spesialisthelsetjenesten	3
6	Sosionomavdeling i spesialisthelsetjenesten	3
7	Sosionomavdelinger i spesialisthelsetjenesten	6
8	Psykiatrisk avdeling	1
9	Lavterskeltilbud rus og psykisk helse	3
Totalt antall informanter		30

Intervjuanalysene er basert på opptak, transkripsjoner og notater. Vi har vi benyttet tematisk analyse for å tolke og analysere datamaterialet. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere tema og mønster i datamaterialet (Braun & Clarke 2006). Tematisk analyse gir en stor grad av metodisk fleksibilitet som gir god innsikt i et rikt datamateriale (Clarke et al. 2015). Analysen er preget av en abduktiv tilnærming som representerer en kontinuerlig prosess hvor en benytter både analyse fra data

og inspirasjon fra teori samtidig som en utvikler nye perspektiver underveis fra analysen, det vil si en blanding mellom en induktiv og en deduktiv analysetilnærming.

Den gjennomførte analysen tar utgangspunkt i retningslinjene som omfatter seks rekursive faser, som betyr at en kan bevege seg frem og tilbake mellom de seks fasene: 1) familiarisering (bli bedre kjent med dataene), 2) utvikle koder, 3) søke etter temaer, 4) gjennomgang av temaer, 5) definere og navngi temaene (hovedfunn) og til slutt 6) redegjøre for temaene skriftlig. Fase 1 og 2 legger selve grunnlaget for analysearbeidet. Et grundig arbeid i disse fasene har betydning for hvor gode og empirinære temaene blir. Et tema innehar informasjon som er viktig relatert til forskningsspørsmålene. Fase 3 til 6 er selve kjernen i analysearbeidet hvor en beveger seg fra koding til utvikling av tema basert på kodene. Etter en gjennomgang av alle kodene begynner dannelsen og struktureringen av tema hvor målet er å skape en plausibel og sammenhengende tematisk kartlegging av datamaterialet. Temaer anses som meningsfulle grupperinger av koder. En analyse av tematiske likheter ble gjennomført før en til slutt satt igjen med noen tema som hovedfunn. Hovedtemaene skal ha en meningsfylt rød tråd og være i relasjon til hverandre, men ha indre konsistens og på samme tid skille seg tematisk fra de andre tematiske gruppene. Den endelige tematiske analysen er klar når temaene er tydelig definert og navngitt (Braun & Clarke 2006).

Det krever en systematikk i kjernearbeidet i en analyse hvor hensikten er å redusere tekstmengder til koder samt heve kodene til tema. Intervjutranskripsjonene er det viktigste datamaterialet. Disse ble gjennomgått grundig med den hensikt å utvikle koder. To forskere arbeidet sammen for å trekke ut de meningsenheter som hadde relevant innhold. Søken etter tema resulterte i at koder som samsvarte og var nærliggende hverandre ble samlet. I fase 3 av analysen gikk en da fra å samle koder til tema. Gjennomgang av tema og vurdering av dets innhold er essensen i fase 4 og 5. I resultatdelen presenteres tema med illustrerende sitat. Hver informant har ikke en egen ID-markering i denne rapporten; sitatene er kun merket med en ID pr. intervju, jf. tabell 2 over (sitat i resultatdelen som ikke har angitt en ID, er hentet fra fritekstsvaret i spørreskjemaet).

2.3 Spørreundersøkelse blant tjenesteytere og pårørende

Utvikling av innholdet i spørreundersøkelsen: For å få mer informasjon om hvilke utfordringer sårbare brukere har i møte med digitale løsninger fra NAV, ble det utviklet spørsmål med utgangspunkt i forhold som er beskrevet i litteraturen, i bakgrunnsamtalene vi gjennomførte med personer i lederposisjoner i offentlige, frivillige og private helse- og velferdstjenester og i de første intervjuene med tjenesteyterne. Tematikken for denne studien er lite forsket på, og det eksisterer få om noen, validerte indekser vi kunne bruke. Det ble gjort en grundig jobb med utviklingen av gode og tydelige spørsmål. Flere forskere var involvert, og det ble tatt utsjekk med andre forskere som hadde litt mer avstand til tematikken med jevne mellomrom for å sjekke om spørsmålene fanget opp det vi ønsket og var forståelige. Spørreskjemaet ble pilottestet av personer med relevant faglig bakgrunn (som sosionom og bibliotek) og med erfaring som pårørende.

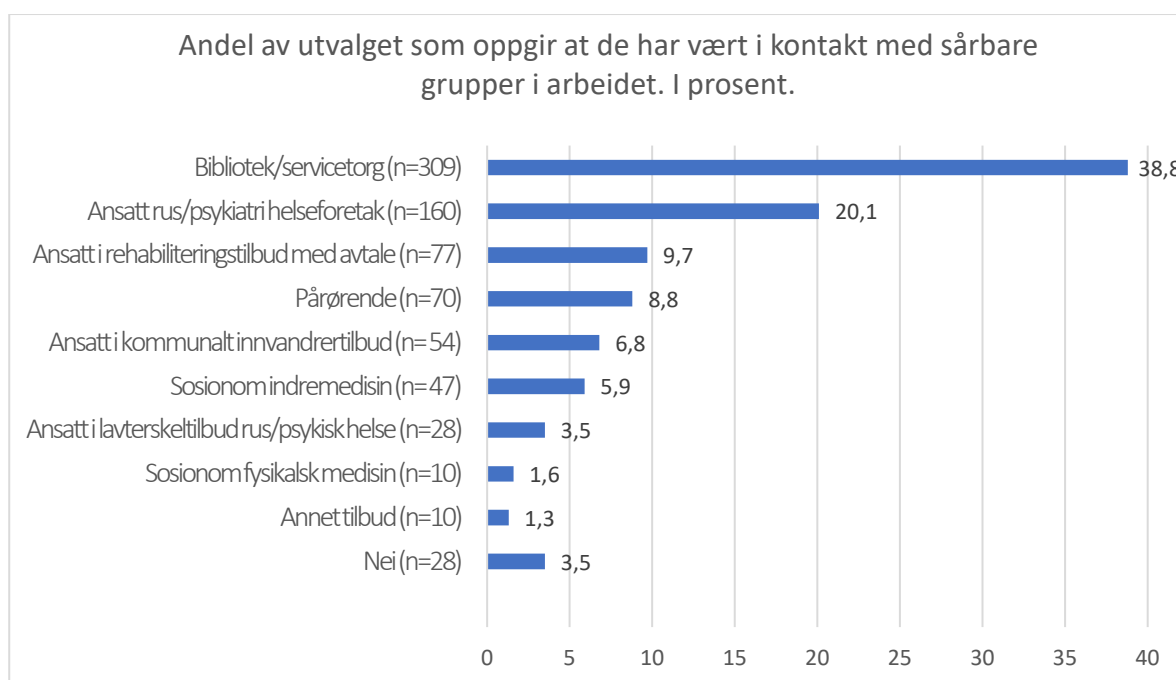
Respondentene ble spurt om å ta stilling til ulike typer spørsmålsformuleringer, *ja/nei* og om å vurdere påstander ved å svare i hvilken grad de var enig/uenig, hvor viktig eller uviktig noe er, vurdering av frekvens og gitt anledning til å fylle ut åpne svarfelt. Der hvor det var hensiktsmessig, ble svaralternativet *vet ikke/ikke relevant* lagt til. Spørreskjemaet tok 20–30 minutter å besvare.

Rekruttering av deltakere og utsendelse av spørreundersøkelsen: I denne studien ble rekruttering av respondenter gjort ved å sende en henvendelse til ledere for de relevante aktørene vi ønsket å rekruttere. Ledere mottok en e-post med informasjon om studien og forespørsel om deltagelse ved å få tilsendt e-

postadresser til ansatte som hadde relevant bakgrunn eller erfaring med å gi bistand. Relevante deltakere i denne studien er ansatte ved bibliotek, ansatte i private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med helseforetak, ansatte i lavterskeltilbud rus og psykisk helse, sosionomtjenester ved sykehus/helseforetak, kommunale ansatte som jobber med innvandrertilbud og pårørende.

Vi samlet inn og distribuerte spørreskjemaet til 2656 e-postadresser. Av disse e-postadressene er 308 e-poster fra sykehus/helseforetak, 952 fra bibliotek, 1328 fra rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med helseforetakene og 68 fra lavterskeltilbud for rus og psykisk helse. To bibliotek, ett sykehus og fire rehabiliteringsvirksomheter ønsket heller å distribuere spørreskjemaet selv ved å dele en lenke. For å nå ut til pårørende og flyktningearbeidere ble informasjon om studien delt på en lukket Facebook-gruppe med lenke til en nettside laget av SINTEF som igjen hadde en lenke til og informasjon om undersøkelsen. På grunn av ulik deling og tilgang på spørreskjemaet kan vi ikke si noe om svarprosenten for denne studien. Det ble vurdert som mer hensiktsmessig for studien å nå de ulike respondentgruppene. Det ble sendt flere purringer.

Respondenter i spørreundersøkelsen: Vi mottok svar fra 793 respondenter.



Figur 2: Respondentkategorier i utvalget

Vi ser at den største andelen av respondenter er ansatt i bibliotek/servicetorg. De aller fleste av disse har oppgitt bibliotek som kategori. Deretter er det til sammen 182 personer i utvalget som er ansatt i rus/psykiatrisk avdeling eller lavterskeltilbud. 77 personer oppgir at de er ansatt i privat, kommunalt eller annet rehabiliteringstilbud som har avtale med helseforetak. Blant disse vil det være mange som er ansatt i rehabiliteringstilbud for rusavhengighet, men de kan også være ansatt i opptrening etter for eksempel indremedisinske tilstander som hjerte, hjerneslag og fysikalsk medisin. Vi har dessverre ingen informasjon om hvordan denne fordelingen er. Blant respondenter som har svart *annet*, har de fleste oppgitt at de jobber med arbeidsrettet rehabilitering, for eksempel i spesialisthelsetjenesten. Sykehussosionomer jobber enten på sosionomavdeling som leverer sosionomtjenester til alle avdelinger utenom rus og psykisk

helsevern, i avdeling for fysikalsk medisin eller annen sykehusavdeling. Pårørende utgjør 70 personer, mens 54 personer oppgir at de jobber i kommunale tilbud for innvandrere, så som, men ikke begrenset til, introduksjonsprogrammet. 28 personer som har svart nei på spørsmålet om de er i kontakt med sårbare grupper i arbeidet, de har blitt ført ut av undersøkelsen.

Respondentene i utvalget er fordelt over hele landet og fra alle fylkene. Det er flest respondenter fra Viken (n=179) og Innlandet (n=101), færrest fra Troms og Finnmark (n=32) og Nordland (n=25). Utvalget er ikke representativt fordelt med tanke på hvor det bor flest, Oslo med sine 87 respondenter er da underrepresentert. Videre fordeler respondentene i utvalget seg slik at Vestlandet har 75, Rogaland 71, Vestfold og Telemark 68, Trøndelag 48, Agder 37 og Møre og Romsdal 38 respondenter.

3 Resultater fra litteraturgjennomgangen

Litteraturgjennomgangen ble gjort for å adressere problemstillingen: *Hvilke barrierer eksisterer for at sårbare grupper skal kunne ta i bruk og nyttiggjøre seg digitale arbeids- og velferdstjenester fra NAV?*. Søket er gjort i internasjonal litteratur, så ingen av studiene handler direkte om NAV, men om andre typer selvbetjeningsløsninger som skal brukes av mennesker som har behov for ulike typer tjenester eller ytelser.

Det første litteratursøket ble gjennomført i desember 2019 og identifiserte 9401 aktuelle artikkeltitler, hvorav 1582 var duplikater som ble ekskludert innledningsvis. I screening av artiklenes titler og abstract ble ytterligere 7636 artikler ekskludert fordi de ikke adresserte tematikk, målsettinger, teknologier eller populasjoner som var innenfor vårt prosjekt. Da sto vi igjen med 183 artikler som ble lest i fulltekst før vurdering av inklusjon. Vi gjorde også et håndstøk som resulterte i ytterligere fire titler som ble en del av denne fulltekstgjennomgangen. Totalt 15 artikler fra det innledende søket og håndstøket ble inkludert i analysen. Ett år etter det innledende søket gjorde vi et tilleggssøk i databasen Web of Science. Dette resulterte i 902 artikler fra 2019 og 2020 hvis titler og abstract også ble screenet for inklusjon. Av disse ble 24 lest i fulltekst, og 10 inkludert i analysen. Et ytterligere tilleggssøk ble gjort i mars 2022. Dette resulterte i 2009 nye titler som ble screenet for inklusjon. Av disse ble 43 lest i fulltekst, og 17 inkludert. Totalt antall inkluderte artikler som bakgrunn for denne litteraturgjennomgangen er altså 42. Vi ser altså at antallet nye studier inkludert fra de siste årene er høyere enn for den lengre perioden i det innledende søket. Det kan tyde på at det forskes stadig mer på tematikken barrierer for å ta i bruk digitale løsninger, samt at det kom til ekstra mange studier på feltet i forbindelse med covid-19-pandemien.

I analysene av de inkluderte artiklene har vi fokusert på barrierene for å ta i bruk eller nyttiggjøre seg digitale løsninger. Det er viktig å legge til at litteraturgjennomgangen også viser at mange brukere som er involvert i studier, er fornøyd med digitale løsninger, de har utstyret som skal til for å bruke dem, de synes løsningene er lette å bruke, de ser fordeler med tanke på tilgjengelighet og kostnader, og de oppnår positive helseutfall (Allison et al. 2021, Arighi et al 2021, Bernaerdt et al. 2020, Bletscher 2020, Casillas et al. 2019, Darcourt et al. 2020, Floch et al. 2020, Gordon et al. 2020, Lea et al. 2022, Liu et al. 2020, Luo & White-Means 2021, Matthews et al 2022, Watson et al. 2021, Yim et al. 2021, Yu et al 2021).

Hele 28 av de inkluderte artiklene er fra USA, mens fire er fra Australia og fire fra Storbritannia. I tillegg er det én artikkel fra hhv. Belgia, Italia, Tyskland, Nederland og Finland mens den siste har samlet inn data i Belgia, Italia, Nederland, Portugal og Spania. Vi identifiserte mange flere studier innen helse enn innen velferd, noe som også har vært tilfellet i andre kunnskapsoppsummeringer om digitale tjenester (Melby et al. 2019; Sand et al. 2020). Noen av studiene omhandler én spesifikk digital løsning (som pasientportal eller en app) (n=19), andre omhandler digitale helse- eller velferdsløsninger generelt (som mHelse, eHelseaktiviteter, helseinformasjonsteknologi) (n=14), noen omhandler internett eller IKT generelt (n=8), mens én omhandler selve verktøyet (iPad). Ettersom så mange av studiene handler om helsetjenester, er naturlig nok informantene i de fleste studiene pasienter eller brukere av helsetjenester. I studiene innen velferd er det flere studier av personer som har sittet i fengsel, i tillegg til studier om ungdommer uten utdanning eller jobb; sosialt isolerte eldre som har vært hjemløse; flyktninger; mødre med lav sosioøkonomisk status, de fleste uten arbeid og med ikke-vestlig bakgrunn; og av beboere på eldreheim/omsorgsbolig.

Den tematiske analysen av resultatene i de inkluderte studiene resulterte i seks hovedkategorier av barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger: 1) lav digital kompetanse, 2) språk-/forståelsesbarrierer, 3) lav tillit til samfunnet og/eller internett, 4) manglende/begrenset tilgang, 5) helserelaterte barrierer og 6) sosiale/kulturelle barrierer. Disse har flere underkategorier som omtales i

hvert delkapittel nedenfor. Den typen barrierer som vi var ute etter å oppsummere i denne litteraturgjennomgangen, var ikke hovedpoenget i alle artiklene. Derfor varierer det hvor rike resultat som kunne ekstraheres fra hver studie.

3.1 Lav digital kompetanse

Den første hovedkategorien av identifiserte barrierer er lav digital kompetanse. Denne dekker ulike utfordringer med å bruke hardware eller software (Goedhart et al. 2019; Sadasivaiah et al. 2019; Freeman 2021 et al.; Reisdorf & De Cook 2022) som å ikke vite hvordan man navigerer på en nettside (Bletcher 2020), hvordan man skriver på et tastatur (Tieu et al 2016), hvordan man oppretter en profil (Haun et al. 2014), hvordan man starter en ny e-post (Goedhart et al. 2019) eller laster ned en app (Liu et al. 2020). I noen tilfeller er utfordringene knyttet til bruken av de spesifikke helse- eller velferdsløsningene (Matthews et al. 2022), som vist for eksempel i en omfattende finsk studie av ulike typer barrierer blant ulike brukergrupper, der det ble identifisert som barrierer blant innvandrere og blant brukere av helsetjenester for mentale helseutfordringer at brukerne ikke hadde tilstrekkelige spesifikke digitale ferdigheter til å nyttiggjøre seg digitale helsetjenester (Kaihlana et al. 2022).

Å ha utfordringer med innlogging til digitale tjenester er et aspekt som er adressert som særlig utfordrende for noen brukere, fordi innlogging er en kompleks oppgave som krever at man må huske alle innloggingsdetaljene som brukernavn, passord og pin-kode (Baker et al. 2016), og/eller ha tilgang på ekstra verktøy som et "e-ID card" eller en "e-ID reader" (Bernaerdt et al. 2020). Blant deltakerne i Baker et al. (2016) sin studie var det enkelte som ga opp å bruke den digitale løsningen på grunn av alle frustrasjonene med innlogging.

Relatert til lav digital kompetanse er også **manglende kjennskap til at de digitale løsningene faktisk finnes** (Casillas et al. 2019, Goedhart et al. 2019, Kaihlana et al. 2022, Mishuris et al. 2014, Sourbati 2009, Yim et al. 2021). I en studie fra USA av bruk av en pasientportal, viste det seg at nesten ingen av pasientene kjente til hva portalen kunne brukes til eller hvordan de skulle få tilgang til den, selv om de hadde fått tilsendt brosjyrer med informasjon og sett plakater på klinikken (Mishuris et al. 2014). Når det er snakk om digitale selvhjelpsløsninger, er det en egen barriere at brukeren selv også er nødt til å være klar over at løsningen faktisk eksisterer, som vist i en studie av selvhjelpsprogrammer for personer med spiseforstyrrelser, der mange brukere ikke var klar over at slike selvhjelpsløsninger finnes (Yim et al. 2021)

Lav digital kompetanse henger sammen med mangel på erfaring. Tieu et al. (2016) har delt inn manglende digital kompetanse i to kategorier, hvor den ene er mangel på helt grunnleggende digitale ferdigheter som å bruke en mus eller å vite hvordan man lager store bokstaver på et tastatur. Denne kategorien knytter forfatterne direkte til mangel på erfaring med å bruke teknologi. En god del av brukerne i de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen hadde liten erfaring (Sourbati 2009, Grossman et al. 2019, Almond et al. 2019). I en studie fra USA, der pasienter skulle få opplæring i å bruke pasientportaler mens de var innlagt på sykehuset, viste det seg av bare 43 % av de over 200 potensielle deltakerne hadde en funksjonell e-postadresse – som man måtte ha for å i det hele tatt få tilgang til portalen (Stein et al. 2018). Choi et al. (2020) fant i sin studie at eldre med synsproblemer har lavere sannsynlighet for å bruke internett og generell helseinformasjonsteknologi (HIT) enn en kontrollgruppe. Men de fant videre at det ikke var synsproblemene i seg selv som hindret deltakerne i å bruke av internett, det var lav bruk av HIT, med andre ord mangel på erfaring. Freeman et al. (2021) diskuterer hvordan flere andre barrierer henger sammen med, eller fører til, mangel på erfaring. Både tilgangsbarrierer, mangel på digital kompetanse, liten fortrolighet med å bruke datautstyr eller at man ikke ønsker å bruke digitale tjenester gjør at man ikke får noen erfaring med bruk.

Lav digital kompetanse er i noen av de inkluderte studiene også knyttet **til manglende forståelse for hvorfor man trenger å bruke digitale løsninger**. Noen opplever at det ikke er behov for digital tjeneste eller mangler en forståelse for hvorfor man skal være digital bruker. Dette kan komme av at den analoge tjenesten fungerer godt nok som den er (Mishuris et al. 2014), at man ikke ser noen tilleggsverdi i å bruke digitale tjenester når det finnes et ansikt-til-ansikt-alternativ (Kaihlana et al. 2022), eller at ideen om digitale helsetjenester er fremmed (Sourbati 2009) – og så er det noe brukere som rett og slett ikke liker eller ikke er interessert i å bruke teknologi (Darcourt et al. 2020, Freeman et al. 2021, Kaihlana et al. 2022, Sadasivaiah et al. 2019, Webber et al. 2021). I en amerikansk spørreundersøkelse om videokonsultasjoner før og etter covid-19-pandemien (n=168; n=99), fant forskerne at interessen for videokonsultasjoner økte noe etter pandemien blant pasienter ved en primærhelseklinikk. Samtidig økte kjennskapet til at videokonsultasjoner faktisk var en mulighet, enda mer. Før pandemien var det 73 % av respondentene som ikke kjente til muligheten, mens denne andelen sank til 57 % etterpå (Webber et al. 2021).

Videre viser litteraturgjennomgangen at det for noen oppleves **vanskelig å lære seg** å bruke digitale løsninger (Bletcher 2020; Kaihlana et al. 2022). I en del av studiene er det også identifisert ulike årsaker til at det er vanskelig å lære seg dette. I studien av Choi & DiNitto (2013) rapporterte noen deltakere at de følte seg for gamle til å lære noe nytt. I en nederlandsk studie blant mødre med lav sosioøkonomisk status, de fleste uten arbeid og med annen etnisk og språklig bakgrunn enn majoritetsbefolkningen, ble det oppgitt å være vanskelig å prioritere det å lære seg å bruke PC fordi det hverdagslige som å få endene til å møtes er mye viktigere enn å lære seg å bruke en PC (Goedhart et al. 2019). I den finske studien omtalt ovenfor, fant Kaihlana et al. (2022) at dårlig helse kan gjøre det vanskeligere å lære å bruke digitale tjenester, ikke minst fordi det å lære dette krever mye innsats. Reisdorf & De Cook (2022) fant at lav selvtillit forhindret deltakerne i å tilegne seg digital kompetanse, mens Yu et al. (2021) fant at teknologi-angst kan være en barriere for læring.

Lav digital kompetanse og opplevelsen av at det er vanskelig å lære seg å bruke teknologi og digitale løsninger, kan føre til at brukerne opplever et behov for opplæring eller hjelp, enten fra noen som jobber i den tjenesten som tilbyr løsningene eller fra familiemedlemmer (Casillas et al. 2019, Yu et al. 2021) (se også kapittel 3.4 Manglende/begrenset tilgang)

3.2 Språk-/forståelsesbarrierer

Den andre kategorien barrierer vi har identifisert i de inkluderte studiene, er språk- og forståelsesbarrierer. Flere av artiklene har identifisert barrierer knyttet til det å forstå språket i de digitale løsningene. Dette kan handle om at teksten er ulogisk oppbygd (Almond et al. 2019), men i de fleste tilfellene er utfordringene knyttet til terminologien som brukes i de digitale løsningene (Bletcher 2020, Matthews et al. 2022), for eksempel medisinsk fagspråk (Almond et al. 2019, Bernaerd et al. 2020, Maneze et al. 2019, Tieu et al. 2016). Dette kan vi si handler om helsekompetanse, selv om helsekompetanse dekker langt mer enn å forstå medisinske fagtermer. Tieu et al. (2016) har et noe mer nyansert funn av denne typen og viser hvordan deltakerne hadde problemer med å kjenne til, å kjenne igjen og å bruke medisinsk informasjon. Dette ble klassifisert som lav helsekompetanse. Deltakerne med lav helsekompetanse i studien av Tieu et al. måtte oftere ha hjelp for å klare å gjennomføre digitale oppgaver, og de hadde også liten interesse for å bruke internett.

Helsekompetanse kan være knyttet til kulturell bakgrunn, som vist i studien av Spanhel et al. 2019, av flyktingers bruk av en app for søvnproblemer. I denne studien ble det identifisert som en barriere for bruk av denne appen at noen av deltakerne ikke var kjent med fenomenet mentale helseproblemer, og heller

ikke var interessert i å få kunnskap, blant annet fordi de fra sitt hjemland var vant til at mentale helseproblemer kan være stigmatisert og tabu.

Utfordringer med å forstå språket i digitale løsninger er også koblet til lave lese- og skriveferdigheter (Buchanan & Tuckerman 2016, Choi & DiNitto 2013, Spanhel et al. 2019), blant annet på grunn av manglende skolegang, og/eller til det å ha et annet morsmål enn majoritetsspråket (Bletcher 2020, Goedhart et al. 2019, Kaihlanen et al. 2022, Sadasivaiah et al. 2019). I studien av Goedhart et al. (2019), nevnt i forrige avsnitt, ble det rapportert at YouTube og Google oftere ble brukt til å søke etter informasjon enn offentlige sider fordi brukerne der kan finne informasjon på morsmålet sitt.

I en studie av ungdommer uten tilknytning til verken arbeidsliv eller utdanning (såkalte "NEET") fant Buchanan et al at det også var en utfordring av deltakerne ikke forsto informasjon om egen økonomi eller informasjon fra banken og dermed ikke klarte å opprette en bankkonto. Dette er en form for lav byråkratisk kompetanse.

3.3 Lav tillit til teknologi, internett og samfunnet

Den tredje kategorien av barrierer vi har identifisert er lav tillit. Resultater som har bidratt til denne kategorien, viser at brukere har lav tillit til samfunnet, internett og/eller de digitale tjenestene, eller at de har ulike former for bekymringer og skepsis til bruk av digitale tjenester. Ulike former for lav tillit, bekymringer og skepsis er funnet i 20 av de inkluderte studiene.

Resultatene fra de inkluderte studiene viser at brukere kan være **redd for teknologi eller internett**, for eksempel redde for stråling (Choi & DiNitto 2013) eller hackere (Seo et al. 2020), eller har mistillit til helseinformasjon på internett (Schuster et al. 2020). I en studie om flyktninger i USA sin IKT-bruk ble det funnet at deltakerne var redde for falsk informasjon og svindel på internett (Bletcher 2020).

Brukere kan videre være **redde for sin egen bruk av digitale tjenester**. Noen er redde for å bruke digitale tjenester fordi de ikke vet hva som skjer med personlig informasjon som passord eller betalingsinformasjon. De er usikre på hvem som mottar meldinger eller annen helseinformasjon de skriver på nettet (Haun et al. 2014, Matthews et al. 2022; Watson et al. 2021), om informasjon de legger inn i digitale løsninger kan brukes på negative måter eller bli stjålet (Lea et al. 2022, Luo & White-Means 2021), hvorvidt passord blir lagret på en offentlig publikums-PC (Goedhart et al. 2019), eller at de skal bli overvåket via internett (Seo et al. 2020, Seo et al. 2021). I en studie av bruk av en digital helseplattform blant pasienter med lav inntekt fant Liu et al. (2020) at mange pasienter var redde for at informasjonen som ble samlet inn i digitale løsningen, kunne bli solgt eller delt uten deres tillatelse. Andre tør ikke å bruke digitale tjenester fordi de ikke stoler på egen digitale kompetanse og er redd for å gjøre feil (Kaihlanen et al. 2022) – noe de oppfatter kan ha alvorlige konsekvenser (Goedhart et al. 2019). Seo et al (2020 og 2021) har undersøkt hvilke utfordringer kvinner som har vært i fengsel, møter når det gjelder tilgang til og bruk av digital teknologi. Blant deltakerne i studiene var det noen deltakere som heller valgte å holde seg offline fordi de ikke visste hvordan de skal beskytte seg selv når de er på nett, for eksempel mot overvåkning (Seo et al. 2021)

Lav tillit til digitale løsninger kan skyldes **negative erfaringer med helsetjenesten**. For eksempel vil en allerede etablert erfaring med å få inkonsekvent og upålitelig informasjon fra helsepersonell forsterkes når pasientene finner informasjon selv på internett (Maneze et al. 2019). Og dersom pasienter har erfaring med at helsepersonell selv unngår å bruke eller ikke anbefaler å bruke en digital tjeneste, så kan det skape mistillit til tjenesten (Haun et al. 2014). På den andre siden kan også helsepersonell hjelpe eller oppmuntre pasienter til å bruke digitale tjenester. I én studie hadde deltakerne behov for at helsepersonell "godkjente"

at det var ok å bruke portalen før de selv turte å bruke den (Casillas et al. 2019), mens i en annen studie ble det funnet at økt tillit til helsepersonell økte sannsynligheten for at pasienter (i noen subgrupper) valgte å bruke en pasientportal til kommunikasjon med helsevesenet (Lyles et al. 2013). I studien av Senft og Everson (2018) var resultatene noe annerledes. Basert på en survey med over 2600 deltakere fant de at negative erfaringer med møtet med helsetjenesten hang sammen med økt bruk av digitale verktøy. Dette var en tverrsnittsstudie, så den sier ingenting om årsak og virkning, men forskerne mener at funnene antyder at innbyggere bruker digitale verktøy for å bøte på mangler de har opplevd i helsevesenet.

Noen brukere kan videre ha en **bekymring for at internett vil erstatte menneskelig interaksjon**. I én studie var deltakerne bekymret for hvorvidt den digitale tjenesten var av like god kvalitet som en ansikt-til-ansikt-tjeneste (Gordon et al. 2020), mens i en annen studie ble det diskutert at slik motstand mot digitale tjenester kan skyldes redsel for sosial isolasjon eller ensomhet og ikke nødvendigvis en skepsis til selve tjenesten. I denne studien forventet deltakerne at overgangen til digitale tjenester ville redusere kontakten med omsorgsarbeidere, og at de ville miste verdifull sosial kontakt (Sourbati 2009).

3.4 Manglende/begrenset tilgang

Den fjerde kategorien består av ulike typer tilgangsbarrierer, som ble identifisert i 19 av de inkluderte studiene. Mangel på tilgang dreier seg for det første om **mangel på PC, printer, internett** eller lagringsplass på telefonen (Albon et al. 2020, Arighi et al. 2021, Blomberg et al. 2021, Darcourt et al. 2020, Freeman et al. 2021, Goedhart et al. 2019, Kaihlanen et al. 2022, Liu et al. 2020; Luo & White-Means 2021, Mishuris et al. 2014; Reisdorf & De Cook 2022; Sadasivaiah et al. 2019; Seo et al. 2020 og 2021, Watson et al. 2021). Mangel på tilgang til utstyr og internett henger sammen med **dårlig økonomi** (Albon et al. 2021, Bletcher 2020; Choi & DiNitto 2013; Goedhart et al. 2019, Mishuris et al. 2014, Reisdorf & De Cook 2022, Seo et al. 2020 og 2021). Choi og DiNitto (2013) viste for eksempel hvordan noen brukere sluttet å bruke internett fordi de ikke hadde råd til internettabonnement eller til å reparere/kjøre nytt utstyr. Mangel på tilgang til utstyr og internett er ikke en barriere som ser ut til å være i ferd med å gå over; selv i de nyeste studiene inkludert i denne gjennomgangen, er tilgangsbarrierer hyppig identifisert. Mangel på tilgang til utstyr og internett handler ikke bare om å ikke ha en datamaskin, en smarttelefon eller trådløst internett, men om å ha tilstrekkelig lagringsplass, stabilt nett, store skjermer og nok PC-er til alle familiemedlemmer.

To av studiene identifiserte også **manglende tilgang til et privat sted eller rom i hjemmet** der brukeren kan sitte uforstyrret og delta i for eksempel videokonsultasjoner uten at noen andre i husstanden hører (Allison et al. 2022, Kaihlanen et al. 2022, Watson et al. 2021). I studien av Kaihlanen et al. (2022) var dette en barriere blant to av de inkluderte gruppene, innvandrere og arbeidsledige. Å mangle et egnet sted i hjemmet kunne både påvirke personvern og mulighetene til å konsentrere seg om å få gjennomført den digitale oppgaven. I noen studier hadde deltakerne tilgang til noe utstyr, men ikke til den teknologien som var mest funksjonell for å få utført de nødvendige digitale oppgavene (Freeman et al. 2021). Det kan for eksempel være vanskelig å bruke digitale tjenester, som å fylle ut søknader om jobb og bolig, kun med smarttelefon (Blomberg et al. 2021, Seo et al. 2021), i noen tilfeller fordi skjermen er for liten (Watson et al. 2021), mens noen brukere har for gammelt utstyr (Kaihlanen et al. 2022).

Noen studier viste også hvordan **tilgang på utstyr på offentlige steder ikke er et godt nok alternativ** fordi det koster penger å få tatt en utskrift der, det kan være dyrt å komme seg til dette offentlige stedet, og mange av deltakerne opplevde at det å bruke offentlige PC-er ikke ivaretok behovet for privatliv og oppbevaring av personlig informasjon (Bletcher 2020, Goedhart et al. 2019, Mishuris et al. 2014; Reisdorf & De Cook 2022). Tilgang til PC og/eller internett på offentlige steder ble ytterligere begrenset under covid-19-pandemien da både bibliotek og arbeidsplasser ble stengt (Blomberg et al. 2021).

Manglende tilgang omhandler også **mangel på tilgang til hjelp, motivasjon og støtte** i bruk av digitale løsninger, enten tjenesteytere eller familie (Arighi et al. 2021, Buchanan & Tuckerman 2016, Casillas et al. 2019). For at et slikt tilbud skulle hatt god effekt for mødrene i studien av Goedhart et al. (2019), var det viktig at de hadde tilgang til hjelp på et fysisk sted i nærheten av hjemmet og gjerne i tidsrommet hvor ungene er på skolen, at de kan få hjelp fra noen de stoler på, og at hjelpen også blir gitt innenfor trygge rammer der mødrene også kan spørre hverandre om hjelp.

For brukere som får hjelp med å bruke digitale løsninger, så viser også noen av studiene en form for **manglende tilgang til å få hjelp til å bli selvhjulpne**. Dette skjer dersom den som bistår "gjør for", det vil si utfører oppgavene selv i stedet for at den aktuelle brukeren gjør det selv (Bletcher 2020).

3.5 Helserelevante barrierer

Den femte kategorien av barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger er en bred kategori som dekker fysiske helseutfordringer, kognitive utfordringer og lav motivasjon, lav mestringstro og lav selvtillit. Psykiske helseutfordringer var derimot svært sjeldent adressert i de inkluderte artiklene i denne litteraturgjennomgangen, kun i studien av Seo et al. (2020) om kvinner som skal tilbake til samfunnet etter å ha sittet i fengsel. Flere av disse kvinnene fortalte i intervju om at det var vanskelig å lære seg å bruke digitale løsninger på grunn av mentale helseutfordringer. Noen hadde sinneutfordringer, mens andre fortalte om hvordan alvorlige diagnoser som paranoia eller schizofreni påvirket mulighetene deres til å lære.

Kognitive utfordringer som redusert hukommelse og lav konsentrasjon, er barrierer som mange opplever i forbindelse med bruk av selvhjelps løsninger. Det er særlig vanskelig for mange å huske innloggingsinformasjon (brukernavn, passord eller e-postadresse) (Baker et al. 2016, Bernaerdt et al. 2021, Buchanan & Tuckerman 2016, Liu et al. 2020). I studien av ungdommer som prøver å søke jobber på internett, fant Buchanan og Tuckerman (2016) at ungdommene verken husket hvilke kvalifikasjoner de selv hadde eller sin egen e-postadresse. Videre hadde de konsentrasjonsvansker og lite tålmodighet til å sitte i ro og fikk dermed ikke gjennomført oppgavene de var i gang med på internett. Å ikke huske innloggingsinformasjon var i denne studien også knyttet til manglende motivasjon og interesse for å teknologi eller for å utføre oppgaver selv ved hjelp av internett.

Lav mestringstro og lav selvtillit er andre identifisert barrierer for å bruke eller å lære å bruke selvhjelps løsninger, som allerede nevnt i forbindelse med studien av Seo et al. (2020) over (Choi & DiNitto 2013, Goedhart et al. 2019). **Lav motivasjon** for å bruke digitale løsninger kan være relatert til mestringstro og selvtillit, og ble av sosialarbeidere i studien av Buchanan og Tuckerman (2016) også koblet til rusmisbruk.

En helt annen form for lav motivasjon ble funnet i en studie med data fra flere europeiske land. Her fant forskerne at deltakernes motivasjon for å bruke en app sank etter hvert som de hadde oppnådd målet som appen ment å bidra til – de trengte den altså ikke lenger (Floch et al. 2020). Mangel på interesse for digitale løsninger blir også identifisert i en stor studie av over 16000 pasienter med nesten 24000 sykehusinnleggelser, hvor bare 35.9 % av pasientene var interessert i å bruke en digital pasientportal (Sadasivaiah et al. 2019).

Fysiske helseutfordringer kan også være barrierer for bruk av digitale selvhjelps løsninger (Kaihlainen et al. 2022; Sadasivaiah et al. 2019). Eksempler identifisert i studiene er revmatisk smerte i fingrene, nakke- og ryggsmerte, nevropati, nedsatt funksjon, kronisk fatigue/utmattelse og andre tilstander som påvirker konsentrasjonsevnen og muligheten til å sitte i en lengre periode, dårlig hørsel, grønn stær og andre

synsutfordringer (Choi & DiNitto 2013, Choi et al. 2020, Kaihlanen et al. 2022, Yu et al. 2021). Grossman et al. (2019) fant at alvorlig sykdom ble knyttet lite frekvent bruk av teknologi, også når deltakerne hadde tilgang til både teknologien og hjelp til å bruke den.

3.6 Sosiale og kulturelle barrierer

Sosiale forhold som kan være barriere for å ta i bruk digitale løsninger, kan omfatte for eksempel lokalsamfunnet man bor eller vokser opp i, familieforhold, økonomi og bosituasjon. I studiene av tidligere innsatte i fengsel påvirket sosiale forhold som ustabil boligsituasjon, ustabil tilknytning til arbeidslivet og en vanskelig økonomisk situasjon mulighet til å få tilgang til og å bruke relevant teknologi. Covid-19-pandemien forverret dessuten situasjonen fordi flere av deltakerne mistet jobben, og steder med tilgang til publikums-PC ble stengt, som også omtalt i kapittel 3.4 (Reisdorf & De Cook 2022, Seo et al. 2020 og 2021). Reisdorf og De Cook (2022) identifiserte i tillegg opplevelsen av skam og stigma knyttet til det å ikke vite hvordan man skal bruke datautstyr og internett. Det å mangle tilgang og digitale ferdigheter er dermed ikke bare knyttet til noe materielt, men også til emosjonelt og mentalt stress.

Ungdommene i studien av Buchanan og Tuckerman (2016) preges ifølge sosialarbeiderne i denne studien av flere sosiale utfordringer som blir barrierer for å ha motivasjon, interesse og konsentrasjon nok til å lære eller å bruke digitale løsninger til for eksempel å søke jobb eller utdanning. Ungdommens liv foregår på en avgrenset sosial arena, og de ser få muligheter utover denne. De kommer fra familier med generasjoner av arbeidsledighet og har et inntrykk av at det er slik livet skal være. De mangler i tillegg stabilitet i og støtte fra familien. Også i studien av Goedhart et al. (2019) var et strevsomt hverdagsliv mer enn nok å håndtere for deltakerne, og de hadde dermed verken tid eller energi til å lære seg å bruke en PC i tillegg.

Å bruke digitale løsninger i et nytt land kan skape kulturelle barrierer for bruk og forståelse, utover det å ha et annet morsmål enn løsningen tilbys på (jf. kapittel 3.2). I en studie blant flyktninger i USA fant Bletcher (2020) at noen av dem syntes internett i USA var for åpent sammenlignet med internett i hjemlandet. De likte ikke at selv små barn kunne åpne en nettside, dette var annerledes enn de var vant med fra hjemlandet, og følte ikke trygt. I en studie av flyktnings bruk av en app for søvnproblemer fant Spanhel et al. (2019) at selve innholdet i appen, for eksempel råd for forbedret søvn, var vanskelig å forstå fullt ut for deltakerne på grunn av flere kulturelle ulikheter mellom de som hadde laget appen, og de som brukte den. For eksempel var selve selvhjelpstankegangen fremmed for mange av flyktingene i denne studien, fordi de var vant med en fellesskapstankegang der familien er ansvarlig for hverandre og individuelt ansvar ikke er like vanlig. Praktiske råd for forbedret søvn i appen passet heller ikke blant annet fordi en del av brukerne ikke var vant til å strukturere hverdagene etter klokke og kalender som en del av rådene var basert på.

4 Resultater intervju og spørreundersøkelse

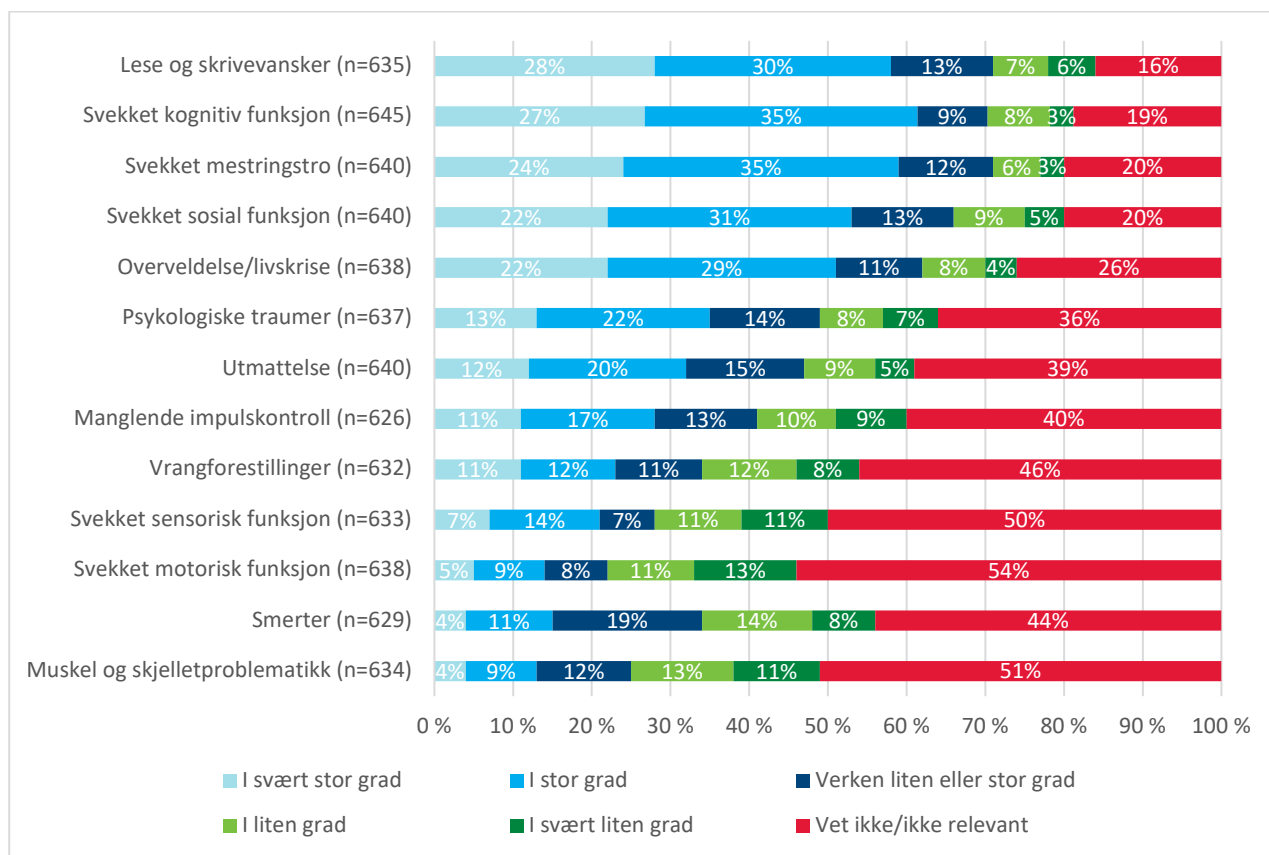
I dette kapittelet gjengir vi resultatene fra dybdeintervju med 30 tjenesteytere i helse- og velferdstjenestene og ansatte i bibliotek samt resultatene fra spørreundersøkelsen. I spørreundersøkelsen la respondentene igjen mer enn 1200 åpne svar, mange av disse svært grundige og utfyllende. Disse er også inkludert i analysen. Informantene som ble forespurt om å delta i gruppeintervju i dette prosjektet, ble valgt ut for å representere erfaringer med å møte og hjelpe mennesker i de kategoriene av sårbare grupper som vi innledningsvis hadde definert: personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, personer med redusert fysisk og kognitiv funksjon og innvandrere. Dermed er det naturlig nok nettopp disse gruppene, deres behov, deres kontakt med NAV og deres behov for bistand i å bruke nav.no som blir adressert i intervjuene og spørreundersøkelsen. Dybdeintervjuene bidrar til å gi et komplekst innblikk i hvordan ansatte i helse- og velferdstjenestene og i bibliotek erfarer at ulike tilstander påvirker sårbare brukeres evne til å ta i bruk digitale løsninger fra NAV, mens spørreskjemaet bidrar til å også kunne gi tallmessige oversikter osv. Alle figurer og tall som presenteres, er resultater fra spørreskjemaet, mens sitater illustrerer relevante funn fra dybdeintervjuene eller åpne svar felt i spørreskjemaet. For å få mer informasjon om hvilke utfordringer sårbare grupper har i møte med de digitale selvbetjeningsløsningene har vi tatt utgangspunkt i forhold som er beskrevet i litteraturen, i bakgrunnssamtaler vi har gjennomført med personer i lederposisjoner i offentlige, frivillige og private helse- og velferdstjenester og i intervju med ansatte i helse- og velferdstjenestene, samt bibliotek og utformet spørsmål på bakgrunn av dette. I de følgende avsnittene vil resultater fra de forskjellige datakildene presenteres. Først begynner vi å se på hvilke faktorer som kan bidra til å skape digital sårbarhet (4.1). Videre presenteres funn relatert til myndiggjøring (4.2), brukernes behov for og tilgang på bistand (4.3) og konsekvenser for brukerne av å ikke kunne nyttiggjøre seg (4.4) før vi avslutter med resultater om bistand sett fra tjenesteyterperspektivet og de pårørende (4.5).

4.1 Digital sårbarhet

I litteraturen finner vi studier som viser ulike faktorer som utgjør barrierer for å ta i bruk digitale selvbetjeningsløsninger i helse- og velferdstjenestene. De fleste studiene er gjort på helseportaler, mens det er svært få studier som ser på barrierer for å ta i bruk velferdsportaler som nav.no. Vi har gjennom intervju og spørreundersøkelse stilt spørsmål om blant annet de barrierene vi identifiserte fra tidligere forskning for å undersøke hvordan fagpersoner som bistår brukere med digitale tjenester gjennom sitt arbeid, har opplevd disse barrierene og andre. Informantene er, som vist tidligere, aktører som ansatte ved bibliotek, ansatte i lavterskeltilbud rus og psykisk helse, sosionomtjenester ved sykehus/helseforetak og kommunale ansatte som jobber med innvandrer tilbud. Pårørende var dessuten invitert til å svare på spørreskjema via Pårørendealliansen, men pårørende har ikke deltatt i intervju.

4.1.1 Helserelaterte utfordringer

I spørsmål om helsereelaterte barrierer for å bruke digitale løsninger, spesielt nav.no, så snakker informantene om brukernes barrierer knyttet til både akutt sykdom eller akutte endringer i livssituasjon og langvarig fysisk og/eller mental nedsatt funksjon. Psykiske problemer og lidelser er et rikt tema og blir adressert i de fleste av intervjuene, langs hele skalaen fra brukere med noe redusert motivasjon, oppmerksomhet og konsentrasjon til brukere med psykiatriske diagnoser som psykose. Figur 3 presenterer en oversikt på hvor vanlige de oppramsende helseutfordringene oppleves av tjenesteytere i helse- og velferdstjenestene og av ansatte i bibliotek.



Figur 3: Svarfordeling på følgende spørsmål: "I hvilken grad erfarer du at følgende helserelaterte utfordringer skaper vansker med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV for de brukerne du er i kontakt med eller pårørende for?"

I spørsmålet om hvilke helserelaterte barrierer som i stor eller svært stor grad skaper problemer for brukerne når de skal ta i bruk digitale løsninger fra NAV, ser vi at lese- og skrivevansker (58%), svekket kognitiv funksjon (62%), mestringstro (59%), svekket sosial funksjon (53%) og overveldelse (51%) er de faktorene som blir vurdert som mest utfordrende blant respondentene i utvalget. **Lese- og skrivevansker** kan knyttes til innvandrere med utilstrekkelige norskkunnskaper, men også dysleksi eller konsekvenser av hjerneskade. **Svekket kognitiv funksjon** er eksempelvis nedsatt konsentrasjon, beslutningsevne, hukommelse og lignende, og er assosiert med psykiske lidelser, kronisk sykdom og andre krevende eller komplekse sykdomstilstander, eller til høy alder. **Svekket mestringstro** er i stor grad assosiert med, men ikke begrenset til, psykiske lidelser. Det kan være noe alle sårbare kan oppleve. **Svekket sosial funksjon** refererer til ulike typer angsttilstander og former for tilbaketrekning. I tillegg finner vi at **overveldelse** som følge av endring i livssituasjon for eksempel på grunn av sykdom eller skade oppgis å skape problemer med å ta i bruk digitale løsninger. Dette er også betegnet som livskriser.

Fra intervjuene er følgende hovedkategorier av helserelaterte utfordringer for å bruke nav.no identifisert: 1) Sykdom fører til svekket kognisjon 2) Lav selvfølelse og lav mestringstro, 3) Sammensatte utfordringer og behov og 4) Utfordrende å håndtere en hverdag preget av kaos og bekymringer, 5) Vanskelig å komme i gang. Disse kan bidra til på å nyansere funnene i figur 3.

Sykdom som fører til svekket kognisjon

Funnene viser at både psykisk og somatisk sykdom kan videre føre til svekket kognisjon, som igjen vanskeliggjør bruk av digitale verktøy ettersom svekket kognisjon kan føre til at det er vanskelig å huske passord og utfordrende å navigere på en nettside eller portal:

"Det er jo noen som aldri vil kunne klare å orientere seg selv, på grunn av kognitiv funksjon på grunn av skade" (Intervju 3)

"Det som ofte er utfordringen er at de gjerne har kognitive utfordringer som gjør at de ikke husker passord, de kommer ikke inn i det hele tatt. Det er vel ganske ofte at det skjer synes jeg (...) også har du de som også har problemer med impuls kontroll og som er impulsive. Som trykker fort og raskt og gæli, så man må sitte og stoppe opp og bremse og oppfordre til å lese hva som står" (Intervju 6)

Lav selvfølelse og lav mestringstro

I tillegg beskriver flere informanter hvordan brukerne sliter med lav selvfølelse og lav mestringstro, noe som er en barriere i kontakten med hjelpeapparatet generelt og med nav.no spesielt:

"Hvis en ser på et perspektiv på veldig mange av de vi har inne her, du har ikke noe mestringsfølelse ifra skoleverket, du har dårlig digital tilnærming, du har blitt gitt opp av mange som faktisk er støttespillerne dine, enten fra skole, hjem eller familie og sosiale forhold. Og så har du ingen tiltro til system, og så kommer du videre og så blir du- ja, du blir sykere av det rett og slett, da. Når du ikke har noen selvfølelse og trua på noen ting, da stopper det opp på flere hold. Den digitale kompetansen, den er ikke der da" (Intervju 9)

"Min erfaring er også veldig dårlig med digital kompetanse blant dem som er syke, da, og da sliter de ofte med å søke og å finne frem, og de går fort lei, for de føler ikke noe mestring med å lete frem til de forskjellige dokumentasjonene og innlogging, og passord og alt det, det er bare glemt" (Intervju 9)

Sammensatte utfordringer og behov

Det som særlig kompliserer brukernes kontakt med NAV eller nav.no, er sammensatte utfordringer og sammensatte behov, som for eksempel gir rett på ulike ytelser samtidig. Det er vanskeligere for brukerne å få oversikt og kontroll når de har behov for og rett på flere ytelser på samme tid, samtidig som livssituasjonen som vist over, også er mer krevende for disse brukerne. Dermed er det tyngre å ta initiativ til å kontakte NAV, opprettholde kontakten med NAV eller å finne frem til det man trenger. For tjenesteytere som bistår i bruk av nav.no, er det også mer utfordrende å bistå brukere i sammensatte saker, fordi sakene ikke nødvendigvis passer enkelt inn i maler og skjema på nav.no. Sammensatte utfordringer kan bestå av ulike aspekter. Det kan være snakk om akutte behov i forbindelse med ulykker der både foreldre og barn er rammet, som en sosionom brukte som illustrasjon:

"Både fordi vi har en del saker som er såpass innfløkte at de passer ikke inn i malen. Det er liksom ikke noe kommentarfelt heller hvor man kan beskrive for å få frem hvor kompleks situasjonen er da. Det kan jo være hvis det er for eksempel en bilulykke der da- altså, både foreldre og barn som er alvorlig skadet, og det er flere typer ytelser som går over i hverandre, og hvem skal ha hva" (Intervju 3)

Videre ned i figur 3 så kommer det et tydelig skille i hvor stor grad respondentene erfarer at de neste helserelaterte kategoriene oppleves som barrierer for brukerne. 35 prosent oppgir at psykologiske traumer

i stor eller svært stor grad skaper problemer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV blant deres brukere, deretter utmattelse (32 %), manglende impulskontroll (28%), vrangforestillinger (22%), svekket sensorikk (21 %), motorikk (14%), smerter (15%) og muskel/skjelettproblematikk (13%). Det er som forventet at de mer diagnosespesifikke tilstandene oppleves som mindre relevante på tvers av respondentgruppene i utvalget. Dette reflekteres også i at en større prosentandel svarer "ikke relevant/vet ikke" på disse spørsmålene. Her finner vi utfordringer med å ta i bruk digitale løsninger som følge av til psykologiske traumer (for eksempel post-traumatisk stressyndrom) utmattelse, manglende impulskontroll (for eksempel etter hjerneskade), vrangforestillinger (knyttet til for eksempel rus og psykose), svekket sensorisk funksjon (for eksempel redusert syn eller hørsel), svekket motorisk funksjon (som nedsatt førlighet i bein, armer), smerter og, til slutt, muskel- og skjelettproblematikk (som revmatisme, skulder/nakke/rygg-problemer).

Det er også verdt å merke at selv om det er få som opplever utfordringer knyttet til impulskontroll eller vrangforestillinger sammenlignet med de største kategoriene, er omfanget i disse kategoriene heller ikke ubetydelig. Utfordringene skaper fortsatt vansker med å ta i bruk digitale løsninger for noen smalere bruker- eller pasientgrupper.

Utfordrende å håndtere en hverdag preget av kaos og bekymringer

Funn fra intervjuene viser at det er utfordrende å håndtere en hverdag preget av kaos og bekymringer. Informantene forteller om hvordan sykdom (først og fremst psykisk sykdom og rusavhengighet, men også somatisk sykdom eller ulykker) fører til at brukere ikke klarer å håndtere hverdagen – livet er preget av stress, kaos og bekymringer, ikke minst knyttet til økonomi. I en slik hverdag kan kontakt med NAV, spesielt via digital selvbetjening, bli svært utfordrende eller umulig fordi brukerne verken har kapasitet, kompetanse, overskudd eller utstyr.

"Og det å klare å finne frem i den der jungelen og manøvrere seg riktig frem, det krever ganske- det krever et stort overskudd, og det krever relativt høy digital kompetanse, som er noe som mangler egentlig begge deler ofte hos våre folk, da" (Intervju 9)

"Men for mange er problemet at de rett og slett ikke- de logger seg ikke inn, og de har ikke muligheten til å komme til det steget. Så det hjelper liksom lite hva som er bak muren, hvis vi kan kalle det for det, hvis man ikke beveger seg inn på det. Ikke forholder seg til det. Og det kommer jo veldig an på hvor folk er i sykdomsfasen, sånn som noen kan også i en god fase ivareta ganske mye, mens i andre faser så blir det helt forsømt altså, da snakker vi at folk ikke kan ivareta basal hygiene" (Intervju 8)

"Det blir for mye. Men de fleste synes at systemet er forferdelig tungt å forholde seg til. Generelt. Og det er jo fordi det blir en ekstra ting. De er syke, de har mange bekymringer og så kommer det her på toppen av det hele da" (Intervju 6)

Vanskelig å komme i gang

Videre viser analysen av intervjudata at en konsekvens av alle disse nevnte helserelevante utfordringene er at det blir vanskelig for mange å ta initiativ og komme i gang, for eksempel med å logge inn på digitale tjenester som nav.no. Det er tungt eller umulig for mange å ta initiativ til å sette seg inn i noe nytt.

"Det å ha dårlig erfaring fra før for mange av de her, det kan føre til massivt tankekaos og paranoia og angst, ikke sant. Det er ikke alle som klarer å rydde opp i de følelsene nok til å klare å sette seg ned å få til ting" (Intervju 9)

"Så jeg tenker at det er litt sånn lett å tenke at «nå for tiden så er alle kjempegod på digitale løsninger», men det er liksom overraskende mange som synes at- ja, at de enten ikke skjønner helt hva de mener, og at de stopper opp. Og så tenker jeg på mange òg, fordi om man ikke er så dårlig med angst og depresjon, for eksempel, så er det liksom bare «alt er et ork», da. Å komme i gang med ting (...). Er man deprimert, for eksempel, så er det jo liksom bare- det å komme i gang med noe man ikke helt vet hvordan man skal gjøre, det er et veldig ork som veldig mange skyver foran seg, da" (Intervju 7)

"Det er bare en bitte liten ting, for å få ny kodebrikke så må du sende søknad til banken, digitalt, da, sikkert. Det er litt sånn- «hvorfor gjør man det nå, når man kan vente til i morgen?» Det blir jo mye sånn, fordi det å få ny kodebrikke, det er jo ikke noe vanskelig, det tar litt tid, men det er en klassiker med en sånn vegring på handling på en måte" (Intervju 2)

I tabell 3 ser vi nærmere på hvilke helseutfordringer de enkelte yrkesgruppene erfarer for de brukerne de er i kontakt med.

Tabell 3 Gjennomsnittsskårer på spørsmålet: "Hvordan erfarer du at følgende helserelevante utfordringer hos brukerne gir utfordringer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV?" Tabellen viser hver yrkesgruppe sin gjennomsnittsskår på en skala fra 1 ("I svært liten grad") til 5 ("I svært stor grad") i hvordan informantene erfarer at helseutfordringer skaper utfordringer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV for de brukerne de er i kontakt med. Gult = >3.9; lys gul= 3,5–3,9; hvit = 2.5–3,4; lys grønn = 1,0–2,4. Høyeste skår for hver yrkesgruppe er uthevet med fet skrift.

	Sosionom sykehus (n=47)	Rus/psyk. Behandling (n=160)	Fysikalsk medisin (n=10)	Rehab. m avtale (n=77)	Lav- terskel (n=28)	Inn- vandrere (n=54)	Bibliotek (n=309)	Pårørende (n=70)
Lese/skrivevansker	4,0	3,8	3,6	3,8	4,2	4,5	3,8	2,8
Kognitiv funksjon	4,3	4,1	4,3	4,3	3,9	4,1	3,5	3,9
Mestringstro	4,1	4,1	4,1	3,9	4,3	4,0	3,8	3,3
Sosial funksjon	3,9	4,1	3,9	3,8	4,2	3,5	3,5	3,2
Overveldelse	4,5	3,8	4,1	3,7	4,0	4,1	3,6	3,2
Traumer	3,7	3,8	3,5	2,9	3,6	3,9	3,2	2,5
Utmattelse	4,0	3,3	4,2	3,8	3,5	3,3	2,9	3,7
Impulskontroll	3,6	3,8	2,8	2,9	3,2	3,1	2,9	2,1
Vrangforestillinger	3,8	3,5	3	2,9	3,7	3,2	2,8	2,1
Sensorisk	3	2,1	3,7	3,6	2,6	3,2	3,1	2,7
Motorisk	3,3	1,8	3,9	3,3	2,8	2,7	2,7	2,4
Smerter	3,3	2,6	3,1	2,9	2,3	2,7	2,6	3,3
Muskel/skjelett	3,2	2,1	3,3	2,9	2,5	2,5	2,7	2,7

Tabellen viser at bibliotekansatte i mindre grad erfarer at helserelevante utfordringer gir problemer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV hos brukerne enn det ansatte i helse- og velferdstjenestene gjør. Dette kan forklares med at biblioteket møter de friskeste av brukerne i sårbare grupper, mens ansatte i helse- og velferdstjenestene er i daglig kontakt med personer i mer akutte faser av sykdom eller livssituasjon, når de

er i behandling, rehabilitering eller lavterskeltilbud. Pårørende oppgir også i mindre grad helserelaterte utfordringer enn ansatte i helse- og velferdstjenestene.

Det er **nedsatt kognitiv funksjon** som får høyest score på tvers av de ulike fagområdene respondentene representerer. Nedsatt kognitiv funksjon oppgis som vanlig eller svært vanlig i alle respondent-gruppene: hos ansatte i helse- og velferdstjenestene (i snitt 3,9–4,3 på en skala til 5) og pårørende (i snitt 3,9 på en skala til 5). Bibliotekansatte er den gruppen som i lavest grad oppgir at brukerne har utfordringer knyttet til kognisjon (i snitt 3,5 av 5).

Lese- og skrivevansker scorer høyest totalt. Dette erfares å være en større utfordring for brukerne i noen grupper enn for brukerne i andre. Her er det kommunalt ansatte som jobber med flyktninger og innvandrere, som oppgir dette som den viktigste årsaken til at deres brukere har problemer med de digitale løsningene, med en gjennomsnittlig verdi av 4,5/5. Men også ansatte i lavterskeltilbud innen rus og psykisk helse (4,2/5), sykehussosionomer (4/5) og ansatte i rus/psykisk helsevern og privat rehabilitering (3,8/5) oppgir at lese- og skrivevansker gir store utfordringer for deres brukere. Dette kan både gjenspeile at flyktninger og innvandrere – akkurat som resten av befolkningen – også er brukere av alle typer helse- og velferdstjenester, og at lese- og skrivevansker omfatter mer enn bare innvandreres norskkunnskaper.

Videre ser vi at **mestringstro** i stor eller svært stor grad oppgis å være en utfordring for brukere i lavterskeltilbud (4,3/5), men også av sosionomer på sykehus, i rus/psykisk helsevern og fysikalsk medisin (4,1/5) og kommunalt ansatte som jobber med flyktninger og innvandrere (4,0/5). Mestringstro oppgis også av respondentene som en utfordring for brukerne i rehabiliteringstilbud (3,9/5) og bibliotek (3,8/5), men altså ikke i like stor grad.

Redusert **sosial funksjon** oppgis som en vanlig eller svært vanlig utfordring for brukerne av ansatte i lavterskeltilbud (4,2/5) og rus og psykisk helsevern (4,1/5). Redusert sosial funksjon oppgis også som en utfordring for sykehussosionomer og i fysikalsk medisin (3,9/5) og rehabilitering (3,8/5), men ikke i like stor grad som for de to første gruppene.

Så kan vi se at **overveldelse** som følge av endring av livssituasjon på grunn av sykdom/skade, også omtalt som livskriser, er den faktoren som sosionomer i somatiske sykehusavdelinger opplever at oftest skaper utfordringer med digitale løsninger fra NAV hos sine brukere (4,5/5). Dette er som forventet, i og med at sosionomer på sykehus er den gruppen av respondenter som i størst grad er i kontakt med pasienter og brukere mens situasjonen er i en akutt fase. At overveldelse utgjør en utfordring for å ta i bruk digitale løsninger fra NAV, forklares i de kvalitative intervjuene med at å skulle sette seg inn i digitale løsninger, rettigheter og tilbud på toppen av alt det andre man sliter med, oppleves som uoverkommelig i øyeblikket.

Blant de mer diagnosespesifikke utfordringene ser vi også at **traumer** oppgis av ansatte i helse- og velferdstjenestene som relativt vanlig blant brukerne, med unntak av ansatte i rehabiliteringstilbud med avtale (2,9/5). I snitt oppgis traumer å ligge rett over "verken vanlig eller uvanlig" (3,6/5) og opp mot "vanlig" (3,9/5). Det er kommunalt ansatte i flyktninge- og innvandrertilbud som i størst grad oppgir traumer som en vanlig utfordring for sine brukere. Dette er også som forventet.

Utmattelse oppgis i snitt som mer vanlig hos brukerne av ansatte i fysikalsk medisin (4,2/5), og blant sosionomer i somatiske sykehusavdelinger (4/5) enn blant andre grupper respondenter. Utmattelse er et symptom som er forbundet med flere typer indremedisinske diagnoser som kreft, hjerte-/karsykdom, mage-/tarmsykdom, ulike nevrologiske lidelser med flere, men også kronisk utmattelsessyndrom. Også ansatte i rehabiliteringstilbud oppgir at utmattelse i snitt er mer vanlig enn ikke blant deres brukere (3,8/5).

Ansatte i rus og psykisk helsevern oppgir at utfordringer med **manglende impuls kontroll** er mer vanlig enn ikke blant deres brukere. Manglende impuls kontroll skaper barrierer for å ta i bruk digitale løsninger på flere måter. I de kvalitative intervjuene ble det for eksempel beskrevet hvordan ukontrollert trykking på knapper kan føre til at løsningen blir stengt. Ansatte i psykisk helsevern oppgir også at noen brukere rett og slett kan kaste datautstyr s mot ansatte eller i gulvet i mer ukontrollerte og opphetede situasjoner. Ellers kan vi også se at respondentene i spørreskjemaet oppgir at **vrangforestillinger** kan utgjøre en barriere for brukere både i lavterskeltilbud (3,7/5) og ved sykehusinnleggelse (3,8/5). Endelig ser vi at **sensorisk og motorisk funksjon** oppleves som en utfordring i fysisk medisiner. En mulig årsak til at disse faktorene ikke oppleves som å gi større utfordringer, er at det på disse områdene i større grad er utviklet hjelpemidler for å sette personer med nedsatt sensorikk og motorikk muligheter for å delta på lik linje i samfunnet:

"Det er jo mange som har hjelpemidler, og det er jo en positiv ting, tenker jeg. Det er mange som får hjelpemidler som gjør at de enten kan styre ting med øynene, ikke sant, hvis de har fysiske begrensninger da" (Intervju 3)

Smerter og muskel-/skjelettproblematikk ser ikke ut til å skape systematiske utfordringer med å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger i dette utvalget. Basert på tidligere forskning hadde vi en oppfatning av at redusert fysisk funksjon, for eksempel smerter eller muskel- og leddplager, kunne være til hinder for å bruke digitale verktøy. I intervju med sosionomer kom det derimot frem at en del av dem ikke hadde opplevd at redusert fysisk funksjon var en utfordring for å bruke nav.no.

"Nei, ikke, nei, jeg har ikke opplevd det på de pasienten som jeg har hatt, at selve den fysiske helsetilstanden, smerte eller sånne ting har hindre dem i å komme seg på nett og i å bruke digitale løsninger, nei, ikke det. Det er ikke den fysiske sykdommen som har forhindra dem inn i det, nei" (Intervju 5)

Samtidig oppgir ansatte i rehabiliteringstjenestene at det er vanlig at deres brukere har motoriske utfordringer med å bruke digitale løsninger. En årsak er nok at motoriske utfordringer er relevant for spesifikke diagnosegrupper, en annen at andre forhold så som kognitive funksjonsnedsettelse og overveldelse oppleves som større utfordringer for brukerne enn de motoriske. Fysiske hindringer kan dessuten i større grad overkommes ved hjelp av hjelpemidler, for eksempel øyestyring av datamaskin.

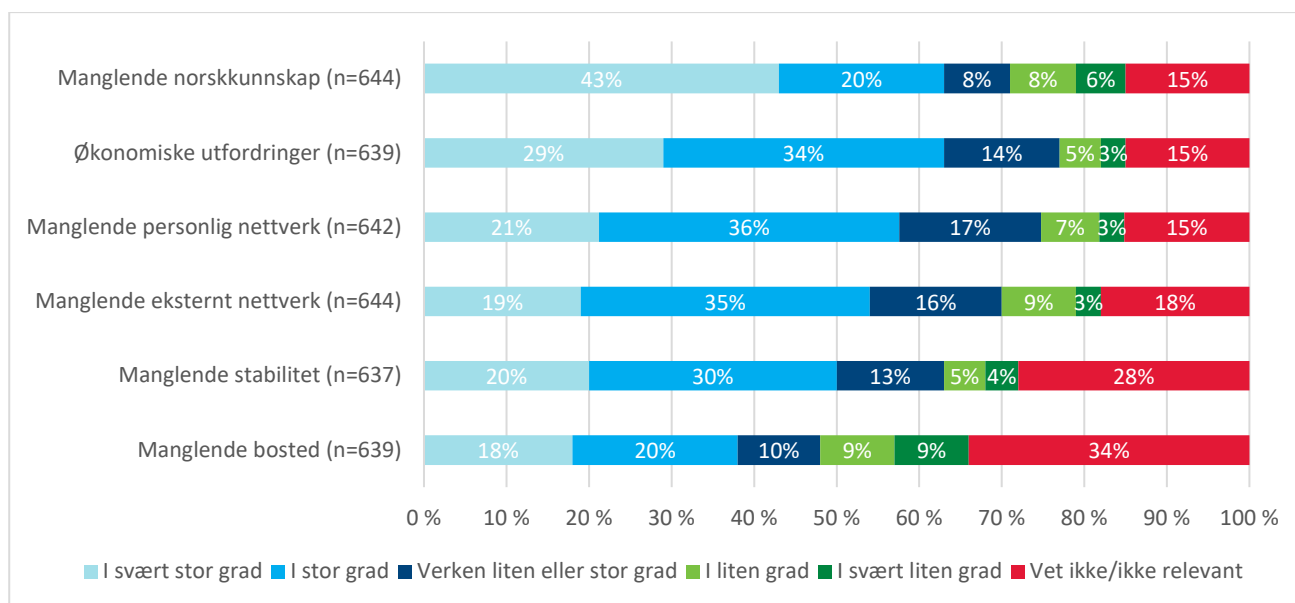
I de åpne svarene i spørreskjemaet kommer det også frem at personer med ADHD kan oppleve manglende tålmodighet med å fullføre en oppgave i de digitale løsningene. Psykiske lidelser kan også føre til manglende motivasjon til å ta i bruk den digitale løsningen. Som en respondent skriver: "Når man ikke har motivasjon til å leve og ikke tror det er noe håp uansett, så handler det ikke om å mangle kompetanse eller tilgang, men om å ikke ville." Ansatte i rus og psykisk helsevern trekker også frem betydningen av å skape trygge relasjoner i denne pasientgruppen og at dette krever større grad av møter ansikt til ansikt, for å skape tillit og for å avklare misforståelser, for å unngå at brukere faller fra og gir opp de digitale løsningene. Noe annet som kommer frem i det åpne kommentarfeltet, er at sengeliggende pasienter har ofte behov for bistand i å gjøre oppgaver i de digitale løsningene, men har ikke med seg kodebrikke og ofte heller ikke mobil eller PC ved innleggelse. Pasienter er heller ikke alltid i stand til å gi uttrykk for at de har behov for bistand i digitale løsninger.

4.1.2 Sosiale utfordringer

Innimellom de helserelevante utfordringene kom det også i intervjuene frem utsagn om barrierer som kan knyttes mer til livssituasjon, men som ikke kan betegnes som helseutfordringer. Vi omtaler disse som

sosiale utfordringer. En felles utfordring for personer med store sosiale problemer er at de ofte ikke kommer naturlig i kontakt med eller får jevnlig opplæring i teknologi på arbeidsplassen, gjennom studier eller det sosiale nettverket de har (Johansson 2016: 38). Et sentralt tema i intervjuene er selvsagt de utfordringene innvandrere med manglende norskkunnskaper opplever i møte med de digitale selvbetjeningsløsningene. Men også forhold knyttet til økonomi, gjeld og stabilitet i livet ble oppgitt å skape barrierer for de aktuelle brukerne.

Vi inkluderte spørsmål om respondentenes erfaring med at sosiale utfordringer og utfordringer knyttet til livssituasjon skaper vansker med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV. Resultatene presenteres i figur 4:



Figur 4: Svarfordeling på spørsmål: "I hvilken grad erfarer du at følgende sosiale problemer og utfordringer knyttet til livssituasjon skaper vansker med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV for de du er i kontakt med eller pårørende for?"

Figur 4 viser at 63 prosent oppgir at **manglende norskkunnskaper** i stor eller svært stor grad skaper utfordringer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV. I tillegg ser vi at 63 prosent oppgir **økonomiske utfordringer**, noe som kan medføre for eksempel manglende tilgang på nett og PC. Noen har bare kontantkort på telefonen, noe som setter begrensninger for bruk av digitale løsninger. Nødvendige utskrifter kan medføre kostnader den enkelte ikke har midler til å dekke.

Økonomiske problemer, for eksempel stor gjeld, kan føre til at brukerne ikke får BankID, og dermed er de avskåret fra muligheten til å i det hele tatt logge seg inn på nav.no:

"Ja, fordi jeg tenkte på, vi har ikke så mange eksempler, men det finnes i vår målgruppe også dem som faktisk ikke er påkoblet digitalt, som ikke har det som skal til for å få det til rett og slett. De mangler PC, mangler internett hjemme, har dårlige mobilabonnement, fordi man har mye gjeld, sånn at man ikke får noe annet enn kontantkort for eksempel, som er avskåret fra de mulighetene egentlig" (Intervju 2).

57 prosent oppgir manglende personlig nettverk, og 54 prosent oppgir at manglende formelt nettverk i stor eller svært stor grad skaper utfordringer for brukerne med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV. Brukernes nettverk og nettverkets betydning for bruk av digitale tjenester ble adressert direkte først i de siste

intervjuene. Å tilhøre nettverk, både privat og formelt, betyr tilgang på bistand og oppmuntring til å ta løsningene i bruk. Det blir kommentert at noen brukere ikke har noen de kan spørre om hjelp, eller at de ønsker å spørre pårørende om hjelp, men at de ikke alltid er tilgjengelig for å bistå. Ettersom mange ikke har noen å spørre om hjelp når de kommer hjem til seg selv etter en innleggelse, ønsker sosionomene å bistå til at brukerne blir selvhjulpne før de drar hjem:

"det er en stor utfordring, for vi vil jo gjøre mest mulig når de er her så de skal slippe å ta det alene når de kommer ut. Og det er ikke alle som har pårørende til å hjelpe seg, da, og da blir det fort mye vanskeligere" (Intervju 6)

Etter hvert i intervjuene kom det også frem informasjon om betydningen av nettverk, som kan støtte og motivere, men også som har erfaring med de digitale løsningene fra før.

Med manglende stabilitet menes en ustabil livssituasjon, eller det å falle utenfor både skole, jobb og sosiale nettverk. Hjemløshet er den ytterste konsekvensen av slik manglende stabilitet, og med det utfordringer både med tilgang i form og oversikt over kodebrikke eller andre nødvendige papirer eller informasjon som påvirker bruk av nav.no. Disse sosiale forholdene gjenspeiler det van Deursen og Helsper (2015) og Salemink (2016) snakker om når de sier at livet utenfor nett i form av tilgang på ressurser i hverdagen, gjenspeiles eller forsterkes i evnen til deltakelse på nett. Figur 4 viser at 50 prosent av respondentene oppgir at **manglende stabilitet**, og 38 prosent oppgir at **manglende bosted** er faktorer som i stor eller svært stor grad skaper vansker med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV. Manglende stabilitet og bosted er i mange tilfeller forbundet med tilgang på PC og internett, men også oversikt over eller tilgang til kodebrikke for pålogging, brukernavn og passord, for å kunne ta i bruk løsningene. Manglende stabilitet i form av manglende stabil tilknytning til arbeidsliv og utdanning ble adressert i intervjuene, men da alltid i tilknytning til helserelevante barrierer som psykisk helse og rus. Som vist ble det i intervjuene beskrevet hvordan brukere med sammensatte problemer, det vil si utfordringer både knyttet til helse, bosted, arbeid og økonomi, hadde store utfordringer i møtet med nav.no.

Spørsmålet hadde også en åpen kategori, hvor respondentene kunne skrive inn egne kommentarer om det de opplever som relevante barrierer knyttet til sosiale problemer. Kommentarene her kan i stor grad knyttes til **manglende tilgang** til digitale løsninger blant mer utsatte grupper i samfunnet. Mange respondenter oppgir mangel på kodebrikke og ID, for eksempel pass, som en sentral utfordring med å ta i bruk digitale løsninger i denne gruppen. Det kan være en følge av kategoriene over, men også det at personer med gjeldshistorikk og kriminalitet, samt innvandrere med kort botid i Norge, kan ha problemer med å få utstedt bankbrikke og/eller pass av ulike årsaker.

4.1.3 Språklige barrierer

Informantene i intervjuene beskriver ulike språklige barrierer med å bruke nav.no: 1) brukerne har ikke tilstrekkelige norskerferdigheter, 2) brukerne er analfabeter eller har lave lese- og skriveferdigheter, 3) byråkratisk eller formelt språk på nav.no.

Brukere som ikke har tilstrekkelige norskerferdigheter, er i mange tilfeller innvandrere eller flyktninger som enten har bodd kort tid i Norge, har lav utdanning og/eller ikke har deltatt i norskopplæring lenge nok. Figur 5 viser at 63 prosent av respondentene oppgir at manglende norskkunnskaper i stor eller svært stor grad skaper utfordringer med å ta i bruk digitale løsninger fra NAV. I intervjuene kom det frem at det ikke bare er tjenesteytere som jobber direkte med innvandrere, som møter brukere med språk- og forståelsesutfordringer. Også sosionomer som jobber med pasienter med fysiske og mentale helseutfordringer, trakk frem utfordringer med begrensede norskkunnskaper:

"Også innvandrere òg, som ikke- Som kanskje kan skrive SMS og mail, men de vet ikke hvordan de skal logge seg inn, eller hvor de finner den riktige informasjonen da. Samtidig som de ikke skjønner språket" (Intervju 3)

"Det henger sammen med norskkunnskaper. En heldigitalløsning vil ikke passe helt til alle, mange vil falle utenfor. Vi må tenke på at den gruppa finnes, og hvordan fanger vi opp denne, de må være klar over at den finnes" (Intervju 4)

"og hos våre nye landsmenn så er det språklige barrierer som er en av hovedgrunnene. Og så det at det kan være litt vanskelig for dem, altså det kan jo være vanskelig for nordmenn som er født i Norge også å forstå systemet, men tenk deg da å komme fra et helt annet land som ikke har det velferdssystemet som vi har, og så skal de lære seg et nytt språk og så skal de klare å orientere seg inn i alle de ytelsene og ordningene og regelverkene vi har, og så på et språk de ikke forstår, og så på data som de kanskje ikke har vært borti før. Så det er jo kanskje den største gruppa sånn som jeg ser det" (Intervju 5)

Språklige barrierer kan også være knyttet til sykdom og/eller kognitiv funksjon:

"Er jo en del med Asperger som vi har fått mye mer av, som strever litt med- det varierer- stor forskjell, da, men noe de har, er jo liksom språkvansker (...) som man kanskje ikke oppdager bare ved en enkel samtale med folk. Men når man ser folk over tid, så skjønner man at her er det mye som fungerer dårligere enn det ser ut til ved første øyekast" (Intervju 7)

"De med språkproblemer, afasi, som ikke skjønner teksten, og som heller ikke klarer å formulere noe selv" (Intervju 6)

I noen tilfeller finnes det informasjon i digitale løsninger som er oversatt til andre språk, men ifølge informantene i intervjuene er ikke oversettelse nødvendigvis tilstrekkelig for å hjelpe brukere over den språklige barrieren, for eksempel hvis brukeren uansett ikke kan å lese eller ikke er i stand til å navigere seg frem til den oversatte versjonen (det vil si at manglende digital kompetanse er en barriere for å finne de hjelpemidlene man kan ha bruk for å overkomme en språklig barriere):

"Og vi møter stadig vekk på at «bare vi får oversatt til arabisk, så går det greit», men det er ikke gitt at vedkommende kan å lese morsmålet sitt. Eller at de leser det så bra at de klarer å lese en tekst og vite hva de skal gjøre videre" (Intervju 4)

"De som ikke får det til å funke, veldig ofte på grunn av språk, da kan de snakke ganske godt norsk og forstå norsk, men å lese norsk, og på noen sider kan jo være mulighet for å få oversatt til morsmålet sitt, men ikke alle har evne en gang til å finne frem til det" (Intervju 5)

En av årsakene til de opplevde språklige barrierene for å bruke nav.no er selve språket som brukes i den digitale løsningen, forteller informantene i intervjuene. Språket på nav.no blir av en del informanter karakterisert som byråkratisk, formelt, fremmedgjørende og lite brukervennlig. Som sitatene nedenfor viser, så kan selve språket få brukerne til å føle seg usikre på om de klarer å bruke nav.no riktig, eller til at en allerede lav mestringstro blir enda lavere:

"Det er veldig mye sånn forvirrende formuleringer og tekster, når dem har fått en oppgave innpå der da og det skaper utfordringer med å skjønne helt, hva er det man skal fylle ut og

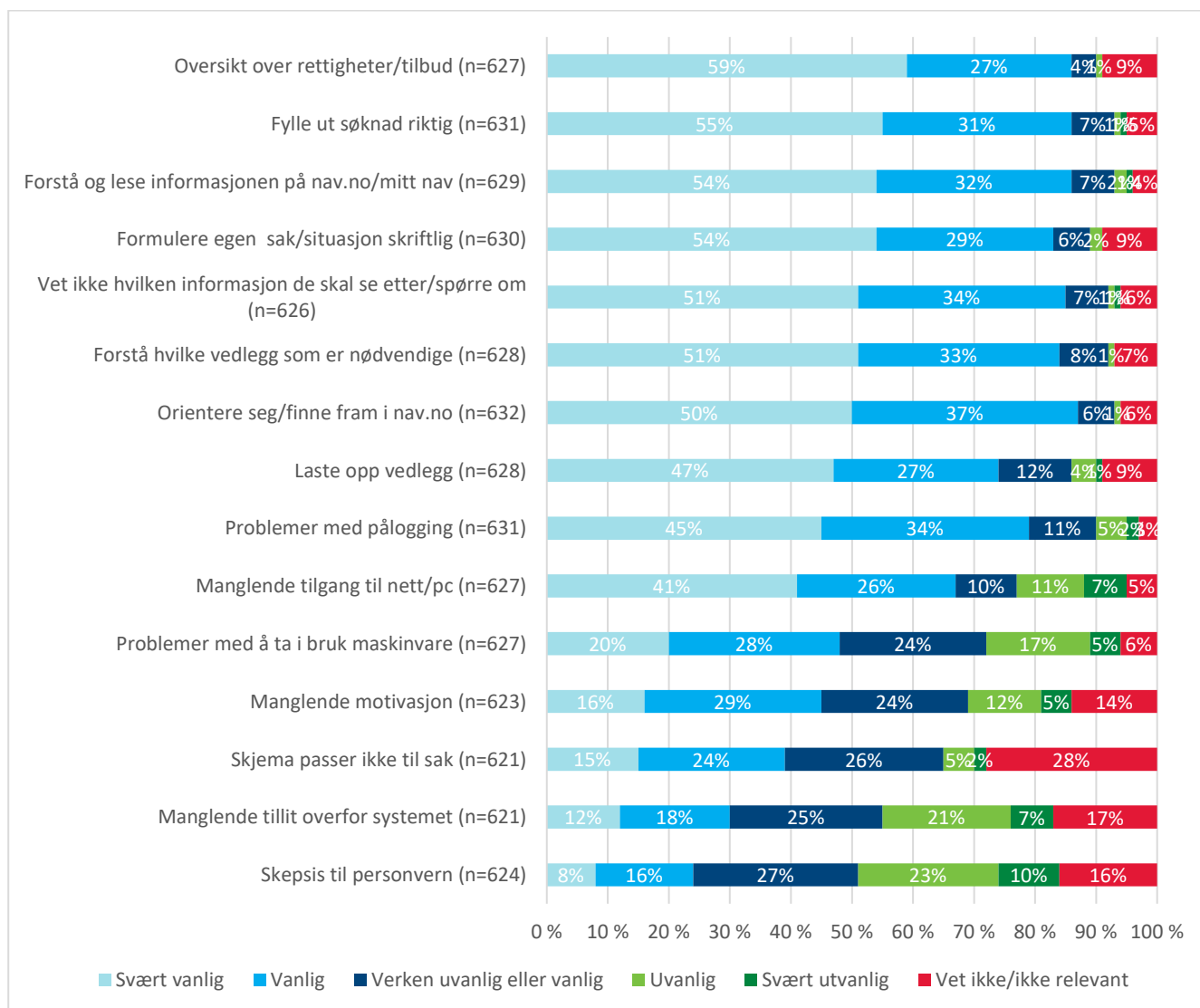
sånn. Det er akkurat som om det er et nytt system, men mye av de der gamle ordlydene er der fortsatt, sånn at det er, det er ikke så veldig brukervennlig språk da" (Intervju 2)

"Og han er så usikker, da, på språket. Språket som blir brukt. Det er så fjernt for han, at han er redd for å ikke svare rett. Sånn at da sitter jeg på andre linjen for å støtte og trygge han på at han har forstått det som står sånn cirka riktig, eller når han har misforstått, så må hjelpe han og veilede hva som faktisk står der. Så når du ikke da har noen andre å spørre når du sitter inne alene, så er det hvert fall- for han er det- han er i en god fase, da. Lite preget av psykose og sånne ting, men. Og kanskje- altså, ruset seg mye av livet sitt, ikke fått med seg alt, og spesielt ikke sånn formelt språk" (Intervju 7)

"Om du har litt digital kompetanse, så kommer du inn på nav.no, og så er det så gresk (...) ja, det også, byråkratisk språk. Og det er flere som har sagt at «jeg bare følte meg enda dummere», «jeg bare følte meg enda mer som en taper» (Intervju 9)

4.1.4 Manglende digital kompetanse

Når det gjelder forhold knyttet til digital kompetanse, ser vi fra spørreskjemaet (Figur 5) at 74 prosent av informantene oppgir å **laste opp vedlegg**, og 81 prosent oppgir **problemer med pålogging** som vanlige eller svært vanlige utfordringer for brukerne. Deretter kommer problemer med tilgang i form av **manglende tilgang til nett/PC** (67%) og **problemer med å ta i bruk** maskinvare (48%). Endelig ser vi at 39 prosent oppgir at **skjema ikke passer til sak**, 30 prosent oppgir **manglende tillit til systemet**, og 24 prosent oppgir **skepsis til personvern** som vanlige eller svært vanlige utfordringer for brukerne i møte med digitale løsninger fra NAV.



Figur 5: Svarfordeling på spørsmålet: "Hvor vanlige er de ulike utfordringene for den gruppen/de personene du har kontakt med?" Her er listet opp 15 utfordringer.

Overordnet viser resultatene i figur 5 at respondentene opplever at brukerne har størst utfordringer med forhold knyttet til manglende byråkratisk kompetanse, for eksempel det å ha oversikt over rettigheter og tilbud eller å forstå informasjon på nav.no, i de digitale løsningene (se 4.1.5). Utfordringer som kan knyttes til manglende digital kompetanse, som å laste opp vedlegg, logge på den digitale løsningen, er også vanlige. Det samme er manglende tilgang til nett/PC (se 4.1.6), men dette oppgis ikke som like vanlig som utfordringene med byråkratisk og digital kompetanse.

Informantene i alle intervjuene snakker om ulike aspekter ved brukernes **manglende digitale kompetanse**. Brukerne beskrives som generelt teknisk svake, de har ikke digitale ferdigheter og heller ikke et digitalt språk for å uttrykke hva de trenger når de må ha hjelp. I dette materialet finner vi mange nyanseringer av hvilke konkrete utfordringer dette skaper for brukerne:

"Mange også sliter veldig med å bruke nettbrett, har vi sett. Skjøpper ikke hva de skal gjøre hvis skjermen slår seg av i hvilemodus, eller forstår ikke helt" (Intervju 8)

"Og så er det rett og slett mangel på digital kompetanse hos mange" (Intervju 9)

Resultatene fra spørreskjemaet viser at 87 prosent av respondentene oppgir **det å orientere seg/finne frem i nav.no** som utfordrende. I intervjuene fremheves også utfordringene med det å navigere på nav.no og det å få satt sammen en søknad. Utfordringene med å navigere, det vil si å finne frem til den informasjonen eller det søknadsskjemaet man trenger på nav.no, kan være knyttet til opplevelsen av nav.no som komplekst med mye informasjon og mange funksjoner, eller til brukernes digitale ferdigheter.

"For meg som jobber med det, og som er ganske godt inne i enkelte ting, så synes jeg det er komplisert å finne frem. Og da skjønner jeg veldig godt at pasientene har store utfordringer med å finne frem til riktig informasjon inn på sidene" (Intervju 5)

"Og bare det med å navigere på ei nettside, med å forstå det med meny, å komme seg frem og tilbake, og opp og ned, og- ja. Så, som sagt, det kan jo godt stoppe der. Så det kommer rett og slett veldig an på hvilket digitalt nivå de er på" (Intervju 1)

Videre oppgis **oversikt over hvilke rettigheter/tilbud** som er aktuelle i egen situasjon, **å fylle ut søknad riktig**, og **å forstå eller lese informasjon på nav.no/mittnav** som de vanligste utfordringene brukerne møter når de skal ta i bruk de digitale løsningene fra NAV (86 prosent). Deretter kommer **å formulere sin egen sak eller situasjon skriftlig**, og **vet ikke hvilken informasjon de skal se etter/spørre om** (83 prosent). 84 prosent av respondentene oppgir at **å forstå hvilke vedlegg som er nødvendige**, er en vanlig eller svært vanlig utfordring blant brukerne de er i kontakt med (figur 5). Her ser vi også tydelig at kravet *byråkratisk kompetanse* for å kunne ta i bruk digitale løsninger består av mer enn tilgang på informasjon i klart eller oversatt språk.

4.1.5 Manglende byråkratisk kompetanse

Som presentert i kapittel 1, handler forståelse og bruk av informasjon om mer enn bare selve språket og om lese- og skriveferdigheter, nemlig om evnene til å være i stand til å nyttiggjøre seg informasjon ved hjelp av å lese og skrive (lese- og skrivekyndighet). Ikke minst er byråkratisk kompetanse, det vil si å ha kunnskap om velferdssystemet generelt, om NAV, om rettigheter og ytelser, samt om søknadsprosedyrer for å kunne nyttiggjøre seg innhold og funksjoner på nav.no, et sentralt aspekt av digital sårbarhet. I intervjuene med tjenesteytere i dette prosjektet ble flere kategorier av brukernes utfordringer knyttet til manglende byråkratisk kompetanse adressert: 1) manglende overordnet forståelse av velferdssystemet, 2) manglende forståelse av skjema og søknader og 3) manglende forståelse av personvern og hvordan man bør forholde seg til sensitive personopplysninger.

Manglende overordnet forståelse av velferdssystemet, inkludert regelverk, rettigheter, ansvar og roller, kan være tilfelle både hos brukere som har flyttet til Norge, og brukere som har bodd her hele livet:

"Og så det at det kan være litt vanskelig for dem- altså det kan jo være vanskelig for nordmenn som er født i Norge også å forstå systemet, men tenk deg da å komme fra et helt annet land som ikke har det velferdssystemet som vi har, og så skal de lære seg et nytt språk og så skal de klare å orientere seg inn i alle de ytelsene og ordningene og regelverkene vi har, og så på et språk de ikke forstår, og så på data som de kanskje ikke har vært borti før. Så det er jo kanskje den største gruppa sånn som jeg ser det" (Intervju 5)

"Så den gruppen her på nedre normalområde som vi snakker om, det å på en måte forstå system, det opplever i alle fall jeg på den gruppen der. Jeg har skrevet ned hvem er det jeg snakker om her, og én av de som kom høyest opp for meg, det er den der dårlige kognitive fungeringen der, det å forstå system, og hva de har krav på når. Hva er AAP, hva er sosialstønad. Når de sier «jeg trenger en sofa, hva søker jeg da?». Det å forstå «hvilken type skjema skal jeg da bruke?», det er ikke noe de har klart for seg selv, nei. Det har jeg- da må jeg fortelle at da kan vi prøve å søke økonomisk sosialhjelp for å få dekt den, for eksempel. Sånn at det er ikke lett for dem å forstå, hvordan- hva er liksom sosialhjelp, hva er AAP, hva er uføretrygd. Og hvordan systemet er bygd opp, da. For akkurat den gruppen der, selv når de er i en god fase, sliter veldig med den systemforståelsen, synes jeg" (Intervju 7)

"Det er egentlig et godt poeng, for det er noe jeg også opplever at jeg møter ofte, «men er dette noe NAV kan hjelpe meg med?», «hvem er det jeg skal ta med meg mine utfordringer til, liksom, er det NAV, eller er det legen, eller er det behandleren på DPS?»" (Intervju 9)

Manglende forståelse av skjema og søknader handler både om manglende forståelse for hva skjema/søknader brukes til, og hva som skjer etter at de er fylt ut digitalt:

"Det å skulle ta ut ei kontoutskrift på papir, og kopi av husleiekontrakt, det er konkrete ting. Men å forstå hvorfor vi skal laste opp, ta ned en skjermdump og legge den en annen plass, det ligger litt langt frem i tid" (Intervju 4)

"Og så spesifikt på CV opplever jeg at det er mange som trenger hjelp. Både til å sette opp CV-en, fordi at når man er i systemet så blir det forventet at man skal legge inn en CV, så er det ikke alle som har forståelse av hva det er, og greier ikke å skille mellom CV og søknad" (Intervju 1)

Det å få satt sammen en søknad er en sammensatt oppgave som krever både digital kompetanse og byråkratisk kompetanse. De digitale ferdighetene brukerne har utfordringer med når det gjelder å få satt sammen en søknad, handler ifølge informantene i intervjuene i størst grad om vedleggene, det vil si dokumentasjonen man må legge ved fra andre kilder, for eksempel fra banken eller Skatteetaten. I figur 4 ser vi at 74 % av respondentene rapporterer at det er svært vanlig eller vanlig å møte opplastning av vedlegg som en utfordring brukerne kan møte når de skal benytte digitale løsninger fra NAV. Intervjuene utdyper dette ved å vise at det er utfordrende både å skjønne hvilken dokumentasjon man trenger, hvor man skal få den ifra, og hvordan man skal få den inn i søknaden på nav.no:

"Å fylle ut en søknad med vedlegg er abstrakt, de er vant til mer konkrete ting: "Lære dem ting som å scanne, legge ved, innlogging som man har mange plasser, e-post, google konto, nettbanken, få de grunnleggende ferdighetene inn. Ting som går igjen flere plasser, en grunnleggende følelse av hva dette dreier seg om. De er vant til mer konkrete ting. Og så skal de gå over til mer abstrakte ting, de legger inn ting på en skjerm og så forsvinner det" (Intervju 4)

"Også tilbakemeldingene til mange da er at det er vanskelig å orientere seg i de- Det vi ofte vektlegger er det dokumentasjonskravet, kanskje ikke selve søknaden, men dokumentasjonskravet. Mange av mine som gir tilbakemelding på at det er vanskelig" (Intervju 3)

Som vist i 4.1.3 adresserer informantene også brukernes lese- og skrivekyndighet som utfordrende, noe som i denne sammenhengen innebærer evnen til å kunne bruke lese- og skriveferdigheter til å utføre oppgaver som å finne informasjon, følge instruksjoner, fylle ut skjema eller kontakte saksbehandlere (se kap. 1.4). Mange brukere kan fint både lese og å skrive, og er også i stand til å lese og skrive digitalt i for eksempel tekstmeldinger, men de er likevel ikke i stand til å bruke disse ferdighetene til å bruke nav.no selvstendig, som illustrert med to sitater fra intervju 6:

"Også er det forståelsen for det som står der. Det å prosessere informasjon og... omsette det, holdt jeg på å si. Å skjønne konsekvensene av... hva det spørres etter. Hvorfor skal jeg svare på dette her, hva skjer hvis jeg svarer sånn." (Intervju 6)

"Også opplever vi, eller jeg i alle fall, at mange av de spørsmålene som er i de skjemaene det er.. det kan være vanskelig å nettopp å tolke å forstå spørsmålet. Hva er det egentlig det spørres etter her, kan være vanskelig for egen del også" (Intervju 6)

4.1.6 Digitale skillelinjer / manglende tilgang

Som nevnt i innledningen, er ikke mangel på datautstyr og internett et særlig utbredt problem i Norge. Men både i spørreundersøkelsen og i intervjuene kom det frem at det kanskje nettopp er innenfor de sårbare gruppene som dette prosjektet handler om, at vi finner de personene som ennå ikke har tilgang til utstyr. I figur 5 ser vi at en nokså stor andel av informantene har oppgitt av manglende utstyr er en utfordring. I intervjuene adresserte alle informanttyper (ansatte på bibliotek, ansatte i lavterskeltilbud for innvandrere og for brukere med utfordringer innen psykisk helse og rus samt sosionomer innen somatikk og psykiatri) mangel på utstyr som en utfordring. Typiske kommentarer var:

"De mangler PC, mangler internett hjemme, har dårlige mobil abonnement, fordi man har mye gjeld, sånn at man ikke får noe annet enn kontantkort for eksempel, som er avskåret fra dem mulighetene egentlig" (Intervju 2)

"Hvis du ikke har økonomi til å ha fancy telefon eller iPad, nettbrett eller datamaskin, da stopper det og ganske opp" (Intervju 5)

.. at de for eksempel har innlogging via mobilbank da, og en ikke for eksempel greier å bruke mobil eller ikke har mobil fordi at de ja- ikke er så kritisk til måten man skal bruke den. (Intervju 6)

Tilgangsbarrierer, eller digitale skillelinjer, kan altså fortsatt betraktes som aktuelt for en del brukerne, og som ett av forholdene som utgjør digital sårbarhet. I tillegg til de klassiske skillelinjene, i form av tilgang på internett og PC kommer det også frem andre tilgangsbarrierer både i intervjuene og underveis i de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen. Dette er for eksempel knyttet til pålogging, ikke minst i form av mangel på kodebrikke. I intervjuene blir tekniske og praktiske barrierer ved innlogging utdypet og er den utfordringen det blir snakket mest om.

"På grunn av at det må være trygt og sikkert og personvern oppe i det hele, så må man ha en innlogging som er vanskelig, altså, du må ha en sånn tretrinns innlogging, på en måte. Men det er en kjempeutfordring for den gjengen her. Du har ikke både passord og en brikke og, liksom, alt det der klart. Som oftest. Det er det som er et sånt problem, hvert fall. Så det er den første muren vi tror de møter" (Intervju 7)

"Jeg vil jo egentlig si at det er det med å klare å logge seg inn i det hele tatt. Fordi det er så mange som ikke er i stand til det" (Intervju 6)

Utfordringer med pålogging handler ifølge flere informanter om å ha tilgang til passord, som igjen er direkte knyttet til BankID. Det er flere utfordringer med BankID og passord: Noen brukere mangler en overordnet forståelse av hva BankID er for noe og har ikke BankID i det hele tatt. Noen forstår ikke at BankID kan brukes til noe annet enn innlogging i bank, den ligger igjen hjemme når brukeren er innlagt på sykehus eller annen institusjon, eller glemmer å ta med selv om de vet at de har en avtale om å få bistand med nav.no. Noen har mistet kodebrikken og synes det er vanskelig eller skamfullt å skaffe seg ny, mens andre har kastet den på grunn av vrangforestillinger:

"Altså hvis du ikke er klar over verdien av kodebrikken din og du nesten ikke vet hvordan du skal håndtere kodebrikken din, så stopper det meste opp da" (Intervju 5)

"Ja, vi har jo også dem som er uten min id (...) det er mest vanlig i- altså i miljøet med aktive rusavhengige og vi har jo ikke så mange av dem heldigvis, men det er jo en prosess å skulle opparbeide seg alt dette her. Og mye hindres både av postkasseskredd og gjeld, det setter stopper for mye som er veldig praktisk å ha, nettbank og mobilabonnement, vanlige ting for folk flest" (Intervju 2)

"Fordi at de pasientene er- veldig mange av dem har kanskje ikke nettbankbrikken sin eller de ble lagt inn i hui og hast og ikke vært i form til å dra hjem for å hente bankbrikken sin, sant. Så det er vanskelig, det er veldig lite du får gjort uten denne innloggingen nå" (Intervju 8)

"Det må ha kommet de siste par årene, fordi det er noen som ikke har det, og så er det flaut, ikke sant, det er en sånn, går det an å kalle det en sånn digital skam for å bruke et sånt moteord da" (Intervju 2)

Tilgang på kodebrikke kan altså sies å være en tilgangsbARRIERE i tillegg til tilgang på PC og internett.

4.1.7 Manglende erfaring og usikkerhet

Jevnt over rapporteres det mange utfordringer som brukerne kan ha, både i intervjuene og spørreundersøkelsen. Intervjuene utdyper også mer komplekse sammenhenger for hvordan manglende digital kompetanse spiller seg ut i møte med de digitale selvbetjeningsløsningene. Ifølge informantene i intervjuene kan manglende digital kompetanse skyldes manglende erfaring med digitale løsninger generelt, og manglende erfaring med offentlige tjenester som nav.no spesielt. Dette blir av flere informanter spesifikt knyttet til innvandrere og flyktninger:

"De er vant til å oppsøke- fra- i hjemlandet, de er vant til å forholde seg til mennesker fysisk, forventer å møte en person som kan snakke med deg" (Intervju 4)

"Å komme fra et helt annet land som ikke har det velferdssystemet som vi har, og så skal de lære seg et nytt språk og så skal de klare å orientere seg inn i alle de ytelsene og ordningene og regelverkene vi har, og så på et språk de ikke forstår, og så på data som de kanskje ikke har vært borti før" (Intervju 5)

Manglende erfaring med digitale offentlige tjenester er imidlertid aktuelt også for mange andre brukergrupper, for eksempel brukergrupper som har høy digital kompetanse innen andre områder:

"Så jeg synes bare det var litt viktig å få frem at det er en god del som synes det er vanskelig, og som synes det- som ikke helt vet hvor de- som stopper opp, for da vet de ikke helt hvor de skal trykke, for eksempel, inne på digitale skjemaer, og så stopper det opp, og så gjør de ikke, kanskje, innen fristen, eller- ja. Så blir det klabb og babb, da. Fordi om man kanskje egentlig er litt friskere psykisk, og at man skulle tro at veldig mange unge folk har veldig god digital kompetanse, så er det forskjell på å være god på spill og å orientere seg på NAV, er min erfaring. Noen får det til bra, altså. Men det er kanskje litt flere enn jeg hadde trodd på forhånd i den gruppen jeg jobber med nå, som strever" (Intervju 7)

Informantenes beskrivelser viser videre hvordan brukernes manglende erfaring fører til usikkerhet når de skal bruke eller forsøke å komme i gang med å bruke digitale løsninger. Noen brukere er redde for hva de møter dersom de logger seg inn, som illustrert med dette sitatet fra en lavterskeltjeneste innen psykisk helse og rus:

"Usikkerhet på hva som møter dem, når de åpner der også, da, om de da er i stand til å ta det, for de har jo lite overskudd fra før av. Og så når de går eventuelt- om de går i en ny depresjon eller får enda mer angst. Større avstand til systemet" (Intervju 9)

For andre brukere vedvarer imidlertid usikkerheten også når de har kommet i gang med å bruke en digital løsning. I slike tilfeller kan usikkerheten være knyttet til design og funksjonalitet i selve løsningen, for eksempel i søknadsskjema på nav.no, eller brukeren kan være usikker på hvordan en informasjonsutveksling foregår når man ikke kan se eller høre den man interagerer med:

"såne hard-stops i skjemaene som gjør at det kompliserer veldig. Og man blir veldig usikker, både de som er pasient, pårørende, og man tør liksom ikke å klikke videre, eller være kreativ. Det er litt rigid" (Intervju 3)

"sånn at det er på en måte ikke et enten-eller heller på et vis, det handler om menneskemøtene da, det er egentlig det. Og det å være liksom trygg på at den informasjonen som enten skal formidles eller får formidlet at det blir riktig, da" (Intervju 9)

4.1.8 Tillitsutfordringer

Helt nederst i figur 5 finner vi utfordringer knyttet til motivasjon, tillit til systemet og skepsis knyttet til personvern. Disse forholdene kan også være påvirket av den posisjonen NAV spiller i den livssituasjonen brukerne står i når de skal ta i bruk de digitale løsningene. Sårbare grupper avhenger i stor grad av bistand fra NAV for inntektssikring og livsopphold. Dette kan både være en viktig motiverende faktor for å ta i bruk løsningene, samtidig som at skepsis og manglende tillit må avveies mot nødvendigheten i å ta i bruk digitale løsninger for å få dekket grunnleggende behov for den enkelte.

Manglende forståelse for personvern dreier seg om forståelse av hva personsensitive opplysninger er, og hvorfor de skal behandles konfidensielt. Dette blir utdypet i intervjuene:

"Nei, fordi mange tar ikke det der på alvor, dem strør om seg med personopplysninger ganske ofte, så det er litt sånn skummelt egentlig" (Intervju 2)

"Det skjer veldig ofte, det blir hverdagslig i jobben vår. Det handler om forståelsen av systemet. «Hva er den kodebrikken, hva betyr den for meg?». Mange har ikke forståelse av at denne er personlig. Vi har sagt at det er greit at de gjør det for oss i [arbeidsplass], vi har

taushetsplikt. Men vi prøver å lære dem at de ikke skal dele dette med andre, ikke stå på en åpen maskin der alle kan se. Men det tar tid å forstå hvor personlig dette er. Mange er nok litt slepphendte med å dele, med en tilfeldig nabo, man er så avhengig av å få til dette. Mange bruker nok denne litt i hytt og pine, man er jo avhengig av å få det til for å få pengene" (Intervju 4)

"Den forståelsen av en digital bruker. Den er lav. Å forstå at det er en signatur, og at å misbruke den er dokumentfalsk. Alt dette sitter få av mine deltakere og reflekterer over" (Intervju 4)

"Nei, det er jo helt klart at det er en del som ikke forstår at du burde logge ut av nettbanken din, ikke gå fra, ja, enten det er nav.no eller e-posten din, uten å logge av PC-en. Ikke bare gå fra lokalet for å hente en utskrift mens det sitter noen ved siden av. Vi ser at det er en utfordring, det her" (Intervju 1)

Noen av informantene peker på at den ukritiske delingen av personsensitiv informasjon også kan være påvirket av den situasjonen brukerne står i. Brukerne har ikke overskudd eller tid til å tenke på personvern fordi situasjonen de står i, inkludert oppgavene de må løse på nav.no, er så krevende:

"Men jeg tenker at det er mange av de som kommer til oss og spør, det virker ikke som de tenker så mye på det [behandling av personopplysninger]. De trenger hjelp, ferdig med det. Da får nå vi bare se når de logger inn her og der, eller de viser oss det brevet de har skrevet som de trenger å få skannet inn. Enten så er de litt desperate, eller så forstår de kanskje ikke at det her er ganske så personsensitivt at vi kanskje ikke burde ha fått sett" (Intervju 1)

"Men jeg tenker jo at vi skulle ha bidratt til at de skulle forstå sitt eget personvern bedre. Jeg tror mange er så desperat at det kommer i siste rekke, da, dessverre" (Intervju 1)

Når det gjelder årsakene til manglende byråkratisk forståelse, nevner informantene mangel på erfaring, sykdom, lav kognitiv funksjon eller lav mestringstro:

"Og det er klart at når folk er psykotisk, så er det så mye annet forstyrrelser i hodet, at det går jo hardt utover konsentrasjon og oppfatningsevne. Så systemforståelsen, den er dårlig, altså" (Intervju 7)

"Altså de bare gir opp å prøve å finne ut av ting selv, for de synes det er så vanskelig å forstå systemet. De føler seg dum, føler at de ikke strekker til. De kommer kanskje dit med lav selvfølelse i utgangspunktet, som ikke blir forsterket da av et system som kanskje ikke møter dem som mennesker" (Intervju 9)

4.2 Myndiggjøring

Som nevnt innledningsvis er innføring av digitale løsninger forventet å bidra til myndiggjøring hos brukerne. Når brukerne tar større kontroll over egen situasjon, forventes dette å bidra til å redusere det økende presset på helse- og velferdstjenestene (Calvillo et al. 2014; Skinstad & Farshchian 2016). Digitale løsninger beskrives som *muliggjørende teknologi* for myndiggjøring ved å tilby informasjon og kunnskap, legge til rette for kommunikasjon med tjenesteyter og ved å være et redskap for å opprettholde sunne og gode vaner. På samme måte skriver Chudasama (2017) at tilgang på informasjon og kompetanse fra NAV vil kunne sette brukerne i stand til å medvirke mer aktivt i hjelpeprosessen og ta mer informerte og reelle valg

for sin egen situasjon. Skinstad og Farshchian (2016) finner likevel i sin litteraturgjennomgang at de fleste digitale løsningene innen helse ikke er utviklet for å understøtte en myndiggjøringsprosess i helsetjenestene. Det er så langt ingen tilsvarende studier for velferdstjenestene. Denne studien søker å bidra til å dekke dette kunnskapshullet.

I de innledende intervjuene ble det ikke stilt direkte spørsmål om hvorvidt de digitale løsningene bidro til myndiggjøring hos brukerne. Det kom likevel tydelig frem at dette ikke er tilfelle, etter informantenes oppfatning. Informantene deler gjennomgående betraktninger om hvordan digitale velferdstjenester *ikke* fungerer som en prosess som gir mer egenkontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker brukerne i sin hverdag. Ulike nyanser av disse opplevelsene står sentralt i den videre analysen, men det er et gjennomgående funn at informantene beskriver flere tilfeller hvor en ikke opplever myndiggjøring (såkalt *disempowerment*) heller enn tilfeller med myndiggjøring. En informant som har mye erfaring med brukere som har utfordringer med rus, beskriver det på følgende måte:

"Så er det den her følelsen av å være veldig liten og føle at man er kanskje litt i veien, mot et sånn stort upersonlig system da" (Intervju 2)

I tillegg er behovet for bistand et sentralt tema som informantene knytter til spørsmålet om hvorvidt teknologien bidrar til økt myndiggjøring hos brukerne. Informantene levner liten tvil om at myndiggjøring er viktig, også for sårbare grupper, men veien dit er lengre å gå for de sårbare gruppene enn for de som ikke har behov for bistand:

"Om du har litt digital kompetanse og du kommer deg inn på nav.no, men så er det så gresk. Ja det og byråkratisk språk. Og det er flere som har sagt at; jeg bare følte meg enda dummere. Jeg bare følte meg enda mer som en taper. Det er så trist vet du, det er kjempetrist. Og så tenker de, tenk den tiden da, fra 20 til 25 år da, den tiden i livet ditt da, hvor viktig den er. Hvor mye som skjer da. Jeg tror det er veldig mange som hadde klart å komme seg ut av NAV systemet og, hvis de hadde fått et godt møte med NAV og fått god hjelp veldig fort" (Intervju 9)

"Men hvis du lager et system som krever at en har digital kompetanse, så må en jobbe med de som har god digital kompetanse også. Altså, de andre detter ut og da får du jo konsentrert deg om en målgruppe det kanskje er lettere å oppnå noe med, men de som detter ut de detter skikkelig ut også da" (Intervju 4)

4.2.1 Opplevs de digitale løsningene myndiggjørende for sårbare brukere?

Samlet sett kommer det frem lite i intervjuene som tyder på at de digitale løsningene virker myndiggjørende for sårbare grupper. På sikt kan de digitale løsningene oppleves myndiggjørende for mange, men samtidig vil det sannsynligvis alltid være noen som ikke klarer å håndtere de digitale løsningene uten bistand fra andre. Det er to perspektiver i dette: Noen informanter jobber aktivt med å bidra til myndiggjøring hos sine brukere, selv om det kan kreve mye bistand over lang tid. Andre oppgir at alle brukerne ikke er i en slik situasjon at de vil kunne administrere livet sitt gjennom digitale verktøy. Tilgang på bistand er en forutsetning for at de digitale løsningene skal muliggjøre myndiggjøring hos de sårbare brukerne:

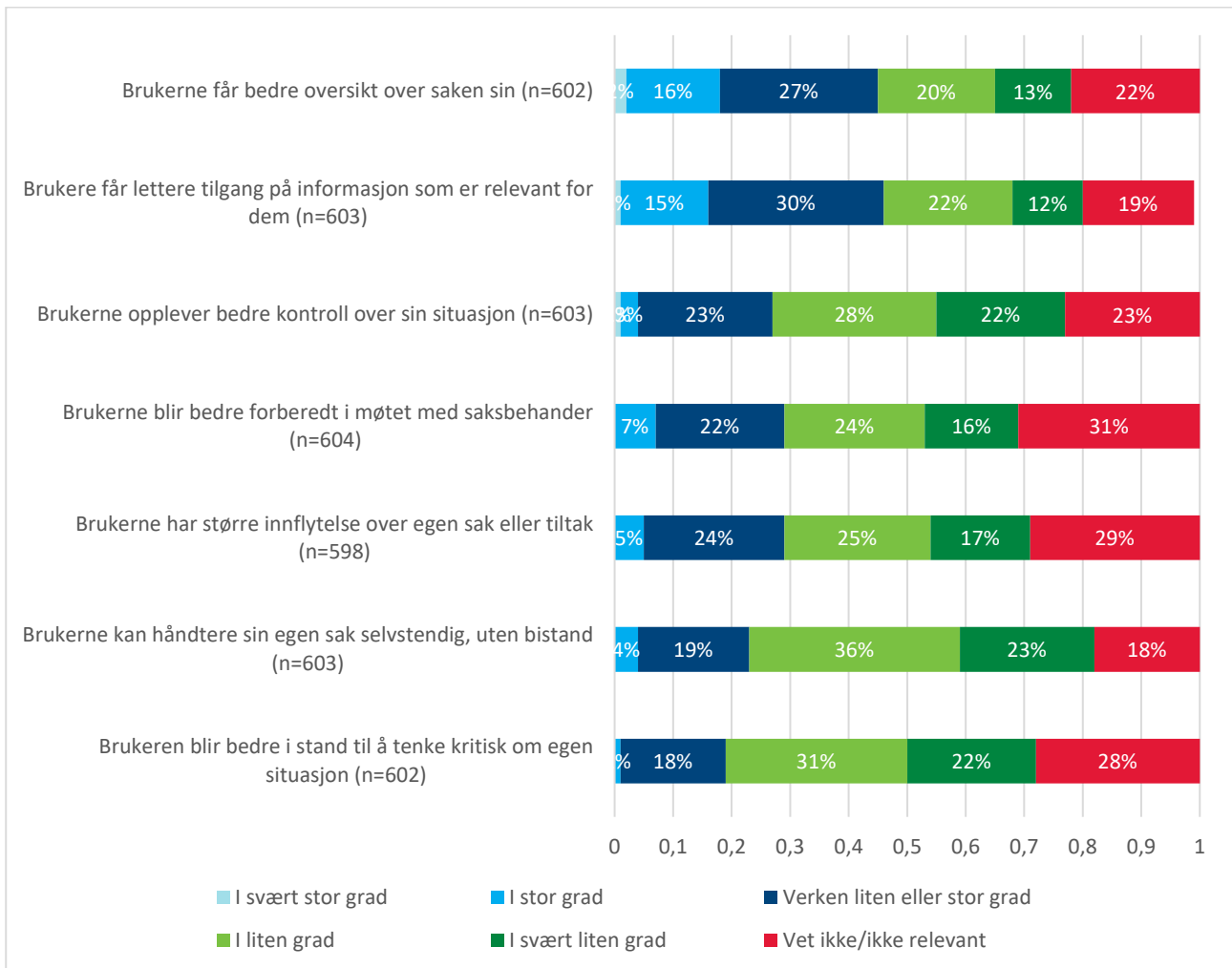
"Myndiggjøring er jo viktig i forhold til den brukerstemmen som de har og en delaktighet i hverdagen. Vi har jo jobbet, eller tidligere erfaring så har vi jo vært gjennom sertifiseringsgreia som bygger veldig mye på den brukerstemmen da. Det er sånn som vi også

skal ha her etter hvert med kreditering og slike ting, for det handler om å synliggjøre og la de få lov til å ta grep i hverdagen sin på best mulig måte. Men når ikke de er i stand til å logge seg på noen ting så er det vanskelig å få de til å få den mestringen i, for de har prøvd det hvert fall" (Intervju 9)

"De som sliter mest, trenger jo en form for direkte hjelp da, direktekommunikasjon, veiledning. Og det er vanskelig å si, det er jo ikke for alle. Det er jo noen som aldri vil kunne klare å orientere seg selv, på grunn av kognitiv funksjon på grunn av skade, eller ja- ... Men så er det jo noen som kunne ha klart det med direktekommunikasjon, veiledning. Absolutt" (Intervju 3)

"Men når dem har noen veiledere [fra NAV] som faktisk er på og faktisk svarer innen frister og sånne ting, så fungerer det bedre, fordi da kan dem spørre dem. Da kan dem faktisk spørre om digitale ting og få gode svar, av og til så må vi hjelpe til da, men da for å forstå, hva er de forskjellige måtene å kommunisere også digitalt på med NAV, fordi det er jo forskjellige måter også" (Intervju 2)

Det som kommer frem i intervjuene, er på tvers av den rådende tankegangen om de forventede fordelene av digitalisering av offentlige tjenester. For å undersøke dette spørsmålet nærmere tok vi derfor utgangspunkt i forskningslitteraturen og det som kom frem i intervjuene, og utviklet et spørsmålsbatteri til spørreskjemaet der tjenesteyterne kunne vurdere ulike påstander om hvordan teknologi kan bidra i ulike deler av en myndiggjøringsprosess for de brukerne de møter i sin arbeidshverdag.



Figur 6: Svarfordeling på følgende spørsmål: "I hvilken grad beskriver påstandene brukernes opplevelse av at NAV-tjenestene har blitt digitale?"

I spørsmålet om digitale løsninger fra NAV bidrar til at sårbare brukerne i større grad blir involverte i egen sak og står styrket i møte med saksbehandler, viser resultatene et forbedringspotensial. Bare 18 prosent av respondentene på tvers av bakgrunn oppgir at de sårbare brukerne i stor eller svært stor grad får bedre oversikt over saken sin. 17 prosent oppgir at de opplever at brukerne får bedre tilgang til informasjon som er relevant for dem. Ni prosent oppgir at brukerne får bedre kontroll over sin egen situasjon, sju prosent oppgir at de står bedre forberedt i møte med saksbehandler, og fem prosent oppgir at digitale løsninger bidrar til at brukerne har større innflytelse over sin egen sak eller tiltak. Bare fire prosent oppgir at de sårbare brukerne kan håndtere sin egen sak selvstendig, uten bistand. Endelig oppgir én prosent av respondentene at digitale løsninger fra NAV bidrar til at brukeren blir bedre i stand til å tenke kritisk om sin egen situasjon. Hvilke oppgaver respondentene typiske hjelper sårbare brukere med, adresseres i del 4.3 *Brukeres behov for og tilgang på bistand*. Der vil en for eksempel se at det er vanlig at respondentene bistår med oppgaver som krever en kombinasjon av byråkratisk og digital kompetanse som å finne frem riktig skjema, å forklare hva informasjon fra NAV innebærer, å finne informasjon om hva brukeren har krav på, å skaffe informasjon om hvordan søknad skal utfylles riktig, å fylle inn søknad (70%), å laste opp vedlegg og å logge inn i den digitale løsningen. Slike oppgaver kan virke å tilhøre type 3 av digitalisering som vi skisserte i

figuren i kapittel 1.1, det vil si det som egentlig er laget for å være selvbetjeningsløsninger for å få offentlige tjenester eller ytelser.

Det er flest bibliotekansatte som rapporterer at de anser dette spørsmålet som ikke relevant. Myndiggjøring er et etablert begrep i sosialt arbeid, og tjenesteytere som er sosionomer eller som utfører sosionomlignende arbeidsoppgaver, har et ansvar for å følge opp brukerne mens bibliotekansatte først og fremst møter brukeren i en enkelt bistands-situasjon og har mindre grunnlag for å vurdere flere av påstandene i spørsmålsbatteriet. Rundt 10 prosent av de som opplever spørsmål om myndiggjøring som ikke relevant, er ansatte i rehabilitering med avtale.

Resultatene kan tyde på at nav.no ikke klarer å formidle den informasjonen og oversikten som er en nødvendig forutsetning for at teknologien skal bidra til myndiggjøring hos sårbare brukere. Som beskrevet i tidligere kapittel, handler dette både om å klare å logge seg inn og ta i bruk den digitale løsningen på den ene siden, og forstå og bruke informasjonen til å gjøre informerte valg til beste for egen situasjon, på den andre. Av dette følger også at det er få sårbare brukere som evner å anvende informasjonen til å stå styrket og myndiggjort i møtet med NAV. For at teknologien skal fungere muliggjørende for sårbare brukere kreves det blant annet en kombinasjon av inkluderende design, økt brukervennlighet, klarspråk og ikke minst tilgang på bistand for å kunne hente ut de fordelene som teknologien kan gi. Et sentralt spørsmål er da hvorvidt det er tilgang på informasjon og oversikt gjennom de digitale selvbetjeningsløsningene eller om det er tilgang til personlig bistand og annen oppfølging som er den sentrale forutsetningen for at teknologien kan være muliggjørende i en myndiggjøringsprosess for de sårbare gruppene.

Det er imidlertid mulig at det eksisterer andre fordeler eller positive effekter av at tjenestene tilbys i digitale kanaler. Vi stilte derfor følgende oppfølgingsspørsmål til respondentene i spørreskjemaet: *"Ser du andre fordeler med de digitale løsningene for brukerne?"*. Spørsmålet var åpent, noe som betyr at respondentene står fritt til å skrive kommentarer uten å måtte forholde seg til forhåndsdefinerte kategorier. Totalt avga 162 respondenter svar på dette spørsmålet. Summen av kommentarer i de ulike kategoriene som presenteres nedenfor, overstiger totalt antall kommentarer fordi én kommentar kan omtale flere forhold, både positive og negative.

De fleste kommentarene som fremhever positive forhold ved de digitale løsningene for brukerne (i alt 37), viser til at digitale løsninger gir fordeler i form av bedre tilgjengelighet ved å overkomme geografisk avstand og tilgjengelighet på tidspunkt som er mer passende for brukeren. 24 respondenter oppgir at digitale løsninger kan gi bedre oversikt over dialog og dokumenter knyttet til saken. 12 kommentarer trekker frem at de digitale løsningene gjør det enklere å gi bistand fordi dokumenter og informasjon er samlet på ett sted.

Hovedtrenden i svarene er likevel at respondentene mener at digitale løsninger *ikke* gir noen fordeler for den sårbare gruppen de er i kontakt med. En stor andel oppgir at det heller blir verre. Respondentene uttrykker en tydelig todeling i hvordan de opplever hvilken betydning innføring av digitale løsninger har for brukerne: Brukere som har nødvendig kompetanse og utstyr, får oppleve fordelene med teknologien, mens sårbare brukere kan både gå glipp av fordelene og oppleve direkte negative konsekvenser av digitale løsninger. Overgangen til digitale løsninger kombinert med redusert tilgang til bistand gir på den måten større ulikhet mellom de som behersker formatet og de som ikke gjør det. I tillegg oppgir noen av respondentene at flere brukere faller helt fra.

"Påstandene her KAN være riktige om våre brukere får god info, opplæring og noen viser dem. Men hittil har jeg ikke opplevd at noen har klart dette."

“Jeg ser fordelene med alle de påstandene på forrige side, men erfarer at brukerne ikke har tålmodighet og forståelse nok til å utnytte det fullt ut.”

“Ikke for denne gruppen. For en frisk, norskspråklig middelklasseborger med høyere utdanning er det vanskelig nok. Regelverket er komplisert, og blir ikke på magisk vis forståelig bare det kan leses på en skjerm.”

Det siste svaret illustrerer også Morley og Floridi (2020) sin kritikk mot forutsetningen om at myndiggjøring gjennom digitale løsninger hviler på forutsetninger om at digital informasjon skal føre til at brukerne blir i bedre stand til å omsette informasjonen til gode og informerte valg.

Flere respondenter trekker også her heller frem at de ser ulike forhold knyttet til de digitale løsningene som bidrar til en følelse av avmakt og resignasjon blant brukerne. Dette kan være de kravene som stilles til den enkelte for å klare å ta digitale løsninger i bruk, eller hvordan møtet med og avvisning i de digitale løsningene oppleves for den enkelte:

“Det er fordeler for de som er ressurssterke. Vi ser at mange som har språkvansker eller mennesker som har falt utenfor samfunnet pga. for eksempel rus, har problemer med å få til dette selv. De mister på en måte kontrollen over eget liv.”

“Relasjon og trygghet er forutsetninger som har blitt mindre til stede i et for stort system. Det digitale er bra, men kan drukne i at for mange kjenner seg avmektig da de ikke når frem, får svar, får noen å snakke med!!”

“For brukere med høy utdanning og digital kompetanse kan digitale løsninger være bra. Jeg jobber med flyktninger, og mange har svært begrenset språk og digital kompetanse. For dem blir det umulig å forholde seg til digitale løsninger uten å få bistand. De blir ikke selvstendigjort slik systemet fungerer i dag.”

“Jeg tror sikkert de som fikser det digitale får bedre oversikt i en digital løsning, men for de andre - de denne undersøkelsen gjelder - gjør digitaliseringen at de føler enda mindre påvirkningsmulighet, og at de har enda mindre oversikt. Det blir et enten / eller. Jo mer digital en løsning er, jo mer utenfor er man om man ikke fikser det.”

Noen av respondentene ser også potensialet i de digitale løsningene for sårbare brukere, men da satt i sammenheng med det behovet disse gruppene har for bistand.

“Jeg ser mange potensielle fordeler med de digitale løsningene. For denne gruppen sårbare brukere er veien til mestring - både faktisk og opplevd - imidlertid lengre enn for andre. De gir uttrykk for og vi opplever at de har behov for mye personlig veiledning for å komme seg opp på et mestringsnivå der de får tillit til og overblikk til å håndtere det godt nok selv. Fordelene er der også for dem, - men krever en annen tilnærming til opplæring og veiledning enn hos andre brukere som prøver på egenhånd på nett og benytter seg av chat eller tlf der og da for å komme seg over eventuelle hindringer underveis.”

Utfordringene de sårbare brukerne har, gjør dem avhengige av bistand for en periode eller permanent. Å bli selvhjulpne og i stand til å dra nytte av de digitale løsningene krever mye bistand og opplæring for

enkelte. Behovet for bistand kan variere mellom grupper, over tid hos den enkelte og i hvor mye bistand som trengs. Noen beveger seg også inn og ut av perioder med behov for bistand:

“Jeg kan se fordeler med digitale løsninger for individer med høyt funksjonsnivå. Mine brukere har ikke dette, og derfor er det stort sett alltid personale som må hjelpe pas. med å navigere på NAV.no”

“Ja når de har fått opplæring og støtte så blir de jo mer selvhjulpne. Men ved tilbakefall til rus eller forverring av psykisk helse så vil de vanskelig få beskjeder på mail/sms burde "noen" fra NAV da ta kontakt dersom det er kjent at pasienten har spesielle utfordringer?”

“Mange brukere opplever ikke økt kontroll over egen sak og synes det er vanskelig å forholde seg til digitale løsninger, mens andre opplever at det er lettere å innhente informasjon om ytelser og sine saker. Samtidig kan all informasjon for noen virke overveldende. De søker da Nav kontaktsenter, og opplever, i likhet med oss som jobber for pasienter og pårørende, at det til tider kan være svært utfordrende å få tak i riktig saksbehandler på lokale Nav-kontor. I tillegg kan det være utfordrende for oss hjelpere å få kontakt med Nav og motta/gi informasjon på brukers vegne dersom brukere ved en sykehusinnleggelse ikke har tilgjengelig kodebrikke og får logget seg inn på mittnav og gitt beskjed om til kontaktsenteret at for eksempel. sosionom kan få informasjon om deres sak.”

For noen grupper er personlige møter i seg selv viktig i prosessen med tilfriskning og i vellykket tilbakeføring til ordinær samfunnsdeltakelse. En feilmelding i en digital løsning kan oppleves som avvisning, og føre til frafall og resignasjon hos de mest sårbare:

“Jeg ser mange fordeler for de menneskene som ikke har utfordringer med å kommunisere digitalt. Men for pasientgrupper jeg møter, virker det som om det som i utgip. skal være et gode for dem, blir en ekstra utfordring, særlig når det er vanskeligere å få personlige møter mellom pasient og veileder hos NAV. Det er store fordeler for ressurssterke foreldre/foresatt, men tilsvarende ulemper for de som ikke behersker digitale løsninger. Igjen så blir det de ressurssterke som når frem, men de som ikke behersker digitale løsninger faller gjennom.”

“For veldig mange NAV brukere og noen av brukerne jeg jobber med så kan de selv skaffe oversikt uten å være avhengig av kontakt med personer i NAV. Men gruppen jeg jobber med, evner ofte ikke dette, mistet tilgang, har ikke Bankid, skjønner ikke hvor de skal lete, har lite utholdenhet med dette og trenger heller personlig kontakt.”

Det skiller seg ut to hovedtema i disse svarene: En del av de sårbare gruppene har behov for bistand, antagelig over lang tid og kanskje vil dette behovet være permanent. For andre grupper kan teknologien være et verktøy som bidra til økt selvstendighet og mestring av sykdom og livssituasjon, under forutsetning av at de får mye bistand, ikke bare i digital kompetanse, men i å innrette livet slik at det blir tilstrekkelig stabilt for å kunne administrere sitt eget liv digitalt, samt selvtillit og motivasjon nok til å stå i møte med teknologien selv.

Gruppeintervjuene ga oss enda bedre grunnlag for å se på hvilke komplekse sammenhenger som påvirker forholdet mellom sårbare grupper, digitalisering, myndiggjøring og behov for bistand. Både respondentene i spørreundersøkelsen og informantene i intervjuene knytter de digitale løsningene i stor grad til fravær av

myndiggjøring for de sårbare gruppene. I intervjuene er det også en del funn som sier noe om forutsetningene for og forhold som påvirker opplevelsen av myndiggjøring.

Vi har valgt å strukturere de funnene som nyanserer dette, ved å besvare to spørsmål som har reist seg som relevante gjennom analyse av intervjudata: *Hva er årsaken til at digitale selvhjelpsløsninger skaper avmakt? og Hvilke forhold henger sammen med en opplevelse av myndiggjøring?*

4.2.2 Hva er årsaken til at digitale selvhjelpsløsninger skaper avmakt?

Analysen viser at myndiggjøring relatert til "hvorfor digitale selvhjelpsløsninger skaper avmakt?" består av fire hovedtemaer: 1) praktiske problemer, 2) manglende fysisk og relasjonell kontakt, 3) skaper situasjoner som gir dårlig mestring og dårligere selvfølelse og 4) for mye informasjon og for mange valg.

Praktiske problemer

I dette prosjektet er det et rikt datamateriale hvor det kommer frem mange betraktninger på hvordan digitale velferdstjenester ikke gir mer egenkontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker brukerne i sin hverdag. Mange av årsakene til dette er praktiske problemer. Det å ikke være i stand til å logge seg på og å ikke ha oversikt er belastende og skaper situasjoner som de sårbare brukerne ikke mestrer på en god måte.

"og bare den følelsen av å kanskje ikke være i stand til å logge seg på en stund, og ikke vite hva som ligger der, da, om man går glipp av informasjon, å ikke ha oversikt, fordi man makter det ikke, bare det" (Intervju 9)

"også prøver de forskjellige passord og skal prøve å logge seg på også blir det stengt og låst og jeg vet ikke helt hvor mange forsøk man har på NAV for å komme inn da, men det er mer et generelt problem kan det være da, også er det vanskelig å få åpnet opp igjen, og ... og.. pasientene er her og ikke hjemme og har ikke tilgang på alt de trenger for å klare en puk-kode for eksempel" (Intervju 6)

"Og i alle fall hvis det blir feil. Det er mange som opplever at de må gå mange runder for at det skal bli riktig. De får ting sendt i retur, eller- det med opplysninger som har manglet som må dokumenteres på nytt eller mer. Så det blir mye frem og tilbake, og det tenker jeg det kan ha med at ting er så standardisert da, at man mister de her nyansene de fleste har i sine liv" (Intervju 6)

Manglende fysisk og relasjonell kontakt

Videre kommer det frem at digitale velferdsløsninger påfører brukerne en ekstra belastning i tillegg til sykdom og andre bekymringer, og at de digitale løsningene ikke passer med nyansene de fleste brukerne har i sine liv. Digitale velferdstjenester tilpasser seg ikke behovene til brukerne. Sårbare brukere som enten har akutte eller mer kroniske behov, opplever at digitale velferdsløsninger tar fra dem muligheten til relasjonell kontakt som skapes i det fysiske møtet. Det at de ikke får velge selv hvilken løsning eller oppfølging de trenger, bidrar til å skape en avstand eller avmakt til de digitale løsningene.

"De er syke, de har mange bekymringer også kommer det her [nav.no] på toppen av det hele da" (Intervju 6)

Flere trekker frem hvordan digitale selvløsninger fører til fravær av relasjoner:

"Relasjoner er så viktig for å få ting til å fungere for vår pasientgruppe. Også på en måte i forhold til økonomi og jobb og sånne ting. At jeg tror de – det at de vet hvem de snakker med. Og det gjør jo det her digitale, sånn – selvetjeningen veldig vanskelig, da. Det er helt fjernet fra relasjoner" (Intervju 7)

Skaper situasjoner som gir dårlig mestring og dårligere selvfølelse

Respondentene beskriver videre at digitale velferdsløsninger er med på å skape situasjoner som sårbare brukere ikke mestrer. Dette bidrar til dårligere selvfølelse og forringer deres mestringstro. En informant med lang erfaring med å jobbe med brukere med psykiske utfordringer beskriver det slik:

"De gjør en undersøkelse om hvordan ungdommer mellom 18-25 opplever sitt møte med NAV. Og der rakk jeg å være med på en del intervju med ungdommer før jeg sluttet, og det var store forskjeller på hvordan de ungdommene opplevde sitt møte med NAV, ut ifra om de møtte folk som, altså, det menneskelige møtet for å få hjelp. Eller om de bare ble henvist til det digitale. Og det hører jeg jo også fra tidligere erfaring i jobben i psykiatri så har jeg snakket med folk som, altså de bare gir opp i å prøve å finne ut av ting selv, for de synes det er så vanskelig å forstå systemet. Og da går det mer på deres personlige følelser og at de føler seg dum, føler at de ikke strekker til. De kommer kanskje dit med lav selvfølelse i utgangspunktet som ikke blir forsterket da, av et system som kanskje ikke møter de som mennesker" (Intervju 9)

For mye informasjon og for mange valg

I tillegg er det for mye informasjon og mange muligheter i de digitale velferdsløsningene, noe som også skaper vanskeligheter for brukerne:

"Det finnes ganske mye informasjon. Mye bedre informasjon nå ja, på NAV, men samtidig har jeg opplevd at det er litt vanskelig for pasienter å finne ut hvor de skal finne den her informasjonen da" (Intervju 3)

4.2.3 Hvilke forhold påvirker/henger sammen med en opplevelse av myndiggjøring?

Gjennom informantenes uttalelser om fravær av myndiggjøring ser vi at vi også kan belyse hva sårbare grupper må ha av et minimum for å kunne komme dit at teknologien blir en del av en myndiggjøringsprosess også for dem. Vi finner fire hovedtema i informantenes beskrivelser av hva som er relevant for opplevelse av myndiggjøring hos brukerne: 1) grad av digital kompetanse, 2) hvordan forstå innhold og krav, systemet og konsekvenser (byråkratisk kompetanse) og egne behov (helsekompetanse), 3) tilpasse løsninger – flere valgmuligheter, 4) tilrettelegge for situasjoner med mestring og fysiske situasjoner med relasjonell støtte.

Grad av digital sårbarhet

Mange sårbare brukere erfarer en digital sårbarhet på grunn av manglende eller lav digital kompetanse. Vi får illustrert hvordan manglende digital kompetanse påvirker ens evne til å ta vare på egne interesser, for eksempel:

"og bare den følelsen av å kanskje ikke være i stand til å logge seg på en stund, og ikke vite hva som ligger der, da, om man går glipp av informasjon, å ikke ha oversikt, fordi man makter det ikke, bare det" (Intervju 9)

"At det er enklere for dem som kan det der med PC, og generelt for dem som har litt kunnskap, at det er enklere å gjøre ting selv enn det papiret, og «hvor skal jeg krysse av, og hvor skal jeg ikke krysse av» liksom. Det med at det er digitalisert er generelt enklere for dem det funker for. [Følges opp med sitat av en annen informant i samme intervju] Og ditto vanskeligere for de som kan ha behov for å faktisk møte noen på NAV, enn å bli henvist til en digital løsning de ikke forstår" (Intervju 3)

Det er vanskelig å forstå innhold og krav for en del bruker, ofte på grunn av språklige utfordringer, både språkferdigheter og språkkunnskap:

"Jeg har flere, mange eksempler egentlig sånn sett på at språk blir et kjempestort problem, fordi at de forstår ofte ikke disse standardbrevene fra NAV, det er det mange som har norsk som morsmål som ikke forstår og da. Og disse standardbrevene som blir sendt ut, de forstår ikke dem og det betyr at det er mye informasjon som forsvinner der. De som [en annen informant] sa, de kommer seg ikke inn på NAV-kontorene for å få snakket med noen der. Og hvis de gjør det så er det veldig sjelden at det er med tolker, prøver å snakke litt norsk. Men vi vet, for vi prøver å være ganske flinke til å bruke tolk på vår avdeling fordi vet at selv om de snakker litt norsk, så er det veldig mye som forsvinner i denne kommunikasjonen hvis de, når de ikke behersker norsk godt nok, ikke sant. Det forsvinner en del der. Og så er det også det at når de da skal kun kommunisere via nettet for eksempel da, og kun skriftlig når de ikke behersker norsk godt nok og de ikke forstår de beskjedene de får, så forsvinner det en del, og da vet de ikke, og så sier NAV at, ja, men dere har jo fått beskjed. Dere fikk jo beskjed den gangen, her står det, i det brevet her. Men de har ikke forstått hva som står i det, og da mister de penger, de mister mye da, og kan bli ... uten ytelse i 6-12 måneder" (Intervju 5)

En sentral del av digital sårbarhet handler om manglende eller lav byråkratisk kompetanse (jf. kap. 4.1.5). For å oppleve digitale velferdstjenester som myndiggjørende er brukerne avhengig av å ha en grunnleggende forståelse av hvordan velferdssystemet fungerer. De må klare å prosessere informasjon og skjønne hva konsekvensene blir om en ikke følger opp kravene til NAV. Uten forståelse av hvorfor og hvordan blir en fort fremmedgjort digitalt. Dette henger også sammen med språkevne og ens evne til å forstå hva som foregår og hvilke konsekvenser ulike handlinger fører med seg. Som beskrevet tidligere i kapittelet, er denne evnen er også påvirket av helsesituasjonen til den enkelte. De personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Nutbeam 2000), er påvirket av situasjonen de står i, helsetilstanden og om de mottar bistand for å få til dette.

"Men jeg har en sånn historie om et sånt typisk eksempel på hvor klønete det kan bli, da. En pasient som var veldig syk, innlagt til oss, hadde søkt om uføretrygd fordi at arbeidsavklaringspengeperioden hadde- var i ferd med å gå ut, ble innlagt til oss akkurat den perioden der imellom vedtakene. Veldig dårlig, ville ikke på- paranoid, ville derfor ikke skrive under noe fullmakt, for at jeg skulle få innsyn eller få snakke med NAV, da. Og turte heller ikke å bruke noe bankbrikke, for det skal kun brukes på nettbank. Og det er jo sånn klassiske tanker folk kan ha når de er psykotiske. Og så kom det så veldig lite penger inn på kontoen, det var sånn vi fikk rede på at det var et eller annet som hadde skjedd i forhold til NAV. Så det kom bare et par tusen kroner inn, mens det normalt ville ha kommet 15-16. Prøver da å ringe til NAV med pasienten ved siden av for å høre, fordi at det er eneste måten man kan få noe informasjon ifra NAV, da, i pasientsaker, hvis de ikke har sendt inn noen fullmakt. Og det er jo lang ventetid, så pasienten orker jo ikke å sitte der og vente. Det går liksom et kvarter, det

går 20 minutt, og når jeg endelig kommer gjennom til – på NAV etter en halvtime, så er pasienten forduftet. Sånn at – får jo ikke noe informasjon. Og så får jeg hør, sånn, av omveier, da, via kommunen, faktisk, at her tror jeg at det er innvilget uføretrygd, men at det er redusert på grunn av langvarig innleggelse. Fordi det er noe NAV kan gjøre, når du har vært innlagt over en viss tid. Det NAV da ikke hadde brydd seg om å tenke på, var jo om den her pasienten hadde boutgifter. Noe som hun hadde" (Intervju 7)

Tilpasse løsninger – flere valgmuligheter

Informantene forslår at for å fremme myndiggjøring bør det finnes valgmuligheter, forskjellige løsninger og tilpasninger slik at de digitale løsningene møter brukernes behov – spesielt med tanke på helsetilstandens begrensninger ettersom en one-size-fits-all-løsning ikke er optimalt.

"Jeg tror at hvis de hadde hatt en opplevelse av å bli møtt med litt større fleksibilitet og valgmuligheter, og det er jo akkurat som du snakke om i stad, [navn på en av de andre informantene i intervjuet], da er en avhengig av at hver saksbehandler har færre brukere, så en har mulighet til å tilpasse det tilbudet eller den veiledninga en gir, til de ulike behovene som er. For det blir liksom for enkelt å si at alle skal passe inn i den der trakten liksom, den samme trakten" (Intervju 9)

"Men jeg tenker at det går an å- eller hadde det gått an og spurt hver enkelt? Hva ønsker du selv? Ønsker du at vi skal møte deg, eller ønsker du å gjøre alt digitalt nå? Det er jo ganske normalt egentlig at- det vil jo vi òg, vi vil jo bestemme vi òg, hva som er best for oss selv, hva er mest komfortabelt. Og at begge deler er like aktuelt og like greit å gjennomføre" (Intervju 9)

De to siste kategoriene er de samme som to av temaene under "hvorfor digitale løsninger skaper avmakt", men med motsatt fortegn. Det vil si at brukerne vil oppleve myndiggjøring om de digitale løsningene skaper situasjoner hvor de erfarer mestring og bygger selvfølelse, samt gir muligheten til fysisk og relasjonell kontakt.

Tilrettelegge for situasjoner med mestring/behov for bistand

Som Thériault (2015) fant i sin studie om den rollen sosialarbeidere spiller som mediatorer mellom marginalisert ungdom i Quebec og byråkratiet, så ser vi også i dette prosjektet at rollen de som bistår spiller som en såkalt mediator eller et mellomledd mellom brukeren og det offentlige, er viktig for å skape muligheter for myndiggjøring gjennom teknologiske løsninger hos brukerne. Flere av de som bistår, oppgir at veiledning og oppmuntring kan være det som trengs for å få brukerne til å våge seg til å logge på og forsøke å fylle ut skjema og gjennomføre andre oppgaver digitalt. Om en evner å lage digitale velferdsløsninger som skaper mestring for sårbare brukere, vil dette kunne bidra til at deres selvfølelse blir bedre, at mestringstroen øker, og at de dermed opplever myndiggjøring.

"Jeg bruker ofte å være sånn at jeg oppmuntrer dem, «dette er et veldig enkelt skjema å fylle ut. Bare trykk, og så er det å sende inn også, det har blitt mye bedre enn å bruke papir» [latter] Sånt jeg finner meg selv i å si til pasientene for å hjelpe dem å bryte barrieren da" (Intervju 5)

"Så når vi er inne og hjelper til så går det som regel greit, i hvert fall har ikke jeg erfart at de på en måte har hatt problemer, da. Men når de skal holde på med det selv, så tipper jeg at usikkerheten og redselen for dette her er større, da. Det ser i alle fall sånn ut for meg" (Intervju 2)

Sårbare grupper har utfordringer med å forstå og mestre de digitale løsningene og i alle fall uten bistand. Relasjonell støtte (sosial og emosjonell støtte, veiledning, positive tilbakemeldinger, trygghet o.l.) er forhold som påvirker myndiggjøring. En stor andel brukere vil alltid ha behov for bistand, mens andre kan bli mer selvstyrte og myndiggjorte etter en periode med bistand og opplæring. For sårbare grupper ser det altså ut til å eksistere lite myndiggjøring uten at bruker mottar relasjonell støtte. I dag er det i hovedsak andre personer enn de i NAV som gir denne støtten. Informanter beskriver det på en slik måte at relasjonell kontakt og dialog bidrar til en økt forståelse og at dette igjen hjelper brukerne til å bli mer selvhjulpne.

"Min erfaring er i alle fall at det er hvis vi er sammen med dem da at dem får erfaring med at det ikke er så farlig og, rett og slett det å være sammen med dem når dem skal gjøre det"
(Intervju 2)

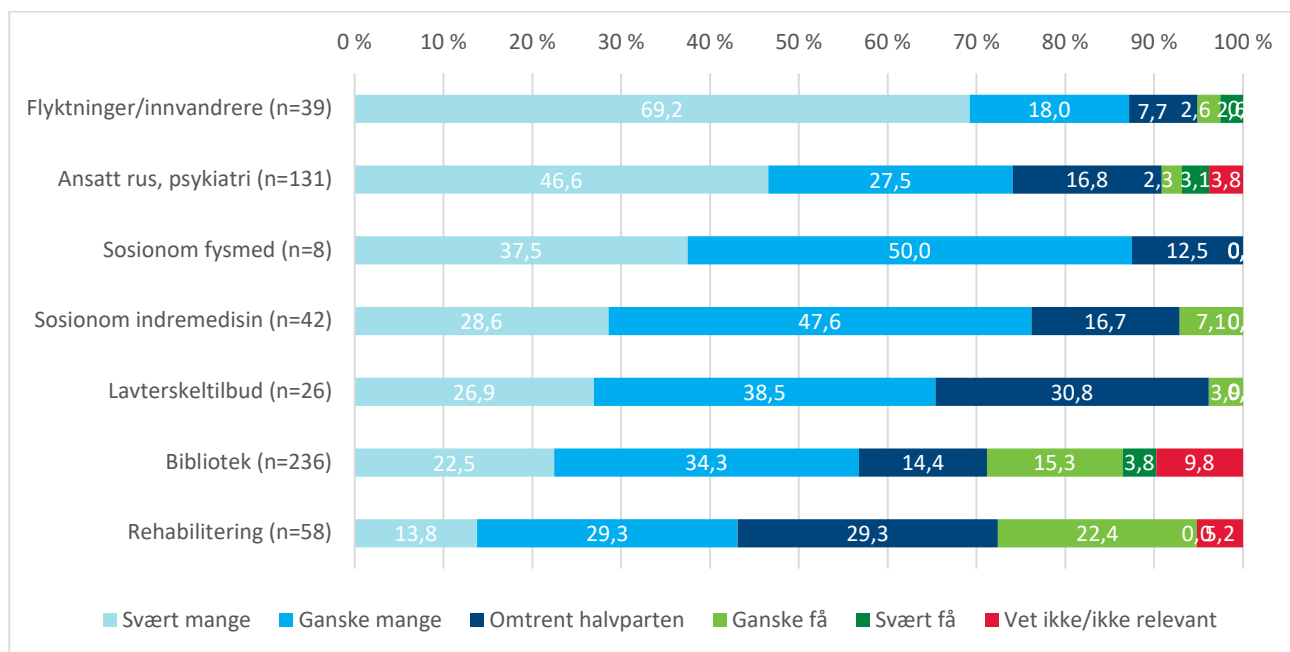
I følge Morley og Floridi (2020) kan myndiggjøring brukes på alle områder hvor det foregår en interaksjon eller en tjeneste, og hvor mottakeren forventes å bli gitt stø kontroll, autonomi og selvbevissthet rundt egne valg, og å være i stand til å ta vare på sine egne interesser. Det er mange forhold som påvirker ens evne til å ta vare på egne interesser. Resultater fra intervjuanalysen viser at det kan dreie seg om grad av digital sårbarhet, lese- og skrivekyndighet, byråkratisk kompetanse, helsekompetanse, helsetilstand, tidligere livsmestringserfaring, opplæring (fysisk) og oppfølging (relasjonell) ved bruk av digitale velferdstjenester. For de sårbare brukerne kan en knekke koden med myndiggjøring først når en har kommet dit at brukerne er "i stand til å ta vare på sine egne interesser". Samlet sett gir funnene en indikasjon på at den "forventningen om stø kontroll, autonomi og selvbevissthet rundt egne valg" er uriktige premisser for sårbare brukere.

4.3 Brukeres behov for og tilgang på bistand

I intervjuene snakket informantene mye om brukernes behov for hjelp til å bruke nav.no og andre digitale tjenester, og at slik bistand gis av mange ulike aktører rundt om i samfunnet – svært ofte av andre aktører enn NAV. Brukerne har behov for et mellomledd som kan bistå med å forklare, hjelpe til med å forstå tekst og hvordan de ulike funksjonene på nav.no skal brukes. Tidvis er de også avhengig av å ha med seg noen til møter med NAV. Denne studien er ikke innrettet mot å få et nøyaktig estimat over hvor mange brukere som har behov for bistand i de digitale løsningene. Det er imidlertid sentralt å ha en indikasjon på omfanget av de utfordringene som beskrives av respondentene. Vi inkluderte derfor noen spørsmål i spørreundersøkelsen om hvor mange brukere dette gjelder for de enkelte respondentene.

Først ble respondentene spurt om å anslå hvor mange personer fra sårbare grupper de er i kontakt med i løpet av en uke. Flertallet av respondentene som svarte på dette spørsmålet (n=411, 59%), oppga at de har kontakt med 1–10 personer fra sårbare grupper i løpet av én uke. Videre oppga 27 prosent at de har kontakt med mellom 11 og 20 sårbare i løpet av én uke, mens 10 prosent oppga å ha kontakt med mellom 25 og 30 personer fra sårbare grupper. Til slutt ser vi at ca. fem prosent rapporterte å ha kontakt med flere enn 30 personer, og to prosent anslår at de har kontakt med rundt 50 sårbare personer i løpet av én uke.

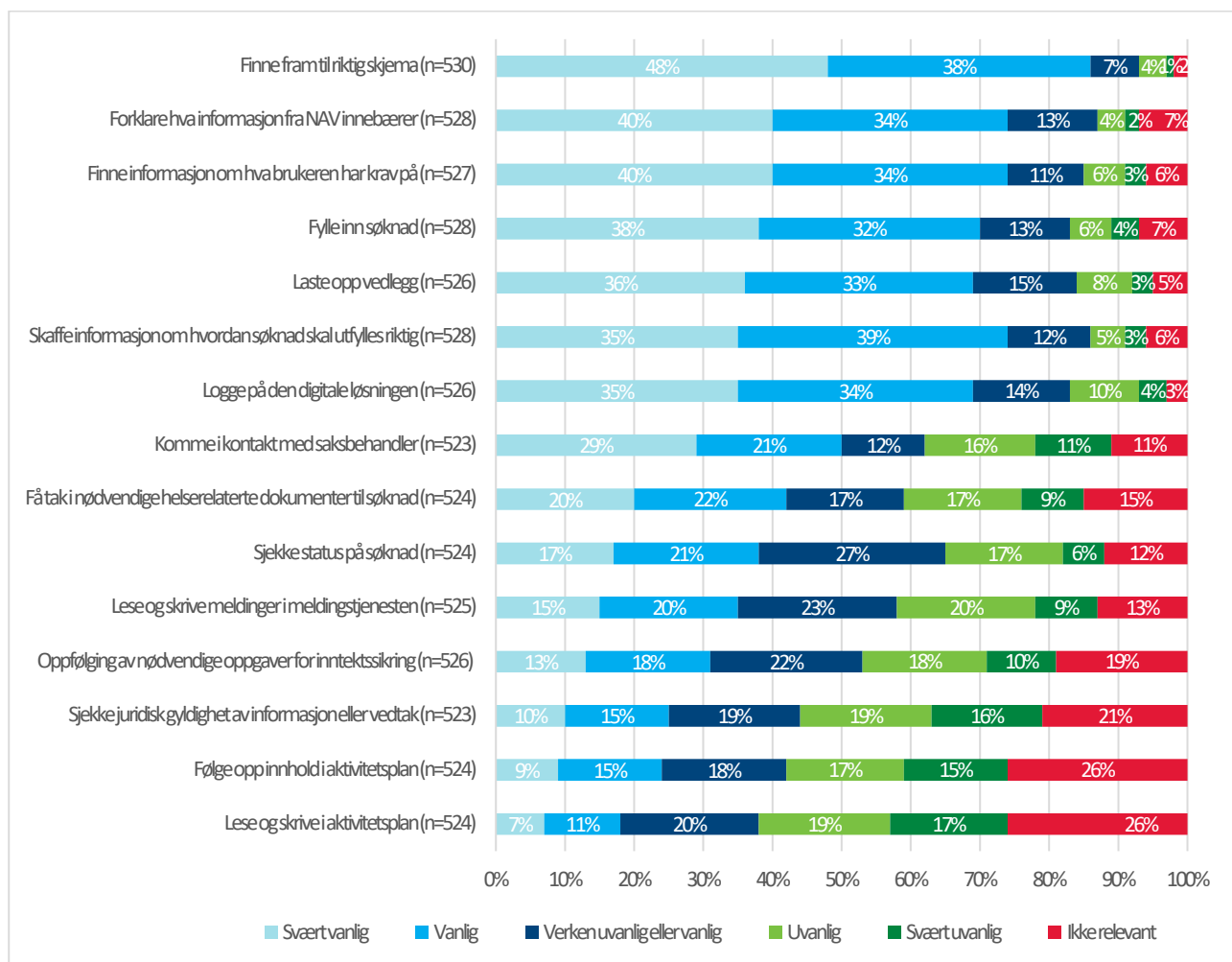
Vi stilte også spørsmål om hvor mange av de sårbare personene de er i kontakt med, som har behov for bistand med digitale løsninger fra NAV. Svarene er gjengitt i figur 7 nedenfor, inndelt etter informantgruppene, det vil si at øverste linje i figuren er svarene fra ansatte i introduksjonsprogrammet eller andre tilbud til flyktninger og/eller asylsøkere, svarene i nest øverste linje er fra ansatt i avdeling for rus og eller psykisk helsevern underlagt sykehus eller helseforetak osv.



Figur 7: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hvor stor del av de sårbare gruppene eller personene du er i kontakt med er det som har behov for bistand for å kunne ta i bruk de digitale løsningene fra NAV?"

I figur 7 ser vi at det er kommunalt ansatte i tiltak for flyktninger/innvandrere som oppgir å ha flest brukere med behov for bistand. Hele 88 prosent av brukerne anses å ha behov for bistand i de digitale løsningene fra NAV. Ansatt i avdeling for rus og eller psykisk helsevern oppgir at 74 prosent av deres brukere trenger bistand for å ta i bruk de digitale løsningene. 88 prosent av sosionomer ansatt i avdeling for fysisk medisin oppgir at mer enn halvparten av brukerne har behov for bistand i de digitale løsningene. Estimater er imidlertid usikkert med utgangspunkt i det lave antallet respondenter i denne gruppen. Så ser vi at 75 prosent av sosionomer som er ansatt i sosionomavdeling på sykehus eller helseforetak, oppgir at mange eller svært mange av de pasientene de utfører tjenester for, har behov for bistand i de digitale løsningene fra NAV. 66 prosent av ansatte i lavterskeltilbud innen psykisk helse/rus oppgir at ganske eller svært mange av deres brukere har behov for bistand. For ansatte i bibliotek ser vi at rett over halvparten av de ansatte (56%) oppgir at ganske mange eller svært mange sårbare brukere har behov for bistand. Ansatte i rehabiliteringstilbud oppgir å ha færrest brukere med behov for bistand – 43 prosent i denne respondentgruppen oppgir at ganske eller svært mange av deres brukere har behov for bistand i de digitale løsningene fra NAV.

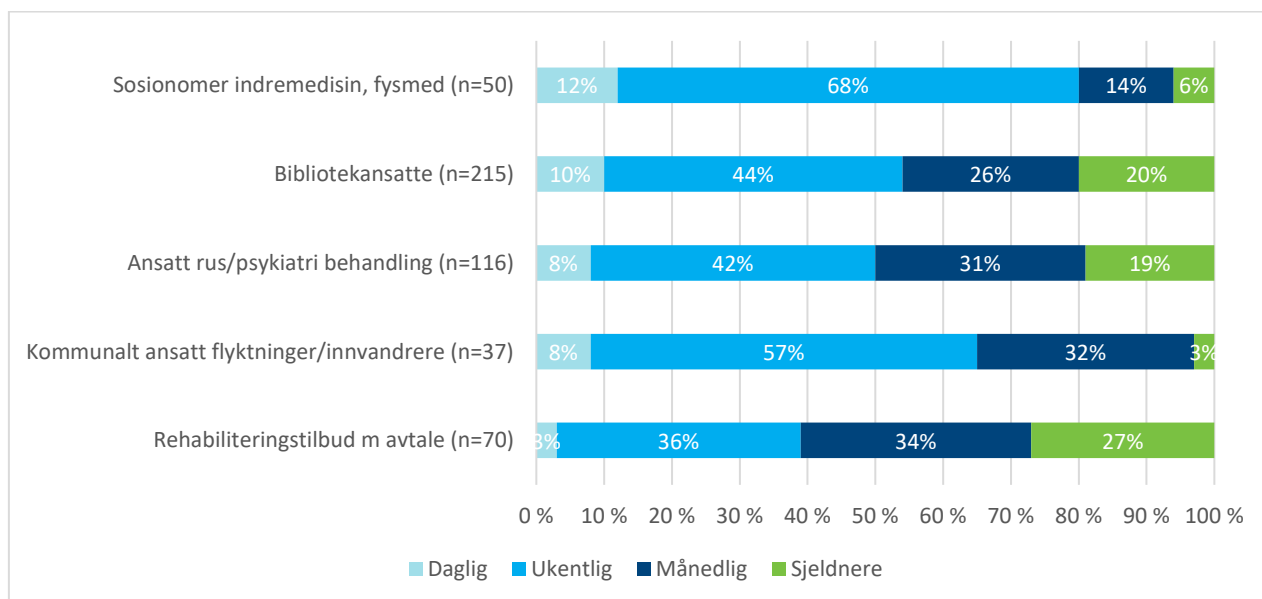
Totalt oppgir mer enn 80 prosent av respondentene at mer enn halvparten av de sårbare brukerne de er i kontakt med i arbeidet sitt, har behov for bistand med å bruke digitale løsninger fra NAV. Behovet for bistand kan altså sies å være betydelig. Vi spurte videre om hvor ofte informantene bistår brukerne med ulike oppgaver (Figur 8).



Figur 8: Svarfordeling på følgende spørsmål "Når du bistår noen, hvor ofte bistår du med de ulike oppgavene som er oppgitt her?"

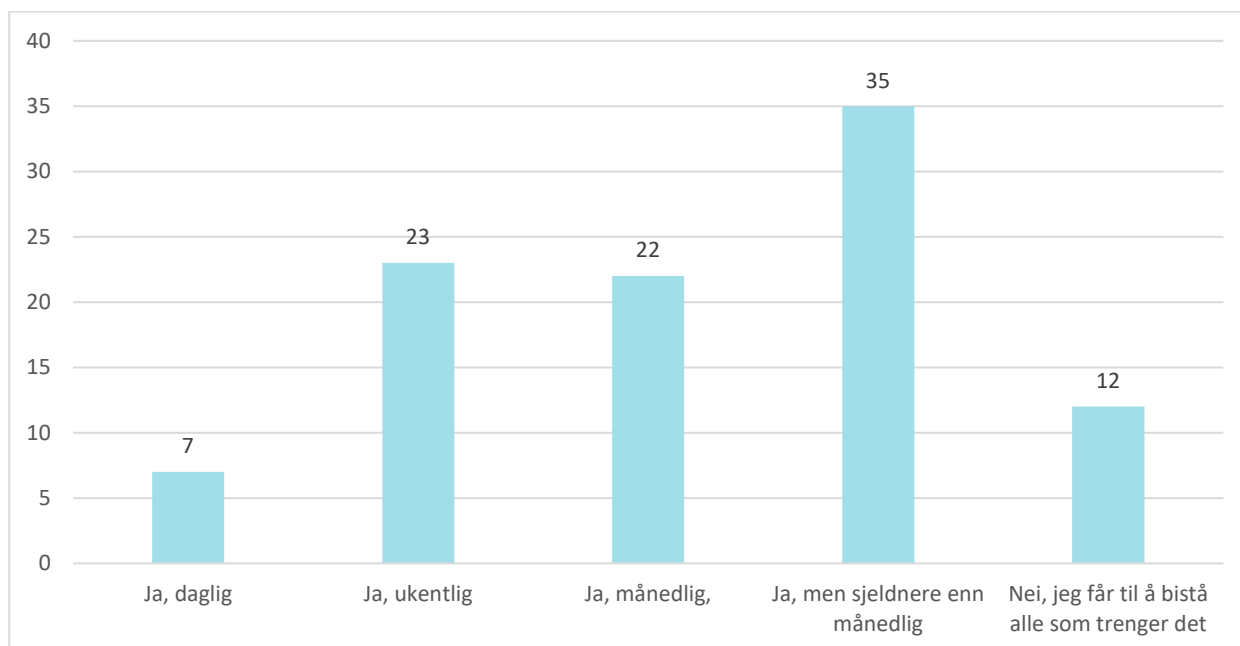
Ifølge respondentene er det svært vanlig og vanlig å bistå de sårbare gruppene med ulike oppgaver knyttet til byråkratisk kompetanse, digital kompetanse, språk og forståelse både med tanke på innhold i de ulike skjemaene, men også med oppgaver som er grunnleggende for å ha oversikt og kontroll i prosessen for eksempel hjelp med å komme i kontakt med saksbehandler og sjekke status på innleverte søknader.

Øverst rangert av oppgaver som det er svært vanlig og vanlig at respondentene bistår med, er å finne frem til riktig skjema (86%), forklare hva informasjon fra NAV innebærer (74%), finne informasjon om hva brukeren har krav på (74%), skaffe informasjon om hvordan søknad skal utfylles riktig (74%), fylle inn søknad (70%), laste opp vedlegg (69%) og logge på den digitale løsningen (69%). Videre ser vi at 50 prosent oppgir at de ofte bistår med det å komme i kontakt med saksbehandler, og 36 prosent oppgir å hjelpe brukerne til oppfølging av nødvendig oppgaver for inntektssikring. I den påfølgende delen av rapporten (kap. 4.4) beskriver vi nærmere hvilke konsekvenser de som bistår har opplevd og erfart at manglende hjelp eller utfordringer med dialogen med NAV og systemet kan føre til, blant annet sosioøkonomiske og juridiske konsekvenser. I tillegg til å undersøke hvor ofte de hjelper til med ulike oppgaver, ble det spurt mer konkret om hvor ofte respondentene bistår personer i digitale løsninger fra NAV (figur 9).



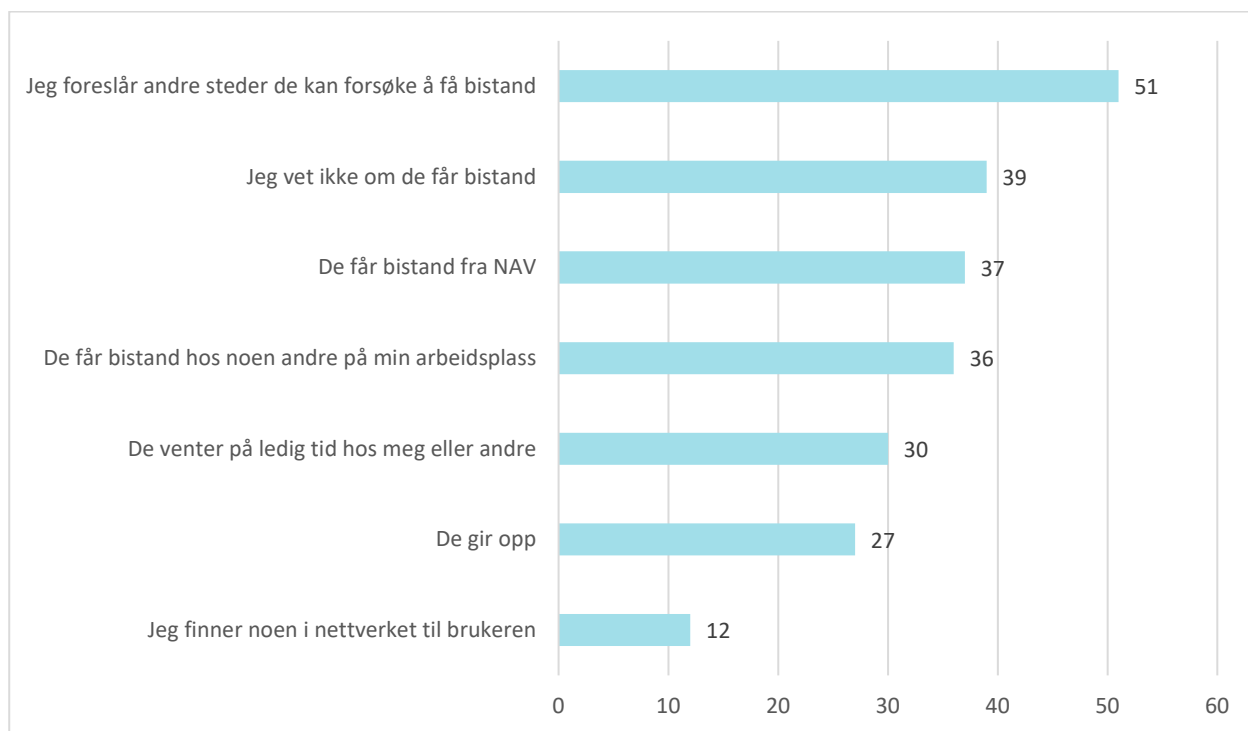
Figur 9: Svarfordeling på spørsmålet: "Hvor ofte bistår du noen i bruk av digitale løsninger fra NAV?"

Det er vanligst å gi bistand ukentlig. Det er sosionomer som er ansatt i sosionomavdelinger i helseforetak eller i avdeling for fysisk medisin, som oftest bistår i digitale løsninger fra NAV. 12 prosent av respondentene i denne gruppen oppgir at de bistår daglig, mens 68 prosent oppgir at de bistår i digitale løsninger fra NAV ukentlig. Av de bibliotekansatte oppgir 10 prosent at de gir slik bistand daglig, og 44 prosent at de gir slik bistand ukentlig. Åtte prosent av de ansatte i rus/psykisk helsevern oppgir at de bistår daglig, mens 42 prosent oppgir at de bistår ukentlig. Blant ansatte som jobber med flyktninger og innvandrere, oppgir åtte prosent at de bistår daglig, mens 57 prosent bistår brukere ukentlig i digitale løsningene. Endelig oppgir tre prosent av ansatte i private/kommunale rehabiliteringstilbud at de gir bistand daglig, mens 36 prosent oppgir at de bistår ukentlig.



Figur 10: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hender det at du ikke har anledning til å bistå personer som har behov for hjelp i de digitale løsningene?" (svar oppgitt i prosent)

Blant respondentene som har svart på undersøkelsen, ser vi også at bare 12 prosent oppgir at de får til å bistå alle som har behov for det. 7 prosent avviser personer med behov for hjelp daglig. 23 prosent oppgir at de ukentlig opplever å ikke ha anledning til å bistå alle som har behov for hjelp. 22 prosent oppgir at dette skjer månedlig, mens 35 prosent oppgir at dette skjer sjeldnere enn månedlig.



Figur 11: Svarfordeling på spørsmålet: "Hva skjer videre dersom du ikke har anledning til å bistå eller du ikke får til å hjelpe?" (Her var flere svar mulig, (n=415)).

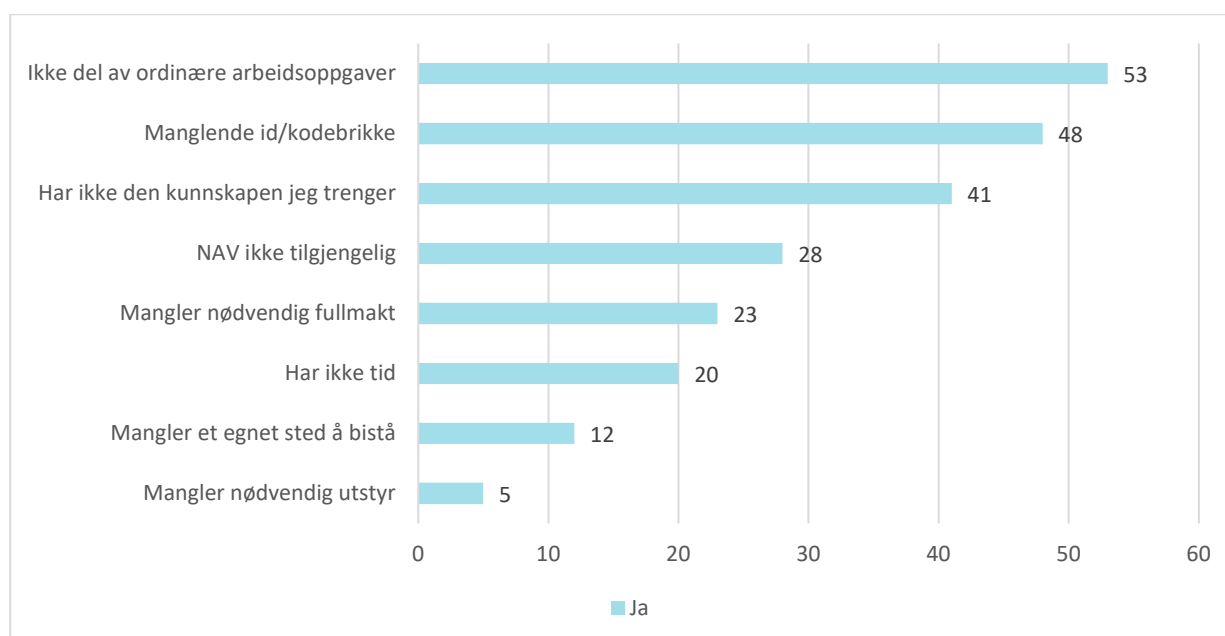
På spørsmålet *Hva skjer videre dersom du ikke har anledning til å bistå eller du ikke får til å hjelpe?* kunne respondentene krysse av for flere alternativ (Figur 11). Vi ser at det vanligste er at respondentene sender brukerne videre ved å foreslå et annet, uspesifisert sted brukerne kan forsøke å få bistand (51%). 39 prosent oppgir at de ikke vet hva som skjer videre, og om brukerne får bistand et annet sted. 37 prosent oppgir at brukerne får bistand fra NAV, mens 36 prosent oppgir at de får bistand hos noen andre på respondentens arbeidsplass. Omtrent en tredjedel oppgir at brukerne venter på at respondenten selv skal få tid til å hjelpe.

Respondentene kunne krysse av for flere alternativer, så en respondent kunne oppgi flere utfall for sine brukere. Overordnet kan vi si at det er vanligere at brukerne blir sendt bort fra det stedet de søker bistand enn at de venter eller får hjelp av noen andre, uten å vite om de får bistand et annet sted. 37 prosent oppgir at de opplever at brukere får bistand fra NAV, men samtidig oppgir 27 prosent at de opplever at brukerne gir opp når de ikke får hjelp.

De av respondentene som oppgir at de foreslår andre steder brukerne kan forsøke å få bistand, fikk også et åpent oppfølgingsspørsmål om hvilke steder dette gjelder (*Hvilke andre steder foreslår du brukerne kan søke bistand i de digitale løsningene fra NAV?*) (n=157). De fleste respondentene svarer at de sender brukerne videre til NAV (n=119). Videre er det vanlig å henvise brukerne videre til kommunale tilbud (n=44), her er det først og fremst service- eller innbyggertorg som blir oppgitt. Noen av de ansatte i helse- og velferdstjenestene foreslår eller tar selv kontakt med andre deler av tjenesten på vegne av brukerne (n=31). Noen av respondentene oppgir også at de foreslår at brukerne kan ta kontakt med frivillige tilbud (n= 24) og pårørende/familie (n=21). En håndfull oppgir at de sender brukerne videre til flyktningkonsulent/læringscenter (n=9).

De fleste som bistår brukerne, oppgir altså at de relativt jevnlig opplever å ikke kunne bistå sårbare personer når de har behov for det. I de tilfellene de ikke får til å bistå, oppgir omtrent halvparten at de henviser brukerne til andre steder de kan forsøke å få bistand. En god del av disse sender altså brukerne tilbake til NAV, men uten å vite om de får den bistanden de har behov for. Det er mulig at brukerne oppsøker disse andre stedene og får den hjelpen de trenger, men det eksisterer det ingen informasjon om. Først og fremst vet vi ikke hva som skjer i de fleste tilfellene ansatte i helse- og velferdstjenestene og ansatte i bibliotek ikke har anledning til å hjelpe. Her er sikkerhetsnettet utydelig, og vi kan ikke si at det er noen systematikk i om digitalt sårbare brukere får den bistanden de trenger.

Dette viser at det også er behov for mer kunnskap om hvem som bistår, og hva som påvirker deres evne og mulighet for å bistå sårbare grupper i digitale løsninger fra NAV. Innledningsvis i intervjuene ble det vist til flere forhold som påvirket informantenes mulighet til og evne til å bistå i de digitale løsningene. Vi har spurt respondentene om hva de vanligste årsakene til at de ikke har anledning til å bistå (Figur 12).



Figur 12: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hva er de vanligste årsakene når du ikke har anledning til å bistå?" (Her var flere svar mulig, (n=415)).

Som vist i figur 12, er den vanligste årsaken til at respondentene må si nei til å bistå sårbare grupper i de digitale løsningene, at dette ikke er en del av de ordinære arbeidsoppgavene deres, og de må prioritere andre oppgaver (53%). 65 prosent av de bibliotekansatte, og 42 prosent av de som jobber som sosionomer eller utfører sosionomlignende oppgaver, oppgir at dette er en vanlig årsak til at de ikke får til å bistå.

Deretter oppgir 48 prosent de ikke får til å bistå når det mangler personinformasjon, for eksempel kodebrikke. Her svarer 56 prosent av sosionomene og 39 prosent av bibliotekarene at dette er en vanlig årsak, det er altså vanligere for ansatte i helse- og velferdstjenestene. Den tredje viktigste årsaken er at respondentene mangler nødvendig kunnskap for å kunne bistå brukeren (41%), 27 prosent av sosionomene og 57 prosent av bibliotekarene oppgir manglende kunnskap som en vanlig årsak til at det stopper. Mens sosionomene har byråkratisk kompetanse som en del av utdanning og jobb, har bibliotekarene ikke

nødvendigvis slik formell kompetanse om helse- og velferdssystem. Det er også uklart i hvilken grad bibliotekarene har fått formell opplæring i digital veiledning for personer med manglende digital kompetanse. Samtidig har sosionomene ingen formell digital kompetanse. Mulighet og evne til å bistå i digitale utfordringer blant sosionomene vil derfor være personavhengig.

28 prosent av respondentene oppgir at det stopper når NAV ikke er tilgjengelig på det tidspunktet de selv har anledning til å hjelpe brukeren. Det er først og fremst sosionomer som oppgir dette som et hinder for å bistå. Sosionomene er i mange tilfeller avhengig av å sitte sammen med brukeren når de ringer til NAV for å få klarhet i enkeltsaker de ikke kan løse i de digitale løsningene av ulike årsaker. Å vente til NAV ringer tilbake gjør det vanskelig og uforutsigbart å få koordinert arbeidstid. Samtidig kan brukere være i varierende form, og den som bistår, er avhengig av å få kontakt med saksbehandler eller andre som kan bistå mens pasient eller bruker er til stede og i form til å delta. 48 prosent av sosionomene oppgir at manglende tilgjengelighet til NAV når de selv har anledning til å bistå brukeren, er en årsak til at de ikke får gitt den bistanden. Bare ni prosent av bibliotekansatte oppgir dette som en utfordring for dem. Det er heller ikke en del av deres oppdrag å bistå ut over å gi grunnleggende bistand i digitale verktøy, å skrive ut, scanne og kopiere dokumenter.

23 prosent av respondentene oppgir at manglende fullmakt er en av de vanligste årsakene til at de ikke får til å bistå. Her er det flest bibliotekansatte som oppgir dette som et hinder, noe som kan skyldes at spørsmålet kan ha blitt mistolket, bibliotekansatte handler sjelden på vegne av pasienter ved hjelp av fullmakt, men har ofte begrensninger i hva de har lov til å bistå i på egne vegne. 19 prosent av sosionomene oppgir at manglende fullmakt er en årsak til at det stopper opp hos dem.

Videreser vi at 20 prosent oppgir at de ikke har tid til å bistå brukeren, selv om det er en del av de ordinære arbeidsoppgavene deres. Dette er ganske likt fordelt mellom bibliotekansatte (18%) og sosionomer (22%). Endelig oppgir 12 prosent at de ikke har et egnet sted å bistå. Dette er som forventet først og fremst en utfordring for bibliotekansatte (18%), mens bare sju prosent av sosionomene oppgir at dette er en vanlig årsak til at de ikke får til å gi bistand. Fem prosent av respondentene oppgir at manglende nødvendig utstyr er en årsak til at det stopper opp hos dem.

4.4 Konsekvenser for brukerne

Både intervjuene og de åpne svarfeltene i spørreundersøkelsen har gitt oss rike beskrivelser om hvordan manglende bruk av digitale løsninger eller mangel på bistand kan få konsekvenser for brukerne. Intervjuene ga tydelige indikasjoner på at det kan ha medført uønskede konsekvenser som gir uforholdsmessig store ulemper for brukerne. Siden det eksisterer lite systematisk kunnskap om hvilke konsekvenser innføring av digitale selvbetjeningsløsninger i NAV har medført for sårbare grupper i Norge, ble følgende fritekstspørsmål inkludert i spørreundersøkelsen: *Når en bruker har behov for bistand, men ikke får det/har tilgang til bistand i de digitale løsningene fra NAV, hvilke konsekvenser har du erfart at dette får for brukerne?* Spørsmålet ga stor respons, med mange svært utfyllende kommentarer (n=308). En analyse av disse svarene resulterte i tre hovedkategorier av konsekvenser: sosioøkonomiske, helserelaterte og juridiske konsekvenser. Kort oppsummert viser funnene at brukerne opplever ulike konsekvenser av ulik type/grad som skaper negative ringvirkningseffekter for dem, som at de ikke får de ytelsene de har krav på, de blir sittende uten mat, de gir opp, det blir mye stress. Dette kan videre føre til forverring av helsetilstand/behandling og forsterke allerede lav mestringstro og selvfølelse. De påfølgende avsnittene vil gå litt mer i dybden på dette, men først ett sitat fra en sosionom som enkelt viser hvor avhengig sårbare grupper er av bistand.

"Når du sier det med, Hva betyr NAV for pasientene? så er det jo superviktig for alle. Altså det er – alle pasientene er jo avhengig av NAV" (Intervju 7)

4.4.1 Sosioøkonomiske konsekvenser

Hvis brukerne ikke mestrer nav.no, kan dette ha store økonomiske konsekvenser. For sårbare grupper er det slik at NAV har stor betydning for livet generelt sett. Det er viktig å ha stabil økonomi og bolig, og kanskje spesielt viktige for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det står så mye på spill om en ikke klarer å mestre eller håndtere for eksempel søknader eller meldeplikter. De mest grunnleggende behovene, som stabil økonomi, påvirker hele livsgrunnlaget. Dette ble trukket frem i samtlige gruppeintervjuer og illustreres påfølgende ved et utvalg sitater.

"Det har jo skapt en del utfordringer, og gjort at enkelte har gjort feil med innsendelse av diverse søknader og plutselig stått uten penger i to, tre måneder" (Intervju 5)

"Det der med frykt, ja og det er jo nettopp det, hva er det som er grunnleggende for folk for å ha noen ben å stå på, økonomien er noe av det mest grunnleggende, har du ikke penger, så vet du ikke hvor du får mat, i krisetiden så får dem faktisk mat fra oss, hvis vi har det i fryseren, og det er jo ikke det, men det har vi jo vanligvis ikke. Det er liksom det, når økonomien står på spill altså, hele livsgrunnlaget ditt, det er jo helt, det er ikke rart at folk blir bekymret" (Intervju 2)

Det påpekes også hvordan økonomi påvirker andre forhold ved livet, og hvordan dårlig økonomi skaper negative ringvirkninger for brukerne. Brukerne opplever en frykt for at hele livsgrunnlaget forsvinner.

"Ja, for hvis de får dårlig økonomi ikke sant, så vil det jo få konsekvenser for psykisk helse, det vil, som igjen vil påvirke fysisk helse. Det vil kunne påvirke, altså alt som har med økonomi å gjøre ikke sant, som bekymringer for, har jeg et hjem? Har jeg mulighet til å betale strøm? Har jeg mulighet til å betale mat? Hvordan skal jeg klare å forsørge ungene mine? Ungene mine detter ut av aktiviteter, de blir ikke integrert i samfunnet, ja og så videre" (Intervju 5)

"Du kan jo tenke deg din egen mentale helse, hvordan det hadde vært med den hvis ingenting var på stell i forhold til bolig og økonomi og ting hang i løse luften og det haglet inn med faktura og purringer som du måtte bare rive og kaste i søpla. Og hvis du da har en alvorlig sinnslidelse så er du ikke noe mer robust til å stå i det kjøret der, så det er en veldig viktig del og av og til er det kanskje noe av det viktigste vi kan hjelpe folk med mens de er innlagt. Å få ryddet opp i den biten, fordi at ofte er det ikke så mye vi kan, altså vi har ikke alltid så mye å by på lengre i forhold til aktiv behandling av de mest alvorlige psykoselidelsene. Vi har symptomlindrende medikamenter og kan få folk litt bedre, men ofte gjenvinner ikke de en sånn funksjon som gjør at de kan ivareta ja, de økonomiske forhold" (Intervju 8)

Hvordan mangel på bistand kan gi økonomiske konsekvenser for sårbare brukere ble også kommentert i fritekstsvaret i spørreundersøkelsen (n=137). Flere respondenter skriver at situasjonen er belastende for sårbare brukere, og at det skaper stress og frustrasjon over at de ikke vet om de får levert riktig utfylt søknad for å få den inntektssikringen de er avhengige av. Usikkerheten kan bli en stor tilleggsbelastning i en allerede krevende situasjon:

"Tapte inntekter, mye frustrasjon, unødvendig tilleggsbelastning i en allerede krevende situasjon med alvorlig sykdom. Mange har mistet viktige inntektskilder som påvirker bosituasjon og familiesituasjon, som langt på vei burde vært unngått"

"Får økonomiske konsekvenser, da det ofte dreier seg om mangler i søknader/vedlegg eller misforståelser knyttet til krav og ansvar. Kan skape unødig psykisk stress og frustrasjon for den enkelte."

Mangelen på tilbud om bistand fører til at de sårbare brukerne ikke klarer å overholde frister og ikke får med seg nødvendig informasjon (n=38). Dette har både økonomiske konsekvenser, for eksempel ved at "fristene overholdes ikke, og pengene kommer ikke inn på konto", og konsekvenser for andre deler av kommunikasjon og oppfølging: "Får ikke kontakt med saksbehandler, går glipp av viktig informasjon. Får ikke fulgt opp avtaler." Det er viktig å påpeke at noen kommenterer at mangel på bistand ikke nødvendigvis fører til at man ikke får de ytelsene eller tjenestene man har krav på, men at det fører til at det kan ta unødvendig lang tid. I intervjuene kom det frem at noen ganger trenger man bistand for å få svar på hvorfor man ikke har krav på ulike ytelser.

Å mestre økonomisk ustabilitet er tøft for de fleste. Økonomisk ustabilitet er med på å øke forskjeller mellom de som håndterer livets utfordringer, og de som har en helsetilstand eller livssituasjon som gjør at man ikke klarer det. Intervjuene gir mange eksempler på hvordan den økonomiske situasjonen og forhold som er knyttet til dette har direkte konsekvenser for helsetilstanden for den enkelte, som vist i kapittelet nedenfor.

4.4.2 Helserelaterte konsekvenser

NAV/nav.no har for flere av de sårbare brukerne stor betydning for behandlingsforløp. Møtet med et stort upersonlig system blir opplevd å forverre hvordan de mestrer sin hverdag og helse. Det skisseres ulike helserelevante konsekvenser i gruppeintervjuene. Det blir for eksempel beskrevet flere situasjoner hvor behandlere opplever at brukerens behandling blir negativt påvirket av at brukerens andre grunnleggende behov ikke er på stell, og at dette i enkelte situasjoner kan føre til innleggelse.

"Så det skaper mer trøbbel, som igjen gjør at man kanskje ikke får gjort de andre behandlingsoppgavene man egentlig skal gjøre, da, fordi at da blir det så mye sosiale – eller, så mye klabb og babb med bolig og penger, at de tingene som vi kanskje egentlig skulle jobbet med på – som går på andre type psykiske plager, de blir jo underordnet da, frem til det blir i orden igjen med penger og bolig" (Intervju 7)

"Ja, det er jo rett og slett, konsekvensen er jo at dem ikke får dem ytelsene som dem skal ha da og blir sittende uten mat og ja, er litt sånn dem gir litt opp da, og noen blir det jo så mye stress rundt det her at dem får rustanker også da, at det blir for mye å følge opp og ordne, ikke det at det er den eneste årsaken til at folk ruser seg, men dem kan liksom forsterke dem litt mørke tankene dem har fra før" (Intervju 2)

Økonomisk stress kan altså påvirke både pasientens helsetilstand og behandlingssituasjonen. Både i intervjuene og i de åpne svarene i spørreskjemaet kommer det frem eksempler på at sårbare personer / psykisk syke personers manglende evne til å selv håndtere livet sitt gjennom de digitale løsningene har ført til reinnleggelse, og at den kaotiske økonomiske situasjonen må ryddes opp i før det kan bli aktuelt med behandling. Ansatte i psykisk helsevern oppgir i intervjuene at i mange tilfeller handler behandling først og fremst om å få ryddet opp i situasjonen, med tanke på økonomi, bosted, gjeld og andre ting som har gått

over styr, før de kan skrive ut pasienten og sende vedkommende tilbake til ordinært samfunnsliv. Det er også mange kommentarer om dette i spørsmålet om hvilke konsekvenser tjenesteyterne ser for brukerne:

"Brukerne kan stå uten økonomiske ytelser over lengre perioder. Kan medføre varige økonomiske problemer. I tillegg medfører dette økt symptomtrykk hos mange. Dette kan også vanskeliggjøre behandling av lidelsen pasienten er henvist for i utgangspunktet."

"Opphold på sykehuset blir av lengre varighet, da de som oftest har behov for hjelp til å skaffe seg bolig. Saksgangen stopper opp, når de f.eks ikke vet hvordan de skal gå frem for å søke om AAP, uføretrygd eller økonomisk sosialhjelp. Hvis de skrives ut av behandler, fortsetter de livet så best de kan til tross for økonomien, inntil de får hjelp av kommunal psykiatritjeneste eller lignende."

"Mange får ikke det de har krav på. De får økt symptomtrykk på sin psykiske lidelse idet dette medfører mye stress og bekymring. (...) Har i noen grad ført til innleggelse pga tilbakefall grunnet stress."

En stor del av fritekstsvarene i spørreundersøkelsen beskriver hvilke reaksjoner respondentene ser hos brukerne når de ikke kommer igjennom i de digitale løsningene. Respondentene oppgir for eksempel at de ser at brukerne blir frustrerte, opprørte eller fortvilet. Flere beskriver at de ser brukerne oppleve avmakt og bli aggressive etter møte med de digitale løsningene (n=92). I disse kommentarene beskriver respondentene også at frustrasjon og avmaktsfølelse kan bidra til en økende mistillit til systemet. Det er ulike måter å reagere på i situasjoner man føler man ikke mestrer, og når manglende mestring og manglende tilgang på bistand har påvirkning på sentrale livsfunksjoner som inntektssikring, bolig og aktiviteter for barna kan dette bli et stort stressmoment. Kommentarer som "Avmaktsfølelse, mindre tiltro til systemet, flere sliter økonomisk" og "Forsinkelser i utbetalinger, frustrasjon, sinne, oppgitthet, depresjon og mistillit" er typiske. Respondentene observerer i denne sammenhengen også situasjoner hvor pasientene eller brukerne står på kanten til å gi opp når de ikke klarer å komme igjennom i de digitale løsningene og ikke får den bistanden de har behov for:

"Noen ganger etableres en slik type avmakt at pasientene ikke søker det de har rett på og som skulle sørget for å trygge deres livsopphold. Det skaper også ofte avsky og håpløshet for NAV systemet"

"Frustrerte, har lyst til å gi opp. Utagering verbalt, eller på interiør. Søknader blir forsinket, som gjør at det tar lengre tid før de mottar ytelser."

Det er også en stor del kommentarer i fritekstsvaret som beskriver respondentenes erfaringer med at brukerne faktisk faller ut eller gir opp (n=61), eller at brukerne føler seg sviktet eller mister troen (n=19). Fra informantene i intervjuene hørte vi også at det krever selvtillit å gå i møte med de digitale selvhjelps løsningene, en egenskap mange sårbare brukere ikke har. I fritekstsvarene som omtaler at brukere faller ut eller gir opp som konsekvenser av manglende bistand, ser vi hvordan møtet med den digitale løsningen og opplevelsen av deres manglende evne til å klare det, og mestre situasjonen, gjør at denne opplevelsen forsterkes, og bidrar til at brukerne gir opp:

"Mange gir opp eller unnlater å oppsøke NAVs tjenester eller brukerflater, også når de har åpenbare behov for det. Opplevelsen av å ikke mestre eller ikke å komme helt i mål til tross for iherdig innsats, er et ekstra hinder for neste kontakt med NAV."

Manglende robusthet hos de mest sårbare brukerne kan føre til at det for noen blir lettere å velge rus og kriminalitet enn å stå alene og oppleve at man feiler:

"Pasienter må sove ute. De ruser seg mer. Går i overdoser. Injiserer amfetamin for å holde seg våken og lar døgnnet rundt. Får ikke kjøpt seg mat, klær. De får forsterket sitt negative selvbilde. De får forsterket sin mistro til hjelpeapparatet. De får redusert psykisk og fysisk helse. Økt vold og kriminalitet."

"Gir opp, bekreftelse på at de har rett i å mistro systemet. I verste fall skaffer de penger gjennom kriminalitet, det er mye lettere."

"Dette kan få store konsekvenser og noen gir fullstendig opp. Og kan også da ende opp i kriminalitet og rus fordi de gir opp når de opplever at det blir for vanskelig. Dette gjelder spesielt søknader rundt ung ufør."

"De får ikke levert søknad uten at de må møte opp, eller via treg postgang. De kan bli gående f.eks uten penger lenger enn nødvendig. Kan bli fristet til å gjenoppta kriminell virksomhet for å skaffe penger. Flere mister motivasjon for "det rusfrie livet" når det skal være å vanskelig."

Noen av respondentene opplever at enkelte sårbare faller helt ut:

"De blir forvirret og gir opp. Noen sitter hjemme i kjelleren hos foreldre eller på hybler og faller utenfor utdanning/arbeid med stor fare for utenforskap og isolasjon eller som unge kriminelle med rus/psykiske problemer. Noen blir unødvendig unge uføre. Fattigdom i familier uten inntekt og påfølgende dårlige levekår for kommende generasjoner"

"stopp i ytingar, reduserte ytingar fordi dei ikkje oppfyller vilkår knytt til ytingar/sosialhjelp eller liknande, dei går glipp av moglegheiter på arbeidsmarknaden, dei går glipp av kvalifisering, brukar blir oppgitt og får redusert meistringskjensle. Dei kan få negativ selvbilde og føler seg utanfor samfunnet."

4.4.3 Juridiske konsekvenser

Informantene beskrev også tilfeller av juridiske konsekvenser som sårbare brukere kunne oppleve dersom de ikke klarer å nyttiggjøre seg digitale løsninger. Her var det særlig feil i utfylling av søknad eller vedlegg som ble trukket frem. Ansvar for å fylle ut søknad riktig og gi riktige opplysninger ligger nå hos brukeren. Å krysse av feil eller å gi feil opplysninger kunne gi konsekvenser i form av frafall av rettigheter:

"Det har jo skapt en del utfordringer, og gjort at enkelte har gjort feil med innsendelse av diverse søknader og plutselig stått uten penger i to, tre måneder" (Intervju 5)

Å oppleve slike konsekvenser ble delvis relatert til utfordrende regelverk som er vanskelig å forstå for brukerne, og som praktiseres ulikt hos ulike saksbehandlere:

"For eksempel sosialskjemaene er jo helt- de digitale er jo kjempebra, har de blitt etter de ble digitale, men det er jo helt «borte i staur og vegger» hva de krever av dokumentasjon. Så er det jo egentlig ikke all den dokumentasjonen som er nødvendig, og det vet jo jeg. Jeg har jo sittet med sånne ting, men det vet jo ikke folk, så de gir opp underveis en del, men vi får jo inn de oftest da, fordi de blir jo uten penger. Men det går jo ikke når- for eksempel når du skal

behandle etter paragraf 19, nei 18, så er det jo en skjønnsbasert ytelse som går utover det pliktmessige, og folk vet jo ikke hva de skal legge med av informasjon, de vet knapt nok hva de skal skrive og da får de ikke behandlet den saken, da, etter riktig paragraf ikke sant, de får pliktparagrafen, men ikke skjønnsparagrafen. Da får man ikke til å hjelpe folk ut av den vanskelige økonomiske situasjonen, for å si det litt kort da" (Intervju 2)

"Skjer ikke så ofte, men noen kan stå et halvår i saksbehandlingskø og ikke ha barnetrygd. Da blir det refundert ofte, for du hadde rett på det. Det er litt ulik praksis fra ulike saksbehandlere om de kompenserer for tapt barnetrygd eller ikke, hvis du har supplerende samtidig. Grunnen til at de ikke automatisk justerer opp supplerende, er at de ikke har kontroll på når de går igjennom, da skal de egentlig betale tilbake, men det er ikke alltid det skjer. Det blir ikke gitt beskjed til den sosialhjelpssaksbehandleren fra barnetrygdsaksbehandleren, det dukker ikke opp på deres fagsystem automatisk at nå er det innvilget barnetrygd med tilbakebetaling. Det får de vite når de leverer kontoutskrift kanskje tre måneder etterpå. Men nå sitter ikke jeg og ser de fagsystemene" (Intervju 4)

I tillegg ble det påpekt at manglende tilgang på saksbehandler kan føre redusert tillit til systemet. Enkelte brukere kunne nemlig få for seg at systemet er rigget for at de ikke skal få de pengene de har krav på. Dette er ikke nødvendigvis tilfellet, men en konsekvens av manglende informasjon relatert til egen sak.

Videre ser vi av svarene på fritekstsvar at manglende digital tilgang også har konsekvenser for tilgangen på annen oppfølging og tilbud fra NAV, for eksempel forhold som påvirker sårbare brukeres muligheter for bistand til å komme seg inn i eller tilbake til ordinært samfunnsliv:

"De mister mulighetene til det de har krav på, bosted, penger, oppfølging, legetime osv"

"At de mister rettigheter til økonomisk støtte. Veiledning for å komme i jobb, finne relevant arbeidstrening. Noen mister muligheter til veiledning og kvalifisering gjennom AMO-kurs, praksis el. fordi de ikke klarer å sende meldekort og faller ut av listen til veileder om det ikke blir fanget opp."

"Får ikke samtale med veileder. Får ikke søkt hjelp, råd, og veiledning. Får ikke levert dokumentasjon til saken. Får ikke betalt regninger, stor gjeld. Utkastelsesordre. Får ikke veiledning til å finne nødvendig medisinsk hjelp. Får ikke veiledning til å få hjelp med hjelpemidler eller forstå hvor i kommunen en henvendelse om bistand skal rettes. Søknadsfrister overgås."

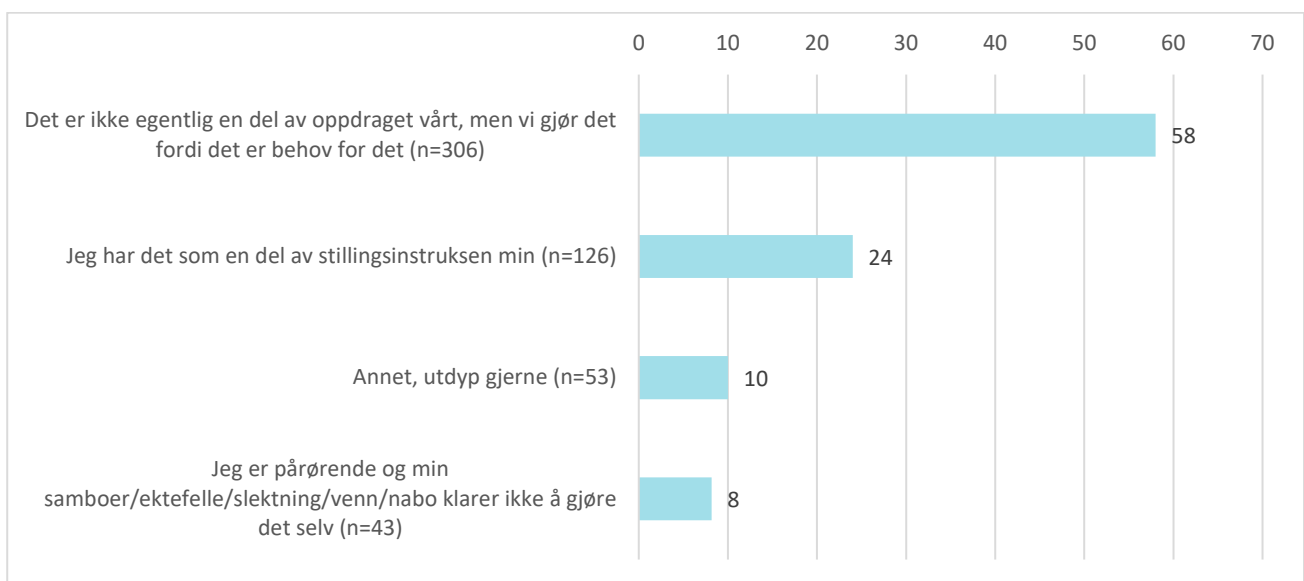
"Vanskeligere dialog med potensielle huseiere knyttet til depositumsgaranti, forsinket husleie, forsinkede utbetalinger, forsinkede søknader, manglende kommunikasjon mellom hjelpetjenester grunnet uklart samtykke, Usikkerhet, frustrasjon, sinne, frykt for mulige konsekvenser av manglende dokumentasjon."

4.5 Hvordan oppleves det å gi bistand til sårbare grupper i deres bruk av digitale tjenester?

I dette kapittelet skal vi se nærmere på respondentenes erfaringer med å hjelpe brukere med digitale løsninger. Selv om behovet for bistand og nettverk er betydelig, er det svært lite kunnskap om hvordan de som bistår, opplever denne arbeidsoppgaven og hvilke erfaringer de har gjort seg i samhandling med brukerne og i møtet med de digitale løsningene.

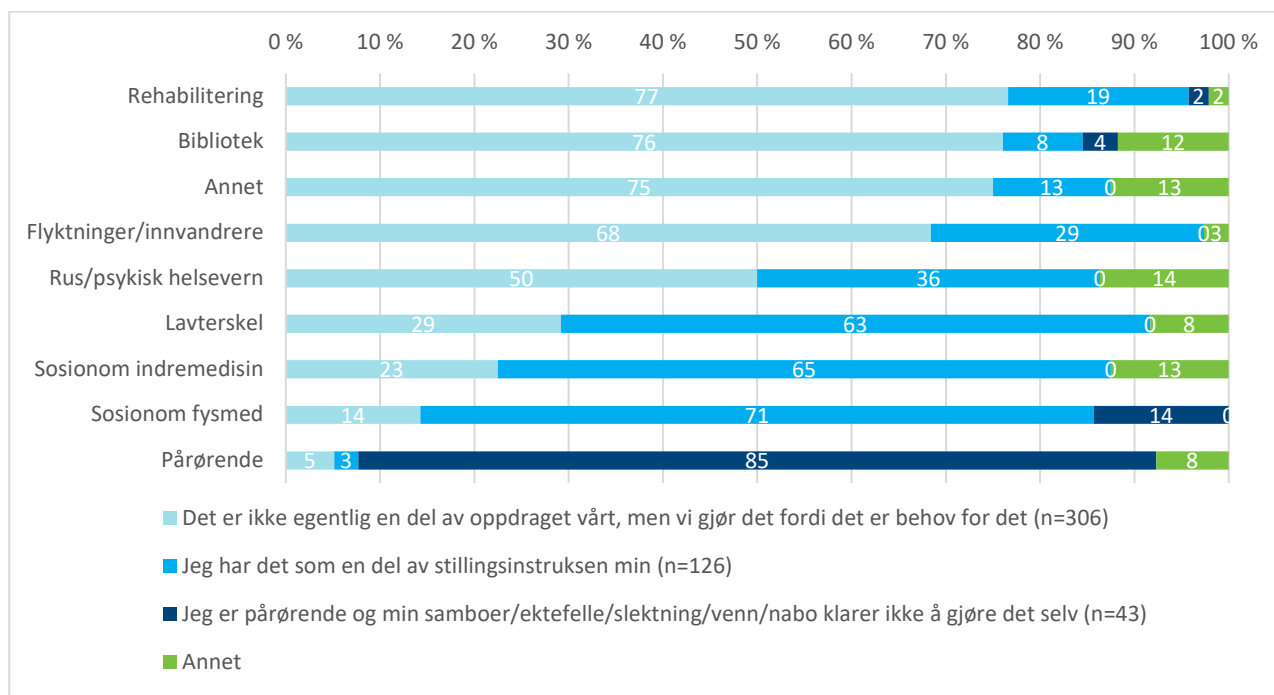
Et sentralt spørsmål som har kommet frem underveis i arbeidet med prosjektet, er hvem som egentlig gir bistand til sårbare grupper etter innføringen av selvbetjeningsløsningene og innskrenking av åpningstider i NAV. Ifølge kanalstrategien skal de som har behov for det, få personlig bistand. Men gjennom intervjuene blir det synlig at informantene opplever stor pågang om personlig bistand, og bruker stadig mer tid på dette i sin arbeidshverdag. Flere uttrykker frustrasjon over at de opplever at de må gjøre oppgaver som de mener er NAV sitt ansvar. Det kommer også frem at ikke alle føler seg kompetente til å bistå i bruk av digitale løsninger. Det er gjerne er noen få "superbrukere" på en arbeidsplass som bistår i de digitale løsningene blant informantene i intervjuene. Disse superbrukerne tar unna de fleste brukerne som trenger hjelp, men bistår også sine kollegaer når de skal bistå en bruker i de digitale løsningene. Superbrukerne har ikke nødvendigvis en spesifikk opplæring eller arbeidsinstruks knyttet til dette, men har inntatt rollen som superbruker på grunn av interesse, kompetanse eller ildsjelmentalitet.

For å undersøke dette temaet nærmere har vi utformet noen spørsmål knyttet til veiledernes erfaringer med og kompetanse i bistandssituasjonen, det første var "Har du selv gjennom stillingen du har, eller som pårørende, bistått noen i bruk av digitale løsninger fra NAV?". Her svarte 90 prosent av respondentene at de har bistått noen i bruk av digitale tjenester fra NAV gjennom sin stilling, mens 9 prosent svarer at de ikke har bistått.



Figur 13: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hva er årsaken til at akkurat du gir bistand i bruk av digitale selvbetjeningsløsninger fra NAV?"

Når vi spør om årsaken til at respondenten gir bistand i digitale løsninger fra NAV, oppgir 58 prosent at dette ikke er en del av deres oppdrag, men at de gjør det fordi det er behov for det. Akkurat dette svaret er også gjennomgående i intervjuene. Informantene peker på at de opplever at de må gjøre oppgaver som de ikke har kompetanse til, og som egentlig er NAV sitt ansvar.



Figur 14: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Årsaker til at akkurat du gir bistand i bruk av digitale selvbetjeningsløsninger fra NAV?"

Når vi ser på hvilke yrkesgrupper som svarer på spørsmålet om hvorfor akkurat de bistår i digitale løsninger fra NAV, ser vi en stor forskjell i hvordan de ulike gruppene opplever hvilket ansvar de har for å gi bistand til brukerne på dette området. Klart de fleste respondentene blant ansatte i rehabiliteringstilbud (77%), bibliotek (76%), annet (75%) og ansatte i kommunale tilbud for innvandrere og flyktninger (68%) oppgir at å gi slik bistand ikke egentlig er en del av oppdraget deres, men at de gjør det likevel. Blant ansatte i rus og psykisk helsevern ser vi at halvparten opplever at å gi slik bistand ikke er en del av oppdraget deres. Så ser vi et skifte: Blant de som jobber i lavterskeltilbud for psykisk helse oppgir 63 prosent at dette er oppgaver som inngår i stillingen deres, og tilsvarende andel blant de som jobber med sosionomtjenester i helseforetak er 65 prosent, og blant de som jobber i rehabiliteringsavdelinger innen fysikalsk medisin 71 prosent.

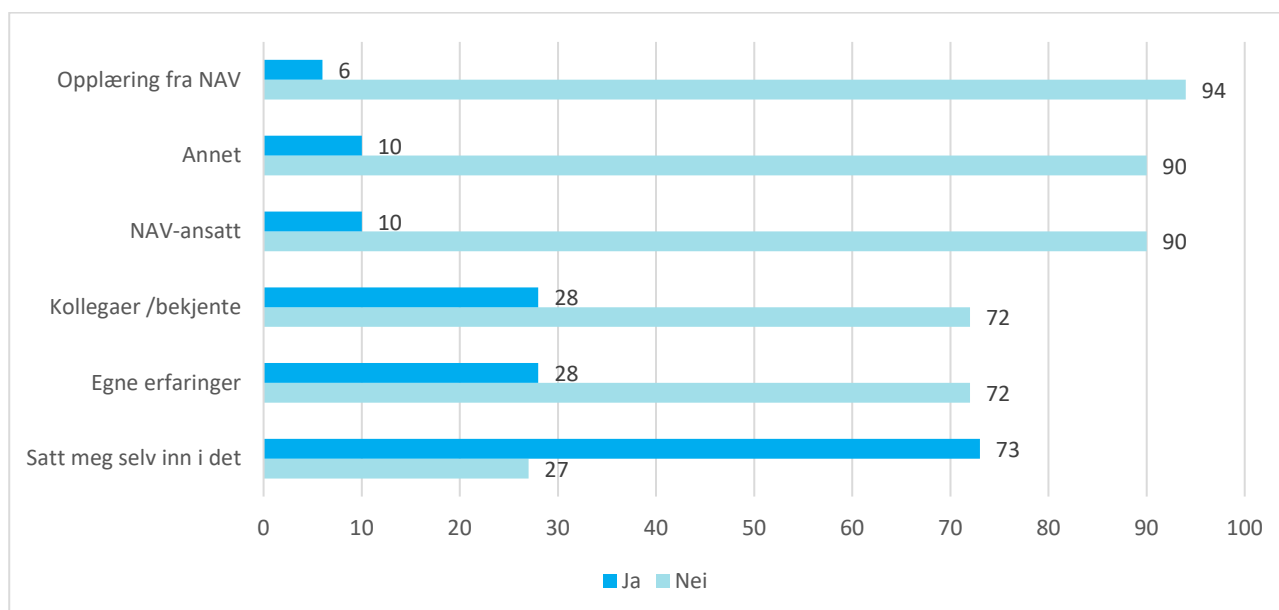
Blant de som har svart "annet" på spørsmål om hvorfor akkurat de bistår i digitale løsninger fra NAV, finner vi først og fremst bibliotekansatte (n=25) og ansatte i rus/psykisk helsevern (n=15). De resterende 13 er fordelt på de andre respondentgruppene. Blant bibliotekansatte oppgir flere at temaet kommer som en følge av at de har publikums-PC-er og skal hjelpe besøkende med å bruke disse. Én respondent har skrevet: "Biblioteket låner ut datamaskiner, og da begynner brukerne å spørre om hjelp. Både teknisk når det gjelder å bruke en datamaskin, og hvordan de skal fylle ut skjemaer eller hvor de finner dem." Samtidig oppgir flere at de ikke er komfortable med situasjonen, for eksempel: "hjelper til i nødstilfeller, men er forsiktige pga. personvern. Redd for å gjøre feil" eller "skjemaene er så vanskelige at vi ofte velger å la være". Det er særlig oppgaver knyttet til den enkelte brukers sak eller oppgaver som krever byråkratisk kompetanse som oppleves som for krevende eller utenfor ansvarsoppgavene til ansatte i bibliotek: "bibliotekansatt - kan veilede i bruken. men går aldri inn i personlige anliggende for låner/person. Da henviser vi dem til NAV pga. taushetsplikt. Men det er ofte svært utfordrende å få profesjonell hjelp som de trenger". Noen av de bibliotekansatte opplever å bli satt i en vanskelig situasjon: "Jeg ønsker å hjelpe, de er ofte blitt sendt hit med beskjeden at her får de hjelp, og står som oftest i en håpløs situasjon der de selv

ikke klarer å fullføre det som blir forlangt av dem." Noen bibliotekansatte er også tydelige på at oppgaven til biblioteket er å bistå i digital kompetanse – ikke i byråkratisk kompetanse – og at de opplever at NAV ikke overholder veiledningsplikten overfor brukerne: "Biblioteket har digital veiledningsplikt, men opplever det som et dilemma at vi blir et sted brukere kommer til fordi det ikke er god nok mulighet for fysisk oppmøte på det enkelte NAV-kontor", og "NAV overholder ikke sin veiledningsplikt og gir praktisk hjelp".

Det kommer også frem i intervju og åpne spørsmål i spørreundersøkelsen at det akutte i situasjonen gjør at mange ansatte opplever at de *må* bistå pasienter eller brukere uavhengig av om det er en del av jobben eller ikke. En ansatt i rus/psykisk helsevern oppgir for eksempel at "Dersom sosionomene ikke har anledning til å hjelpe, må andre behandlere som for eksempel sykepleier hjelpe pas. med dette", og en annen skriver "Ikke endel av arbeidet mitt, men forsøker å hjelpe der det er behov. Men de fleste har ikke tilgang til de digitale tjenester og derfor bruker vi telefonkontakt med nav på vegne av pasienter nesten daglig". Flere refererer til at det ikke er deres oppgave, men de *gjør* det fordi ingen andre gjør det: "Sosionom på Enhet for (...). Ingen andre gjør det, med mindre vi har begjært verge."

I intervjuene kom det også frem at ikke alle sosionomer eller ansatte som utfører sosionomlignende oppgaver, føler seg kompetente til å bistå i de digitale løsningene. Vi inkluderte derfor i spørreskjemaet noen spørsmål om hvordan de som bistår, opplever sin kompetanse i å bistå i digitale løsninger.

Hvordan har du fått den kunnskapen du bruker når du bistår i de digitale løsningene?



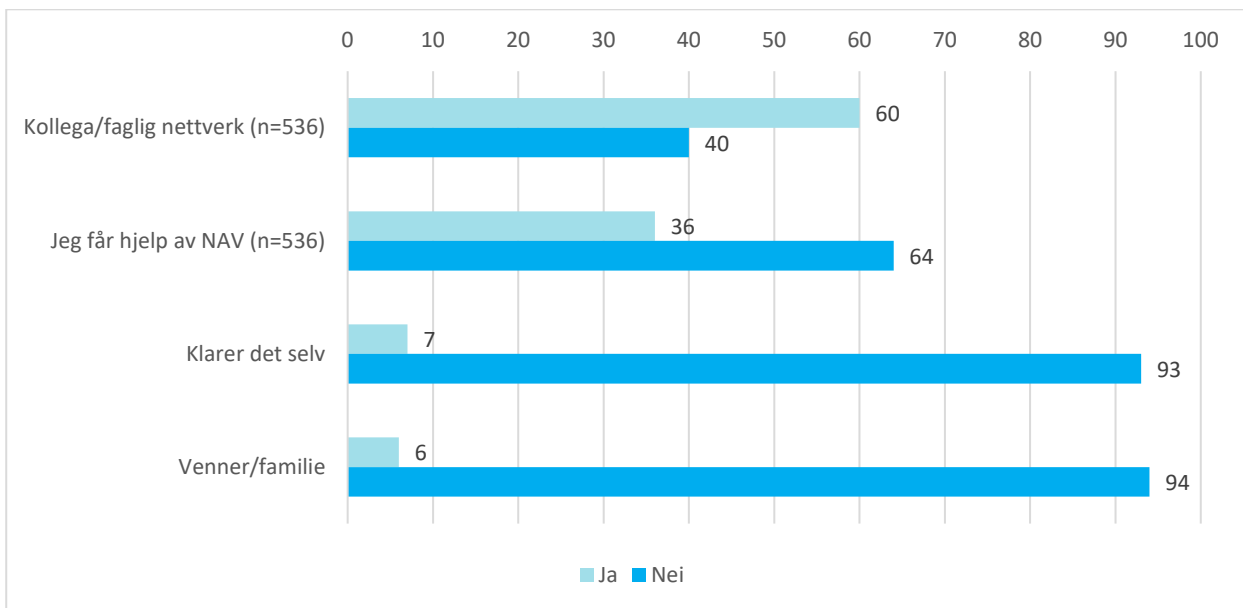
Figur 15: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hvordan har du fått den kunnskapen du bruker når du bistår i de digitale løsningene?" Flere svar mulig.

Resultatene viser at 73 prosent oppgir at de har satt seg inn i det selv. 28 prosent bruker sine egne erfaringer i møte med de digitale løsningene når de bistår, og en like stor andel oppgir at de har fått kunnskap av kollegaer eller bekjente. 10 prosent oppgir at de har kunnskapen fordi de er eller tidligere har vært ansatt i NAV, mens seks prosent svarer at de har fått opplæring fra NAV.

I kategorien annet (n=67) er det vanskeligere å skille ut noen tydelige tema. En del oppgir at de har gjennomført kurset "23 offentlige ting", dette gjelder først og fremst ansatte i bibliotek. Andre oppgir at de

har generelt god digital kompetanse. Noen trekker frem faglig nettverk eller at de har lært fra pasienter og brukere. En håndfull oppgir at de bruker prøve- og feilemetoden. Det er altså ingen systematikk i hvilken kompetanse de som bistår sårbare grupper har med seg om veiledning i offentlige digitale velferdstjenester.

Hva gjør du hvis du står fast i de digitale løsningene og ikke kan hjelpe?



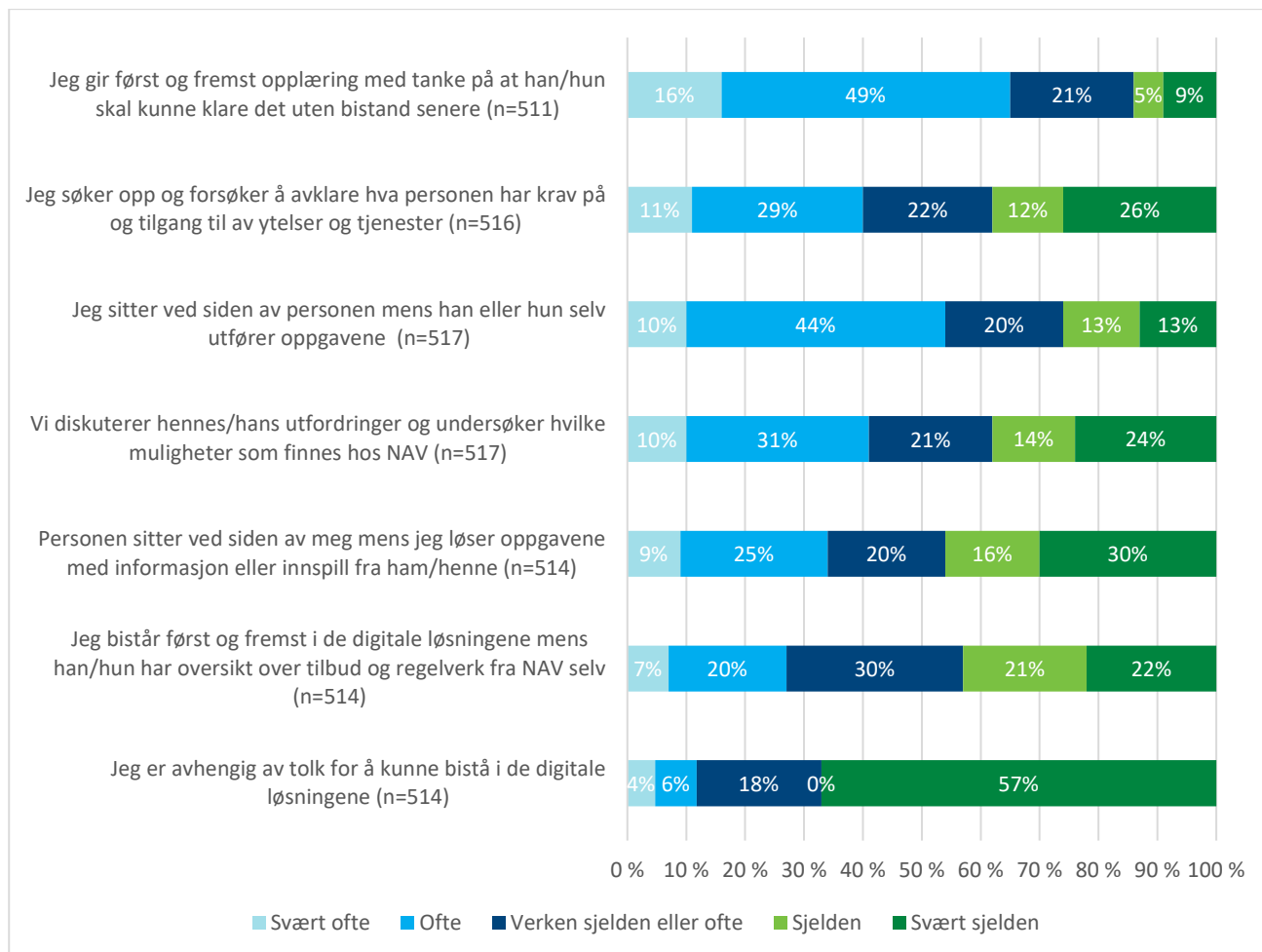
Figur 16: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hva gjør du hvis du står fast i de digitale løsningene og ikke kan hjelpe?" Flere svar mulig.

Så kan vi se at de færreste som bistår sårbare grupper, klarer det uten selv å få bistand underveis. Bare sju prosent oppgir at de klarer det selv. 60 prosent får bistand fra kolleger eller det faglige nettverket sitt, mens 36 prosent oppgir at de får hjelp av NAV hvis de står fast. Seks prosent sier de henter hjelp hos venner eller familie for å kunne bistå. Av de som henter hjelp hos venner og familie, er omtrent 1/3 pårørende.

Det var også et Annet-alternativ med fritekstmulighet på dette spørsmålet. Av de 116 som har skrevet inn et svar, oppgir 56 at de sender bruker tilbake til NAV, mens 17 sier de forklarer brukeren at dette kan de ikke hjelpe dem med, enten fordi de ikke klarer å løse det, eller fordi det ikke er innafør stillingsinstruksen eller arbeidsoppgavene deres. 28 oppgir at de ikke gir seg, men finner andre veier å bistå brukerne, for eksempel ved å arrangere møte, ringe rundt, google og forsøke å lese seg opp på temaet. Det er først og fremst sosionomer som oppgir at de ikke gir seg, og mens det først og fremst er ansatte i bibliotek som oppgir at dette er oppgaver de ikke kan hjelpe brukeren med, og som sender bruker tilbake til NAV. Dette er som forventet, ettersom sosionomer og andre ansatte som utfører sosialfaglige oppgaver, har et annet ansvar for å følge opp brukerne faglig enn ansatte i bibliotek.

I intervjuene kom det også frem at flere av informantene forsøkte å hjelpe brukerne til å klare å løse de digitale oppgavene selv, men at dette ofte ble begrenset av den tiden de hadde til rådighet. En informant oppgir at "vi ønsker jo å bidra til å lære opp i stedet for å gjøre for, men tiden strekker ikke til". Å klare selv er viktig for brukerne for å kunne fortsette å administrere situasjonen sin digitalt når de er ute av behandling eller offentlige tilbud og dermed ikke har den samme tilgangen på noen som kan bistå dem. Å klare selv er også viktig for å kunne oppnå den myndiggjøringen som kan gi brukeren bedre oversikt og

kontroll over egen situasjon. Vi inkluderte derfor også spørsmål i spørreskjemaet som hva som kjennetegner den bistanden respondentene gir.



Figur 17: Svarfordeling på følgende spørsmål: "Hvor beskrivende er følgende påstander for den eller de måtene du gir bistand i de digitale løsningene på?"

Den vanligste måten å gi bistand på er å gi opplæring med tanke på at brukeren skal kunne klare det uten bistand senere. Her sier 16 prosent at de svært ofte, og 49 prosent sier at de ofte, gir bistand på denne måten. Så oppgir 11 prosent at de svært ofte og 29 prosent at de ofte søker opp og forsøker å avklare hva personen har krav på og tilgang til av ytelser og tjenester. 10 prosent sitter svært ofte og 44 prosent sitter ofte ved siden av personen mens han/hun selv utfører oppgavene. 9 prosent oppgir at brukeren svært ofte sitter ved siden av den som bistår mens det er den som bistår som løser oppgavene med informasjon eller innspill fra brukeren. 7 prosent oppgir at bistanden først og fremst dreier seg om de digitale løsningene, mens brukeren har oversikt over tilbud og regelverk fra NAV selv. Disse resultatene viser at den som bistår, i større grad bidrar til selvstendighet for brukerne på sikt, enn teknologien gjør. Det er også verdt å trekke frem at hvilken type bistand som gis, varierer fra bruker til bruker og etter hvor mye tid vedkommende har til rådighet.

Vi ser også at 10 prosent ofte eller svært ofte er avhengig av tolk for å kunne bistå i de digitale løsningene.

Respondentene ble også stilt et åpent spørsmål om det er noen annen måte de bistår på, og fikk mulighet til å utdype i fritekst. Totalt ga 130 respondenter svar på dette, og disse ble kategorisert i fem kategorier: En større del av respondentene (n=39) oppga at de ga administrativ bistand i form av utskrift og scanning av vedlegg, og digital bistand i bruk av digitale løsninger. Her ble det skrevet flere svar om hvordan bibliotekansatte opplever sin rolle i å bistå personer som kommer til biblioteket for å benytte publikums-PC-er. Flere skriver at de bare gir bistand i administrative oppgaver eller oppgaver som krever digital kompetanse: "Utfylling av skjema og slikt får ikke vi lov til å bistå med. Det må de klare selv, og mange ser ut til å gi opp", og "Som personale kommer vi i skvis med personvern hensyn og ansvarsspørsmål hvis vi veileder i disse tjenestene direkte."

32 av fritekstsvarene dreide seg om muntlig formidling av informasjon om rettigheter, NAV-systemet, og hva informasjon og vedtak innebærer. Dette kan være å forklare informasjon som står i de digitale løsningene, eller hva ord betyr, men også å sette den enkeltes sak i en større sammenheng, for eksempel å forklare hvorfor det er viktig å samarbeide med NAV, eller hvorfor man ikke har rettigheter og ikke får penger i noen tilfeller. Flere av respondentene peker på betydningen av muntlighet og personlig kontakt for å ordne opp i komplekse situasjoner. En respondent skriver:

"Pasienter trenger den personlige kontakten på NAV, og at behandleren er med på et møte på NAV, når det gjelder gjeldsspørsmål. Pasienten er ofte overveldet av informasjonen på nettet. De bærer skam over alle problemene de har. Vanlig reaksjon av pasienten innen rus og avhengighetsproblematikk er at de unngår kontakten med NAV. Dobbeldiagnosepasienter klarer heller ikke å ha kontroll over økonomien eller gjelden, ved digitale løsninger. De trenger oppfølging og veiledning over tid hos en saksbehandler i NAV."

22 fritekstsvarene viste til forhold som innebærer oppfølging av brukere i jobbsøk, aktivitetsplan og å få livet på bena igjen. Én type svar påpekte et annet forhold knyttet til brukernes møte med de digitale løsningene: 19 respondenter oppga at de ga psykisk støtte eller emosjonell bistand i å forholde seg til NAV-systemet og var støttende i den frustrasjonen mange brukere kjenner på i prosessen. En respondent skrev:

"Det er mykje frustrasjon over å ikkje bli høyrd og at ein ikkje får formulert egne problemstillingar ovanfor NAV. Eg prøver å vere støttande i denne situasjonen. Den digitale løysinga kan aldri heilt erstatte den personlege kontakten. Her sviktar NAV."

Hos enkelte skinner også en egen frustrasjon igjennom i fritekstsvarene. En pårørende skriver:

"Det jeg nok har brukt mest tid på i disse årene er å gi moralsk støtte til et menneske som er overveldet og utmattet over det «monsteret» NAV har vist seg å være, både hva gjelder regelverk, kommunikasjon, digitale tjenester, stadige skifter av veiledere og ansvarsfordeling (det er alltid brukeren som tar støyten når NAV eller deres ansatte gjør feil)."

I en større svarkategori oppgir respondentene at de fungerer som mellomledd mellom brukeren og NAV (n=43). Vi har sett tidligere at bistå i å komme i kontakt med saksbehandler er en vanlig måte å gi bistand til brukerne. Dette blir utdypet i de fritekstsvarene på spørsmålet om på hvilke måter de gir bistand. Respondentene tar kontakt med NAV på egen hånd eller sammen med brukeren/pasienten, enten ved å forsøke å få kontakt med saksbehandler, finne informasjon om hvem som er saksbehandler, eller å ta kontakt gjennom kontakttelen. Utdrykk om å oppnå kontakt med saksbehandler var også et tema i flere av intervjuene. Flere respondenter og informanter oppgir at de kommer lettere igjennom til

saksbehandler eller kontaktttelefon enn det brukerne gjør. Det er også andre forhold som gjør at det oppleves som krevende å oppnå kontakt for brukerne. En respondent skriver følgende:

“bistår å ringe til pasientens behandler, da mange gir opp å ringe gjennom sentral, det tar tid og de oppleves relativt ofte at det tar lang tid før pasient ringes opp igjen når beskjed er lagt igjen. Det skjer også ofte at når det ringes opp igjen fra NAV og pasient da gjerne ikke har anledning til å svare, så må en begynne helt på ny igjen. Dette er det mange som gir opp, det krever utholdenhet!”

Fullmakt, vergemål og kompetent samtykke

Her kommer også problematikk knyttet til fullmakt og verge opp for brukere som har utfordringer som gjør at de for en periode ikke er samtykkekompetente, eller som av andre årsaker er forhindret fra, ikke klarer eller motsetter seg å benytte de digitale løsningene. Sosionomer eller andre ansatte som utfører sosialfaglige oppgaver, er i mange tilfeller ikke definerte som helsepersonell, og har derfor færre muligheter for å handle på vegne av brukerne i de digitale løsningene og i å søke hjelp fra NAV for å kunne fullføre en digital oppgave for pasienten. I intervjuene ser vi at noen oppgir at det er enklere å få hjelp fra NAV når de har blitt kategorisert som helsepersonell. Dette gjelder for eksempel tilgang til å benytte behandler-telefonen som gir lettere tilgang til bistand, og lettere tilgang til fullmakt. Mens man i fysiske møter eller møter på telefon – hvor både den som bistår, pasient/bruker og NAV er til stede – ikke har behov for fullmakt, krever bistand i digitale løsninger fullmakt så lenge den som bistår skal handle på vegne av bruker. Informantene oppgir imidlertid at innhenting av fullmakt kan være komplisert fordi pasienter ikke er samtykkekompetente i øyeblikket, eller motsetter seg fullmakt på grunn av manglende tillit til systemet eller den som bistår. Dette fører også til situasjoner hvor personvernet blir satt under press. Flere respondenter i spørreundersøkelsen og informanter i intervjuene oppgir at de i noen situasjoner har brutt taushetsplikt og tatt snarveier i forhold som berører personvern og interne regelverk fordi alternativet er så mye verre for brukeren. Slike konsekvenser opplever som ugreit, men respondentene føler at de ikke har et reelt valg fordi alternativet er så mye verre.

Flere av respondentene oppgir at de forsøker å få tak i manuelle løsninger eller søknader på papir fordi brukerne eller pasientene av ulike grunner ikke kan bruke eller har tilgang på digitale versjoner. Dette kan være fordi de ikke er digitale, men også fordi helsetilstand eller forhold ved sak, eller manglende tilgang på kodebrikke gjør at de ikke har mulighet til å bruke digitale løsninger. En respondent innen psykisk helsevern skriver at

“Det er få som klarer dette selv, veldig få. Klarer ikke komme på noen som klarer dette. Alle må ha hjelp. Må jeg gjøre, skrive fullmakter for å få lov til å ta over dialogen. Det er mange som MÅ ha papir fortsatt, viktig med papir. Det å skrive under krever mye, å få fullmakt om de ikke skjønner hva de skriver under på. Pasienter har sittet å skrive inn på nav.no og skriver da bare ball. De er for syke til å klare å redegjøre for seg. De er for syke.”

“Bruker masse papir fortsatt, søknader, skjema. Ofte skriver ut papir. Mange har problemer. Ikke har tilgang til nett. Kan ikke skade oss med papir.”

Den siste kommentaren peker også på at hardware kan brukes mot behandlere i psykisk helsevern, og at det med noen pasienter oppleves som tryggere med papir. Andre peker på at papir er vanskelig å finne, og tar mye lengre tid, men helt nødvendig i enkelte situasjoner når bistand gjennom digitale løsninger ikke er mulig.

Spørsmål knyttet til personvern kommer også opp i andre typer situasjoner. Økt tilstrømming til bibliotek og lavterskeltilbud av brukere med behov for bistand utover digital veiledning gjør at det oppstår situasjoner hvor brukere deler sensitiv informasjon i uegnede lokaler, på publikums-PC-er tett på andre besøkende. Særlig bibliotekansatte oppgir også at situasjonen gjør at de får tilgang på sensitiv informasjon de ikke er komfortabel med å få, og som ikke er en del av oppdraget deres.

4.5.1 Hvordan påvirker de digitale løsningene veiledningssituasjonen?

For å få mer kunnskap om hvilke erfaringer de som bistår sårbare brukere har gjort seg i arbeidet, stilte vi i spørreskjemaet spørsmålet "Hvordan påvirker de digitale løsningene ditt arbeid med å bistå" (besvart av 195 respondenter). En stor del av respondentene oppgir at de digitale løsningene oppleves som mer tungvinte enn tidligere praksis, og gjør bistandsarbeidet mer komplisert (n=59). Noe av dette ligger i hvordan den tekniske løsningen er utformet. En bibliotekansatt skriver for eksempel:

"Det er tungvint, siden det ikke går å ta utskrift av skjemaet brukeren skal fylle ut, det går heller ikke å mellomlagre, for å ta igjen resten av utfyllingen senere, for eksempel når brukeren har skaffet dokumentasjon som kan skannes fra bibliotekets kopimaskin over til brukers e-post, og som han deretter kan laste opp som dokumentasjon i det digitale skjemaet via pc'en han låner på biblioteket. Mange av brukerne vil helst fylle ut et skjema for hånd, for deretter å fylle det ut digitalt. De føler seg tryggede da."

Andre respondenter viser til at systemet rundt tilgang på bistand fra NAV og saksbehandler gjør prosessen med å veilede unødvendig omstendelig:

"Frustrerende tidstyv å finne frem og vite hvilket skjema du skal bruke når. Lettere å ringe saksbehandlere, samtidig som man ofte må vente på å komme igjennom på tlf. Saksbehandlere er opptatt, må ringe tilbake. Ringer på upassende tidspunkt. Mye dominoeffekt ..."

Særlig pekes det på manglende tilgang til informasjon for de som skal veilede/bistå, når hen selv ikke er innlogget. Det at man bare kan få tilgang til informasjon på innsiden av nav.no gjennom å være innlogget, betyr i praksis at både brukeren og den som veileder er inne på brukeren sitt område for å finne informasjon. Det skaper et dilemma knyttet til personvern, hvor bruker må tillate at den som veileder/bistår får tilgang til sensitiv informasjon for å kunne bistå. Resultater fra litteraturgjennomgangen og intervjuene viser dessuten at en del brukere ikke har tilstrekkelig kompetanse om sensitiv informasjon og personvern og dermed ikke selv ser dette dilemmaet.

"Skal jeg bistå i hjelpe brukerne, er jeg avhengig av å kunne være med de inn på "min side". Savner av og til en egen "test-plattform" hvor man kan gå inn og vise de skritt for skritt hvordan dette kan gjøres uten å måtte gå inn på deres personlige side. Opplever at det er flere som er frustrerte og som ikke opplever å få hjelp til dette og ikke vet hvordan de skal gjøre dette. De opplever at ikke NAV gir den hjelpen de trenger, at ikke alltid er oppdaterte på den informasjon/dokumentasjon de sender inn og at det kun er en "sak" og ikke blir sett som mennesket bak saken."

"Det er vanskeligere å få kontakt med rett person. Har ikke oversikt over hvordan tilbudet er på "innsiden" grunnet innlogging, og kan derfor ikke veilede bruker på en god måte. Jeg er avhengig av at bruker er til stede og gir meg samtykke til å snakke/ stille spørsmål. Bruker

har ofte begrenset konsentrasjon, og derfor kommer vi sjelden i mål med oppgaven/søknaden.”

Det er også en god del av respondentene som oppgir at de digitale løsningene har gjort det lettere å bistå (n=54), særlig hvis bruker har litt kompetanse og klarer å henge med, og de har klart å logge seg på løsningen. For denne gruppen gir digitale løsninger bedre tilgang på informasjon og oversikt over saken eller situasjonen til den de bistår. I tillegg oppgir noen at det er tidsbesparende og en fordel at man slipper å reise til møter. Mange oppgir samtidig at det har blitt vanskeligere for bruker, særlig om de har utfordringer som beskrevet i tidligere kapittel i denne rapporten. En respondent sier for eksempel at: “De digitale løsningene gjør det lettere for meg å hjelpe dem, men de gjør det vanskeligere for dem å finne ut av ting selv.” Mange oppgir også at de opplever at overgangen til digitale løsninger fører til at flere pasienter og brukere faller fra og har behov for bistand (n=21). En gruppe respondenter opplever at bruker har blitt overlatt til seg selv samtidig som det har blitt vanskeligere å komme i kontakt med NAV for nødvendig informasjon og avklaringer (n=31).

En stor gruppe av respondenter oppgir at bistand i de digitale løsningene er tidkrevende. At det er tidkrevende settes gjerne i sammenheng med at dette ikke er en del av deres ordinære oppgaver (n=53) og at å bistå brukere og pasienter tar tid fra deres egentlige arbeidsoppgaver, i bibliotek, behandling eller oppfølging. Det er flere som oppgir at overgangen til digitale løsninger fører til at de må forholde seg til ansvar og oppgaver som ikke hører til deres arbeidsoppgaver eller ansvarsområde, og som de i mange tilfeller opplever er NAV sitt ansvar: “Dette tar veldig mye tid, både direkte og indirekte. Dette er aktiviteter som ikke ligger i vårt oppdrag, men som må avklares for å kunne yte helsehjelp”, og “Det tar fokus bort fra mine primæroppgaver. Men når ikke NAV selv vil løse disse oppgavene må noen gjøre de”. Også her kommer det frem at veiledning er tidkrevende, noe som gjør at den som veileder, opplever å måtte velge mellom å lære brukerne å gjøre det selv – som er tidkrevende – eller å gjøre det for dem for å spare tid:

“Digitale løsninger fungerer for meg fordi jeg forstår systemet, men det fungerer ikke for mange av mine brukere. Jeg står ofte i dilemmaet med å forsøke å få brukerne til å klare å bruke systemet selv (og bruke svært mye tid på en enkelt bruker) eller å bare gjøre det for dem (med bruker til stede) da det går mye raskere. Ofte må jeg velge sistnevnte pga tiden, men det er ikke god oppfølging. Veiledningen jeg må ta, som NAV egentlig skal ta, går ut over mine ordinære oppgaver og den oppfølgingen jeg faktisk skal gi til mine brukere.”

Det er også mange som trekker frem behovet for oppklaring fra NAV, for å slippe bruke så mye tid på å finne ut av det:

“Hadde vært så mye bedre å møte en saksbehandler, ha et fysisk møte eller via nett. Har fått til det enkelte ganger og da blir det bedre for bruker, og mindre tid jeg må bruke på oppgaver som egentlig ikke er en del av min jobb”

Flere andre oppgir at de ikke har den kompetansen de trenger for å bistå i de brukerne de står overfor (n=14). Dette gjelder særlig bibliotekansatte. Også her kommer det frem problemstillinger knyttet til etikk og personvern (n=17) som enten setter grenser for i hvilken grad de kan yte bistand, eller at de i akutte situasjoner ser seg tvunget til å bryte regelverk og retningslinjer for å sørge for at enkeltpersoner får den hjelpen de trenger. En ansatt i bibliotek skriver at:

“Jeg skal jo ikke kunne logge inn og være personen i deres systemer. Så jeg er nøtt til å si til brukeren at de må gjøre alt selv, for jeg kan ikke sitte og gjøre slike personlige ting for dem. GDPR og sånt..”

og “mye er personsensitivt innhold, føles ugreit å hjelpe men folk trenger det”, samt behov for tilgang på papirversjoner av søknader og informasjon:

“For de sykeste er det vanskelig når de ikke har pc selv og vi ikke har pc på sykehuset for å låne ut. Eneste mulighet er ofte å lete etter søknad i papirformat og bistå dem med å fylle ut”.

Behovet for papirløsninger settes i også i sammenheng med manglende tilgang på kodebrikke og spørsmål om samtykke:

“Det er vanskelig å bistå med praktiske oppgaver på nettet (fylle ut søknader ol.) ved telefon/videokonsultasjoner. Dersom det ikke finnes papirløsninger å skrive ut, kun digitale løsninger, på skjema/søknader, er det vanskelig å bistå pasientene med for eksempel å fylle ut en søknad (pga. passordbeskyttet innlogging). Dette medfører en forringelse av kvaliteten på den bistanden vi kan gi. Etter min vurdering medfører dette en forskjellsbehandling av brukere av for eksempel kommunale tjenester eller NAV.”

Brukere som ikke har kodebrikke eller digital ID, må møte på NAV-kontoret for å få levert søknad. Det er ikke mulig for en del pasienter og brukere. I disse tilfellene hadde tilgang på papirversjoner av søknader og informasjon, eller muligheten til å skrive ut informasjon eller søknader fra nav.no, vært den beste løsningen. Det siste forutsetter selvsagt at bruker og/eller den som bistår, klarer å logge seg inn.

4.5.2 Hva er de største utfordringene med å bistå?

Det siste spørsmålet i undersøkelsen er et fritekstspørsmål der vi ber respondentene om å oppgi hva de opplever som de største utfordringene i arbeidet med å bistå brukere i de digitale løsningene fra NAV. Her får vi svært mange utfyllende svar som viser til mange ulike utfordringer (n=301). Mengden utfyllende og velformulerte kommentarer tyder på stort engasjement rundt tematikken blant sosionomer i helse- og velferdssektoren og ansatte i bibliotek. Vi kjenner igjen engasjementet, ønsket om å bistå og frustrasjonen over enkelte forhold fra bakgrunnsamtalene og intervjuene; det kan beskrives som en sluse som åpnes. Kommentarene viser i tillegg mange nyanser innenfor hvert tema. Nyansene og detaljrikdommen i kommentarene gir et godt innblikk i dilemmaer og utfordringer som oppstår i arbeidet med å bistå sårbare grupper i digitale løsninger. Kommentarene fordeler seg over sju hovedtema: 1) veilederens egen byråkratiske kompetanse, 2) brukernes manglende digitale kompetanse, 3) språkutfordringer, 4) utfordringer med å komme i kontakt med NAV, 5) bibliotekarenes opplevde skvis mellom oppdraget og behov for bistand, 6) brukerens manglende forutsetninger for, og evne til, å være selvhjulpne og 7) manglende digital kompetanse hos den som bistår/veileder. En del av disse temaene overlapper med tema allerede adressert i dette kapittelet. Vi går derfor nærmere inn på bare fire av dem her:

Veilederens (den som bistår) byråkratiske kompetanse: En sentral utfordring i arbeidet med å bistå brukerne er at de som bistår selv oppgir at det er vanskelig å forstå informasjon og klare å orientere seg i de digitale løsningene, forhold som er forbundet med byråkratisk kompetanse (n=70). Som én respondent skriver at det er en utfordring “Å veilede sårbare grupper når man selv har vansker med å finne frem i systemet.” Det er imidlertid ikke alltid klart i hvilken grad dette skyldes veilederens manglende byråkratiske kompetanse eller designet i de tekniske løsningene.

"Utrolig vanskelig å finne frem til riktig skjema, og ikke minst fylle ut skjemaet. For hvor er skjemaet? Det kommer ikke alltid så tydelig frem. Her om dagen lå det rett foran nesen vår, men vi skjønnte ikke at DET var skjemaet før etter en stund."

"At det er uoversiktlig og vanskelig å finne frem på nettsidene. Jeg har flere ganger vært nødt til å kontakte NAV for å finne frem, som jeg opplever er problematisk når det er de mest sårbare blant oss som i hovedsak trenger hjelp fra NAV. Uten bistand synes mange det er vanskelig å finne ut hva de har rett på av ytelser, og det burde vært enklere å finne frem i nett-jungelen."

"De digitale løsningene fra NAV er kompliserte også for oss som arbeider i bibliotek. Det kan være vanskelig å finne frem, og å forstå og forklare hvilke vedlegg vedkommende skal sende ved. Ansatte på bibliotek bistår brukere med alle mulige nettsider og har ikke kapasitet til å være eksperter på alle enkeltsystemer. Vi opplever ofte brukere med språklige utfordringer eller brukere som har lav digital kompetanse. Disse, som kanskje trenger det mest, er det som ikke klarer å finne frem i NAV sine digitale løsninger."

Utfordringer med å komme i kontakt med NAV: En hovedkategori i de åpne svarene handler om utfordringer med å komme i kontakt med NAV (n=61). I disse svarene kommer det frem mye frustrasjon blant respondentene. Generelt oppleves prosessen oppleves som tidkrevende – tid som kunne ha vært brukt til andre arbeidsoppgaver eller å følge opp brukerne:

"Den største utfordringer er at NAV oppleves utilgjengelig for brukeren, som ofte allerede er frustrert når de kommer til oss. I tillegg er det utfordrende for oss ansatte på biblioteket, at vi skal være digitale veiledere i alle digitale tjenester, samtidig som store deler av de ansatte føler seg digitalt inkompetente. Og kursing hjelper kun delvis, fordi det handler ikke om kursing, men om å våge å prøve seg frem. Derfor kan en digital veiledningsprosess ofte bli et kjempestort prosjekt som involverer flere ansatte, der vi ofte ikke kan hjelpe, fordi vi ikke har mulighet til å sette oss inn i enkeltsaker, og derfor må henvise tilbake til NAV, som er til stor frustrasjon for en del brukere. Fordi de opplever å ikke få hjelp noen steder."

Andre uttrykker frustrasjon over at NAV er utilgjengelig for brukerne, og at de må gjøre jobben for dem. Dette gjelder ansatte både i helse- og velferdstjenestene og i bibliotek:

"Det er rett og slett plagsomt og tåpelig at ikke nav kan sørge for dette selv!"

"NAVs rigide byråkrati og mangel på serviceinnstilling og vilje til å yte personlig hjelp - brukerne sier de får beskjed om å gå på biblioteket."

"Utfordringen ligger i at det ser ut som om det er en selvfølge for NAV å overlate denne veiledningen til biblioteket. Som tidligere nevnt er det ikke bibliotekets jobb å veilede i utfylling av juridiske papirer. Blir det feil har det fatale konsekvenser for brukeren. NAV MÅ ta brukerne på alvor og veilede i det som brukeren trenger. Det holder ikke å sende dem et annet sted."

"NAV har overlatt til andre å yte den servicen de selv bør utføre. Bare fordi digitale løsninger er valgt betyr ikke at det fungerer. Det er mennesker som trenger hjelp, som ikke forstår språket, ikke behersker det offentlige system, ikke behersker digitale løsninger... etc."

Andre trekker frem at de opplever at utilgjengeligheten og den manglende oppfølgingen fra NAV går ut over pasienter og sårbare brukere og gjør situasjonen verre for disse:

"Det er pasienter som ofte har vært i NAV systemet over lang tid. Har fått tidlig innvilget AAP som NAV ikke har fulgt opp og pasienten har misbrukt. Når de da kommer inn i behandling igjen, og jobber seriøst for å endre livet og bli rusfri, oppleves NAV ofte som vanskelige med lite tiltro til pasientens evne til å skape endring. Pasienten orker ikke å forholde seg til pc kommunikasjon, søknader/vedtak tar lang tid å få avklart og uavklart/dårlig økonomi er en stor trussel ift å klare å holde seg rusfri. Opplever at det er blitt stor avstand til NAV og saksbehandler, veldig teknisk."

"nav blir irriterte når vi blander oss inn og krever at brukeren skal klare det alene. men når brukeren ikke har skolegang/analfabet/ sykdommer skader som gjør at de må ha hjelp og nav ikke vil møte de personlig blir det vanskelig."

"Utilgjengelighet fra veiledere i NAV når man trenger opplæring/ veiledning rundt hva som skal gjøres. Når man ser at brukere har så store utfordringer rundt digitale løsninger at de ikke vil mestre dette etter endt behandling på tross av opplæring, og det ikke finnes alternative tilrettelagte måter å gjøre det på."

De eksisterende alternativene for å ta kontakt med NAV oppleves som utilstrekkelige når de har behov for å få kontakt, enten fordi de ikke klarer å svare tilfredsstillende på den aktuelle saken, fordi de får ulike svar i ulike kanaler, eller fordi det er veldig tidkrevende og i noen tilfeller uheldig å vente på å bli ringt opp fra kontaktsenteret.

"Å ringe for å få snakke med noen. Man kommer til et sentralbord i Oslo og de kan ikke gjøre noe for deg hvis du ikke har personnummeret til den du skal hjelpe. De kan ikke engang sette deg over til ditt lokale NAV-kontor der du kan få snakke med noen du kanskje kjenner eller som kjenner den du skal hjelpe. Dette er ikke lavterskeltilbud til sårbare grupper. Der er mange som gruer seg for å ta en slik telefon, av mange ulike årsaker. Og får man ikke hjelp med en gang, kan det gå lenge til neste gang man våger å ringe. Unnskyld hvis jeg virker negativ, men for meg virker det som NAV helst ikke vil ha kontakt med brukerne. Det er et veldig problematisk signal å gi til sårbare grupper."

"Å få snakke direkte med dem som jobber med saken. De på servicetelefonen er ok de, men du får aldri noe endelig svar. Ofte får vi beskjed om at vi må gjøre enda flere oppgaver. Dette stresser brukerne veldig."

Noen trekker også frem behovet for en direktelinje for å få raskere svar og veiledning fra NAV. Behandlertelefonen er tilgjengelig for helsepersonell, og oppleves som å gi raskere tilgang enn om man ringer kontaktsenteret. Som også nevnt over, er ikke alle sosionomer i spesialisthelsetjenesten definert som helsepersonell og har derfor ikke anledning til å benytte denne muligheten.

"Lang ventetid på å komme gjennom på tlf. Sosionomer på sykehus burde ha samme mulighet til å ringe NAV som behandlere for å slippe lang ventetid og kø. Mye av grunnen til at flere og flere trenger hjelp, er at saksbehandlere og informasjon er mindre tilgjengelig. Det opplyses på nasjonalt nr at lokalkontor skal kunne bistå med søknad og veiledning, men praksis viser at dette ikke praktiseres."

Bibliotekarenes skvis: Blant bibliotekansatte er det en god del respondenter som oppgir at tilstrømmingen av brukere som har behov for bistand utover den digitale bistanden de skal gi ifølge det oppdraget og den arbeidsinstruksen de har, setter dem i en skvis som handler om etikk, personvern, sin egen samvittighet eller frykten for å selv gjøre feil slik at det har konsekvenser for brukerne (n=59):

"Det er hele tiden dilemmaer. Vi får tilgang til personopplysninger vi ikke skal ha. Det er ikke en oppgave vi i utgangspunktet har, men vi føler ofte at hvis ikke vi hjelper, hvem gjør det da. Mange av spørsmålene vi håndterer kunne vært "løst" gjennom en "helpdesk-funksjon" hos NAV, veldig ofte handler det om å tolke tekst (hva spørres det etter her osv.)"

Noen av kommentarene i denne delen går ut på at bibliotekarene opplever at de må bistå sårbare gruppene på områder som ikke er deres oppgave fordi bruker ikke får hjelp andre steder. Det oppleves som vanskelig å si nei:

"Som bibliotektilsett er det ikkje ein del av jobben vår å hjelpe til med "NAVproblem", men dette er noko vi heile tida gjer likevel fordi dei ikkje får hjelpe dei treng andre stader. Språket på nettsidene er ofte kronglete og vanskeleg, så dei treng hjelp til å finna ut kva NAV spør etter. Trur dette er vorte litt lettare her etter at vi fekk eit tilgjengeleg servicetorg like ved biblioteket, no kan vi henvisa dei dit når dei treng hjelp til større ting. dei jobbar meir med denne typen saker heile tida og er betre skikka til å gje god hjelp."

"Å sette grenser for hva vi kan, og hva vi ikke kan hjelpe med. (Vi skal strengt tatt ikke hjelpe med skjemaer, søknader, etc., per se, men noen ganger kan det være vanskelig å komme utenom noe språklig veiledning til brukere som er innvandrere.)"

"At brukerne vil at vi skal hjelpe dem med å fylle ut ulike skjemaer, men det kan vi ikke gjøre. Som ansatt i bibliotek skal vi ikke gjøre det, det er NAV sin oppgave å veilede i sine egne digitale løsninger."

Flere bibliotekarer trekker frem at de er redde for å gjøre feil i søknad eller skjema som vil kunne ha konsekvenser for brukeren:

"For min del synes jeg det er ubehagelig å måtte hjelpe med noe som jeg ikke føler meg trygg på. Hvis noen trenger hjelp til å fylle ut et skjema og de er dårlige i norsk, så er det litt problematisk å hjelpe. Jeg blir redd for å stå ansvarlig, på en måte, hvis jeg gjør feil. Ofte må jeg gjenta og gjenta for å være sikker på de opplysningene de gir stemmer. Jeg har aldri opplevd å bli konfrontert med at jeg har gjort feil, men frykten er der. Det er ikke de digitale løsningene eller selve NAV som er problemet, men det språklige mellom meg og bruker."

"Den største utfordringen er at vi ikke tør å bistå. Gjør vi en feil, kan det jo bli en katastrofe for brukeren."

"Jeg kjenner at jeg er på veldig tynn is når jeg prøver å hjelpe folk med å navigere i nav. Ja jeg har kanskje litt realkompetanse, digitalt og tenke logisk hvordan finne frem i systemet. Men jeg kan jo ikke NAV, de som jobber i nav kan nav. For alt jeg vet kan jeg guide dem og surre oss fullstendig på villspor.."

En annen faktor som skaper dilemma for bibliotekarene, er at de i arbeidet med å bistå kan få tilgang på personlige og sensitive opplysninger. Bibliotekarer er ikke helse- eller velferdspersonell og har ikke formell kompetanse i å håndtere sensitiv informasjon om sårbare brukere:

"Utfordrende å få vite ting om mennesker som jeg ikke ønsker å vite når det gjelder ulike sider ved deres livssituasjon. Når skal man sette grensen mellom å hjelpe folk til å komme i gang med en søknad og det å skrive søknaden for dem?"

"Liker ikke å se de personlige opplysningene vi får tilgang til. Prøver så langt jeg kan å unngå dem" og "At man ufrivillig får innblikk i andres private saker."

En annen side av det samme dilemmaet er at det er vanskelig å sikre personvernet når sårbare grupper kommer for å få bistand i lokaler som ikke er tilrettelagt for å utveksle sensitiv informasjon. Flere peker på de utfordringene det skaper når man må veilede sårbare grupper på publikums-PCer hvor personer i lokalet kan få innsyn på skjerm, og hvor sensitiv personinformasjon kan bli liggende på åpen PC over lengre tid:

"Vi har egentlig ikkje tid til å hjelpe til så mykje som vi gjer, men føler vi bør gjere det likevel for kor elles skal dei få hjelp? Med tanke på personvern synest eg også det kan vere litt vanskeleg av og til. Vi har tausheitsplikt, men er på ein offentlig stad der andre kan få vite ting dei ikkje skal vite."

"Å balansere brukers rett på anonymitet og privatliv med bibliotekets rimelige åpne løsning, både i henhold til plassering av teknisk utstyr i publikumsareal, og med tanke på samtaler i publikumsareal. Databruk på biblioteket er ikke egnet for sensitiv informasjon."

"Hvordan skal vi klare å verne om personvernet til våre brukere når de ofte ønsker at vi skal mer eller mindre fylle inn skjemaer for dem? Vi prøver i det ytterste å la brukere fylle ut selv, og bare gi hjelp, men det er ikke alltid like lett."

Flere skriver også at den største utfordringen er at veiledning i nav.no ikke er deres oppgave, og at bibliotekarene heller ikke har den formelle kompetansen på å gi slik veiledning, det vil si byråkratisk kompetanse, kompetanse innen sosialt arbeid og å veilede sårbare grupper til digital selvstendighet;

"den største utfordringen er pågangen, og en reell kunnskap/kompetanse på hva NAV krever av bruker. Tror mange brukere ber om hjelp til mer enn det de faktisk trenger, og vi har ikke god nok innsikt til å rettlede de. Mener også at vi ikke kan inneha slik kompetanse i utstrakt form, vi burde yte bistand på generelt grunnlag og en ren digital bistand. Inngående kjennskap i saker skal vi absolutt ikke ha."

"At jeg ser at folk trenger hjelp med å håndtere veldig viktige saker for dem ved hjelp av digitale tjenester, mens jeg/vi verken har tid, kompetanse mht. NAV-tjenestene eller skal ha en rolle som gir mulighet til å hjelpe godt nok. Korona-situasjonen påvirker situasjonen ved at vi ikke kan gå nær personene som trenger hjelp og antagelig er mange andre hjelpeinstanser stengt."

"I min arbeidsinstruks skal vi ikke gå inn i enkeltpersoners saker, kun veilede i grunnleggende PC bruk. Opplever at mange blir henvist fra NAV til biblioteket for hjelp og bistand til utfylling av skjema og søknader, og disse opplever stor frustrasjon når vi ikke kan/skal hjelpe."

Endelig kjenner bibliotekarene også på et dilemma mellom å følge det oppdraget man er gitt innenfor grunnleggende digital veiledning og å bistå de som ikke ser ut til å få bistand andre steder. Dette utgjør et samvittighets spørsmål for mange ansatte i bibliotek:

"Det er lett for å bli dratt inn i omfattende rettleiing når eg prøver å halde det kort. Mange har ei forventning om at eg skal bruke mykje av tida mi, eller har rett og slett behov for mykje hjelp, og eg synest det er vanskeleg å bryte av. - Grad av innsyn i privat og sensitiv informasjon, som "berre" bibliotekar. Målet mitt er hjelp til sjølvhjelp, men mange treng meir inngående hjelp."

"Vi skal ikke hjelpe folk etter at de har logget seg inn fordi folk selv skal ta ansvar for opplysningene de gir fra seg på NAVs sider. Det er ofte en utfordring å si nei til dette. Hvis vi hjelper dem videre er vi nøye på å formidle at opplysninger som legges inn er private og at vi ikke kan ta ansvar for dem."

"Frustrasjonen over å ikke kunne gi andre den hjelpen de trenger. Redsel for at en dag noen en dag får nok av å ikke få hjelp av NAV og lar det gå utover oss i biblioteket."

Manglende aksept fra NAV på at de digitale løsningene er vanskelige (for de sårbare gruppene)

Et tema som kommer frem i de åpne svarene, er at NAV viser liten forståelse eller aksept for at noen brukere (for en periode) ikke har forutsetninger eller evne til å klare å gjennomføre nødvendige oppgaver i digitale løsninger uten bistand fra NAV. Noen vil kanskje alltid ha behov for bistand i deler av oppgavene:

"At kompetansekravet for å betjene løsningene er altfor høyt. Mine brukere må første lære mye mye annet, gå grunnskole etc., før de kan klare et slikt digitalt og språklig nivå. Det er også vanskelig for nordmenn. Mange sliter med å forstå spørsmål og svaralternativer, kanaler etc."

"At det ikke er aksept for at bruker er for syk til å utføre oppgaver selv og heller ikke får støtte til bistand."

"Frustrasjon over manglende forståelse av at digitale løsninger ikke fungerer for alle, og at NAV er selv pliktig til å bistå dem som ikke kan bruke løsningene. I verste fall får ikke brukere den hjelpen de har krav på, og rettsikkerheten kan en da stille spørsmål med."

"Med kognitive utfordringer, så kan man gjenta til man blir grønn- man kommer uansett ingen vei. Allikevel skal man presses til å gjøre dette digitalt, når det i praksis er umulig for bruker å gjøre dette selv. Hvordan dette oppleves for de uten ressurssterke pårørende, tør jeg ikke tenke på."

5 Diskusjon

Det overordnede formålet med dette prosjektet var å undersøke om det er noen brukergrupper hos NAV som er mer digitalt sårbare enn andre, hvilke forhold som utgjør digital sårbarhet og hvilke konkrete barrierer og utfordringer sårbare grupper møter når de skal ta i bruk digitale velferdstjenester som innebærer selvbetjening. Underveis i analyseprosessen i prosjektet endret vi delvis tilnærming slik at vi i større grad adresserer *hvilke forhold som utgjør digital sårbarhet* i stedet for å undersøke hvilke grupper som er mer digitalt sårbare enn andre. Særlig i analysene av intervjuene ble det tydelig at forhold som utgjør digital sårbarhet kan gjelde på tvers av de sårbare gruppene vi hadde definert, og også utover disse gruppene – det vi i praksis si at digital sårbarhet kan gjelde hvem som helst.

Digitaliseringen av det som tidligere var faglige veilednings- og rådgivningstjenester, medfører i realiteten en endring av tjenesten. Brukeren kan miste tilgang på faglig tjenesteyting. Dette medfører imidlertid ikke at brukerne slutter å ha behov for faglig veiledning og rådgivning. Overgangen til digitale løsninger medfører at det stilles høyere krav til brukerne, på flere områder, samtidig som at tilgangen på bistand reduseres. Dette kan ikke utelukkende løses ved økt tilgang på digital veiledning og opplæring gjennom bibliotek og servicetorg. Vi foreslår at det også er behov for en dypere forståelse av digital sårbarhet.

5.1 Forhold som utgjør digital sårbarhet

Vi har i kapittel 3 og 4 vist resultater fra litteraturgjennomgang, intervju og spørreskjema om forhold som ligger til grunn for fenomenet vi har kalt digital sårbarhet: Barrierer knyttet til psykisk og fysisk helse og til livssituasjon, språklige barrierer, lav byråkratisk kompetanse, lav digital kompetanse, sosiale barrierer, kulturelle barrierer og tilgangsbarrierer. Ved å tilnærme seg feltet digitalisering på denne måten ønsker vi å bidra til at forståelsen beveger seg bort fra tankegangen om at digitalt utenforskap eller innenforskap har å gjøre med sosiodemografiske eller -økonomiske grupper som "eldre" eller "innvandrere". Digitalt sårbare grupper eller personer er personer som scorer høyt på en eller flere av de identifiserte forholdene eller barrierene. Ved å bruke denne sårbarhetstankegangen kan vi blant annet si at en del eldre kan være digitalt sårbare fordi de scorer høyt på flere av sårbarhetsforholdene, ikke fordi de er over en viss alder.

Alle kan oppleve digitale sårbarhetsforhold eller barrierer uten å falle innenfor en sårbar gruppe. De fleste av oss opplever én eller flere perioder i livet hvor vi på grunn av sykdom, skade eller andre livskriser blir digitalt sårbare. Digital robusthet er derfor i hvilken grad vi er rustet for slike utfordrende situasjoner i form av nettverk, digital kompetanse og tilgang på den nødvendige byråkratiske kompetansen slik at vi ikke risikerer å falle ytterligere fra enn det selve livskrisen skaper i seg selv. Politiske tiltak må derfor være rettet mot å styrke den digitale robustheten i befolkningen. Utrulling av Digihjelpen vil være et viktig bidrag i dette.

Mangel på tilgang til å faktisk bruke datautstyr og internett er en identifisert barriere som går inn i forståelsen av fenomenet digital sårbarhet. Litteraturgjennomgangen (kapittel 3) viste at manglende tilgang fortsatt er en barriere, selv om svært mange brukere verden over har tilgang til for eksempel mobiltelefon. De fleste studiene i litteraturgjennomgangen er fra USA, og man kan tenke at resultatene ikke er helt overførbare til Norge der en svært stor andel av innbyggerne har tilgang til internett (medienorge.no). Men data fra intervju og spørreskjema viser at manglende tilgang fortsatt er aktuelt også i Norge. Analysene har videre vist at manglende tilgang ikke bare handler om mangel på tilgang til PC, smarttelefon eller internett, men at tilgangsbarrierer også kan dreie seg om mangel på tilgang til arenaer for å få informasjon og opplæring eller mangel på personer i eget nettverk som kan gi digital veiledning eller motivasjon og støtte.

Som vist i både kapittel 3 og 4 kan generelle og diagnosespesifikke **helsebarrierer** gjøre det vanskelig å ta i bruk eller nyttiggjøre seg digitale selvbetjeningsløsninger, og dette er med andre et av sårbarhetsforholdene. Vi har blant annet sett at nedsatt kognitiv funksjonsevne er sterkt assosiert med barrierer for å anvende nav.no. Johansson (2016:20) skriver om kognitive og mentale barrierer for å nyttiggjøre seg teknologi definerer nedsatt kognisjon som:

«A cognitive impairment occurs when an ability in any of these areas are so reduced that it seriously affects how an individual functions in daily life. A cognitive disability occurs when factors in the environment contains barriers preventing persons with cognitive impairments from participation and activity. Cognitive accessibility is the extent to which products, systems, services, environments and facilities can be used by people from a population with the widest range of cognitive characteristics and capabilities to achieve a specified goal in a specified context of use»

Johansson beskriver videre betydningen av kognitiv funksjonsevne i teknologisammenheng som:

“(...)how our brain manages attention, judgement, evaluation, calculation, memory, time, language, thinking, problem solving, planning, prioritization, selection, or to refrain irrelevant and unwanted behaviour. With a brief description; to take in, process, and then use the information” (Johansson 2016:19)

Som vi ser, er kognitive evner svært sentrale for å kunne nyttiggjøre seg digitale selvbetjeningsløsninger. Savolainen (2015) beskriver seks typer kognitive barrierer for digitalt informasjonssøk: manglende vilje til å akseptere sine egne behov som informasjonsbehov, manglende evne til å formulere de informasjonsbehovene man har, manglende kjennskap om kilder til informasjon, lav selvtilit, manglende søkekunnskaper, og manglende evne til å håndtere informasjons-overload. Savolainens studie konkluderer med at kognitive barrierer hindrer, begrenser eller forstyrrer søk etter informasjon og fører til negative reaksjoner, som frustrasjon.

Kognitiv funksjon er også direkte forbundet med **lese- og skrivekyndighet** gjennom språkevne og evnen til å ta inn, prosessere og bruke relevant informasjon for å nå sine egne mål. Kognitiv evne og lese- og skrivekyndighet kan variere både mellom individer og gjennom et livsløp, ut fra den enkeltes helse- og livssituasjon. De ulike faktorene i digital sårbarhet henger tett sammen. Hvis utfordringer knyttet til digital og/eller byråkratisk kompetanse skyldes utfordringer med kognitiv funksjonsevne, kan løsningen i større grad finnes i utformingen av den digitale selvbetjeningsløsningen enn i opplæringstiltak.

I en tidligere studie har vi identifisert at digital helse- og velferdsteknologi kan gi fordeler for personer med ulike psykiske lidelser, gjennom å redusere de utfordringene noen opplever i personlig møte med saksbehandlere. Noen ganger kan det oppleves som en fordel å slippe å møte ansikt til ansikt (Melby et al. 2019). Likevel ser vi i dette prosjektet at **nedsatt sosial funksjon** oppgis som en viktig barriere for å ta i bruk digitale selvbetjeningsløsninger. Overgangen til digitale tjenester kombinert med reduserte åpningstider hos offentlige tjenester reduserer muligheten for fysisk møte mellom sårbare brukere og saksbehandlere. Det kommer tydelig frem av våre data at digitalt sårbare personer i kritiske faser av sin sykdoms- eller rehabiliteringsprosess ikke er i stand til å administrere livet sitt gjennom digitale løsninger på egen hånd. Mange digitalt sårbare med behov for relasjonell støtte klarer ikke å håndtere avvisning i form av feilmeldinger og manglende tilbakemeldinger i selvbetjeningsløsningene og faller fra. Det O’Sullivan og Walker (2018) kaller interpersonlige tjenester handler om å jobbe tett med brukerne for å bistå dem i å ta tak i de barrierene som står mellom dem og sosial deltakelse. Noen har behov for bistand i å ta i bruk de

digitale løsningene, mens andre har også behov for å bli møtt og forstått i prosessen med å bli selvhjulpne. Her blir det digitale heller et arbeidsverktøy som kan brukes i dette samarbeidet for å skape økt mestring i å administrere eget liv.

Det er videre en tydelig sammenheng mellom den nederlagsfølelsen som kan oppstå i møte med de digitale selvbetjeningsløsningene, og følelsen av fravær av myndiggjøring eller avmakt. Funn fra både intervjuanalysen og de åpne kommentarfeltene i surveyen i dette prosjektet viser at myndiggjøringsbegrepet og forbrukerperspektivet har behov for å bli mer nyansert og kritisk brukt enn det gjøres i dag. Det ser ut til å eksistere en forventning i samfunnet om at *alle* forbrukere ønsker å bli myndiggjort og har evnene og kapasiteten som trengs for å kunne ta i bruk digitale velferdstjenester. En forventning som indikerer at interaksjon med det digitale vil gi økt kontroll, at brukere ønsker mer autonomi og mer selvbestemmelse over egne valg, og er i stand til å kunne gjøre legitime handlinger og det som er rett for egen situasjon (Morley & Floridi, 2020). Dette er et stykke unna virkeligheten for mange sårbare brukere og urimelige premisser. Våre funn støtter tidligere funn om at ved psykisk sykdom reduseres brukerens evne til å ta gode avgjørelser og ta i bruk digitale verktøy, i alle fall uten bistand (Burr & Morley, 2019).

I stedet for å behandle digitale velferdstjenester som myndiggjørende kan det være fordelaktig at vi heller retter blikket mot digitale velferdstjenester som såkalte "digitale kompanjonger" (Morley & Floridi, 2020), noe som ifølge våre funn være hensiktsmessig for sårbare grupper. En tjeneste som blir betraktet/behandlet som en digital kompanjong, vil i stedet for å forvente at alle alltid *vil* eller *kan* gjøre de rette valgene for seg selv, bidra til en fleksibilitet hvor en kan utveksle informasjon enklere og få støtte til å ta vanskelige avgjørelser.

Å behandle digitale velferdstjenester unyansert fra et myndiggjøringsperspektiv kan hindre de mulighetene og fordelene som tjenestene kan bringe med seg. Våre funn fremhever et behov for en mer nyansert forståelse av brukernes behov, at det oppleves at digitale tjenester sjelden fører til myndiggjøring for sårbare brukere, og at mye bistand blir gitt fra ulike instanser når brukere opplever digital sårbarhet. Det å motta bistand er for en del brukere med på å hjelpe dem til å bli selvhjulpne og myndiggjort i eget liv, men dette gjelder ikke alle sårbare brukere. Når NAV for eksempel mottar en nettsøknad fra en sårbar bruker, er det lite som tyder på at brukeren har evnet å bruke den digitale løsningen på et selvstendig grunnlag – bistand har sannsynligvis blitt gitt.

Hvordan brukere både mestrer og erfarer nav.no, vil videre påvirke evnen til å ta vare på egen interesse og helse. Særlig utsatt er digitalt sårbare personer med **lav mestringstro og selvfølelse** med behov for å bli sett eller møtt av et annet menneske for å få den støtten og tryggheten de trenger for å gå videre med den digitale løsningen. Ved å se på digitale velferdstjenester som en digital kompanjong vil en kunne imøtekomme behovet for relasjonell kontakt og bistand som er viktig for digitalt sårbare brukere. Mestringstroen (Bandura, 1977) vil også påvirke hvor godt vi klarer å organisere og gjennomføre de handlingene som må til for å oppnå ønsket mål, også når handlingen krever at en bruker internett (Eastin & LaRose, 2000). I tillegg til å mestre det mest grunnleggende ved å bruke en PC, må en klare å etablere, vedlikeholde og bruke internett effektivt. Brukerens intensjon med å faktisk ta i bruk for eksempel pasientområder i nettbaserte journalsystemer er avhengig av egen mestringstro og dette vil videre påvirke både hvordan brukeren oppfatter brukervennlighet og opplevd nytteverdi (Ma & Liu, 2005).

Lav mestringstro hos digitalt sårbare brukere vil gi en form for økt risiko og belastning når digitale løsninger ikke oppleves som brukervennlig og nyttig. Hvis en ønsker å redusere det digitale skillet, er det for disse brukerne behov for individuell oppfølging og trening (Eastin & LaRose, 2000). For sårbare brukere ser det ut til å være avgjørende å ikke erstatte all relasjonell kontakt med digitale løsninger. Disse brukerne har

behov for noe relasjonell kontakt og støtte eller bistand for å komme til det stadiet at de *evner* å ta gode valg for egen helse og livssituasjon, noe som på sikt vil føre til bedre helse og livskvalitet. En andel brukere vil alltid ha behov for bistand, mens andre kan bli mer selvstyrte og myndiggjorte etter en stund med bistand og opplæring. Og det er de sårbare brukerne som vil få mest ut av en økt mestringstro og myndiggjøring (Rawlett 2014). En sterk mestringstro vil på sikt føre til myndiggjøring, og videre vil en opplevd myndiggjøring være med på å forsterke mestringstroen til fremtidige hendelser (Rawlett 2014). Det eksisterer få studier som har adressert sammenhengen mellom mestringstro og myndiggjøring fra et individuelt synspunkt. Vi finner at digitale løsninger alene ikke kan bidra til myndiggjøring for sårbare brukere, og at grad av mestringstro, tidligere livsmestringserfaringer, fysisk opplæring, relasjonell oppfølging, helsekompetanse, helsetilstand og grad av digital sårbarhet er forhold som påvirker dette. Først når brukeren er i stand til å ivareta egne interesser, kan graden av myndiggjøring økes.

Manglende sosialt nettverk i det virkelige liv er en barriere for digital deltakelse, for motivasjon og selvtillit til å ta i bruk digitale velferdstjenester, for tilgang til hjelp underveis og for å få hjelp til å forstå hva informasjon innebærer for den enkelte. Manglende nettverk øker også sånn sett behovet for bistand. En ustabil livssituasjon påvirker digital deltakelse gjennom mer ustabil tilgang på internett, PC og kanskje aller mest, kodebrikke og innloggingsinformasjon. Økonomiske utfordringer er også tett knyttet til de samme tilgangsbarrierene. Tilgangsbarrierer kan løses ved å stille internett og PC tilgjengelig, sammen med tilgang på bistand for å logge på og ta dem i bruk. Dette løser imidlertid ikke behovet for bistand i **byråkratisk kompetanse** eller i NAV-spesifikke spørsmål, som er nødvendig for å få tilgang på nødvendig inntektssikring, bolig og andre ytelser og tiltak for å få rettet opp i de utfordringene som ligger til grunn for nettopp den ustabile livssituasjonen. Det er behov for ytterligere forskning på sammenhengen mellom sosiale problemer og hvordan disse skaper utfordringer med å ta i bruk digitale selvbetjeningsløsninger, for å kunne gi et godt kunnskapsgrunnlag for å utvikle digitale løsninger som er mer tilgjengelige også for brukere med denne typen utfordringer. Forskningslitteraturen peker på at det er en sammenheng mellom livssituasjonen utenfor internett og graden av digital deltakelse

Manglende motivasjon for å ta i bruk digitale tjenester fra nav.no kan handle om lav interesse for, lite kjennskap til eller lite erfaring med digitale tjenester. Liten erfaring kan videre føre til at brukeren er usikker og ikke tør å prøve å logge seg inn. Studier har vist at oppmuntring eller støtte fra familie eller venner eller fra helsepersonell kan være det som skal til for å komme i gang for brukere som ikke har tilstrekkelig interesse eller som ikke tør å prøve selv (Sourbati 2009, Casillas et al. 2019). Som vist i resultatene fra intervjuene i dette prosjektet, var det noen informanter som hadde opplevd at brukerne ikke var interessert i å lære seg å bli digitalt selvhjulpne. Tilsvarende funn ble gjort i en studie som nylig er publisert av Kompetanse Norge. En barriere for at brukere med lav digital kompetanse skal øke sin kompetanse, er at de opplever at de ikke har behov eller interesse (Bjønness et al. 2021).

Videre kan manglende motivasjon være langt mer omfattende og alvorlig enn lav interesse for teknologi og digitale løsninger, og ikke knyttet til brukerens egen interesse eller holdninger. Manglende motivasjon kan handle om at brukerens utfordrende livssituasjon gjør det helt uoverkommelig å ta initiativ til å logge inn på eller bruke digitale tjenester som nav.no. Dette kan forstås i lys av den såkalte *burden of treatment*-teorien, eller behandlingsbyrdeteorien, som viser hvordan alle krav og forventninger om hva pasient/bruker skal ta ansvar for og mestre selv for å håndtere egen sykdom og situasjon en stor tilleggsbelastning oppå selve sykdommen/situasjonen i seg selv (May et al. 2014). Den økte byrden kan virke overveldende og redusere evnen til å følge opp egen situasjon, noe som også kan bidra til ulikheter i bruk av helsetjenestene og frafall fra pasienter eller brukere som ikke har kapasitet eller nettverk til å håndtere den økte byrden.

Overveldelse kan komme som følge av en brå endring i livssituasjon på grunn av sykdom, skade, plutselig arbeidsledighet eller andre livskriser og hendelser som kan ramme alle innbyggere i løpet av livet. For

mange vil behovet for bistand avta etter hvert som symptomtrykket reduseres og personen tilfriskner og klarer håndtere flere deler av livet. Andre vil derimot ha stort behov for bistand for å klare å håndtere digitale selvbetjeningsløsninger på selvstendig vis i lang tid.

Ulike nivå av språklige utfordringer ble i dette prosjektet identifisert som barrierer for å ta i bruk eller nyttiggjøre seg digitale tjenester som nav.no. Ikke tilstrekkelige ferdigheter i norsk språk eller opplevelsen av at språket som brukes på nav.no er byråkratisk og fremmedgjørende, kan sies å ikke være spesifikt knyttet til digitale tjenester, ettersom man vil kunne møte de samme utfordringene i tradisjonell skriftlig informasjon for eksempel i brev eller brosjyrer. Men dersom alternativet til å bruke en selvbetjeningsløsning hadde vært et ansikt-til-ansikt-møte, ville deltakerne i samtalen hatt muligheter til å få og gi forklaringer eller utdypinger basert på behov.

Utfordringer knyttet til byråkratisk språk fra myndigheter og offentlige etater har vært sett på som et demokratisk problem i flere tiår. For å møte disse utfordringene har flere land tatt initiativ til satsinger på såkalt "klarspråk" (plain language). I Norge ble prosjektet Klart språk i staten, et samarbeid mellom Språkrådet og Difi, etablert i 2008 og videreført i 2013. Klart språk i staten har involvert mange offentlige etater (også NAV), organisasjoner og kommuner/KS, og det har blitt utviklet en rekke verktøy og retningslinjer for klart språk, som blant annet er tilgjengelig på Språkrådet sine nettsider⁹. Prinsippene omfatter for eksempel mottakerbevissthet, å tydeliggjøre formålet med teksten, å skrive kort og å skape samsvar mellom formål og struktur. Videre har KS utviklet retningslinjer for klart språk i digitale tjenester¹⁰. Disse retningslinjene kobler sammen de rent tekstlige prinsippene nevnt ovenfor, med råd om hvordan språket kan tilrettelegges for å øke brukerens digitale kompetanse. KS gir for eksempel tips om hvordan språket kan brukes til å klargjøre forskjellen på funksjonene til lenker og knapper, hvordan språket kan brukes til å hjelpe brukeren med å rette opp feil eller til å gi brukeren en bekreftelse på at den digitale oppgaven er utført. Gjennomgående i klarspråkprinsippene er også behovet for å inkludere sluttbrukere i utviklingen av tydeligere informasjon.

I 2016 ble klart språk og digitalisering koblet sammen i Stortingsmeldingen Digital Agenda for Norge (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016). Dersom digitalisering av offentlig sektor skal føre til bedre og mer effektive tjenester, må de digitale tjenestene bruke et klart språk. Ifølge Stortingsmeldingen vil klart språk i digitale tjenester bidra til å redusere antall telefonhenvendelser eller personlig oppmøte. At klarspråk kan bidra til å redusere antallet telefonhenvendelser, er vist blant annet i klarspråkprosjektet til Statens vegvesen. En klarspråk-revidering, inkludert brukerinvolvering, av skriftlig informasjon om EU-kontroll og om omregistrering av biler førte til at brukerne brukte kortere tid på å forstå informasjonen og hva de skulle gjøre, samt til en reduksjon på 40 % i antall henvendelser fra brukere som ikke forsto innholdet¹¹. Dette prosjektet er omtalt som en suksess i en analyse av policy-dokumenter om klarspråk av Johannesen et al. (2017). Forfatterne knytter Statens vegvesens suksess med klarspråk til en helhetlig tilnærming til arbeid med formidling, det vil si at klarspråk ble en integrert del av arbeidet i organisasjonen og ikke et prosjekt på siden av andre arbeidsoppgaver.

⁹ <https://www.sprakradet.no/Klarsprak/>

¹⁰ <https://www.sprakradet.no/klarsprak/om-skriving/sprak-i-digitale-tenester/>

¹¹ <https://www.sprakradet.no/globalassets/klarsprak/dokumenter-og-presentasjoner/andres-artikler-oppg-kartl/klart-sprak-gir-resultater.pdf>

Klarspråkprinsippene er hovedsakelig rettet mot skriftlig informasjon, og inneholder dermed ingen retningslinjer for hvordan andre informasjonsmetoder som video, lyd, grafikk og spill kan brukes for å gjøre digital informasjon og digitale tjenester forståelig eller mer tilpasset brukere som har en kulturell bakgrunn der skrift ikke står så sterkt som i vestlige land. Forskning på alternative informasjonsmetoder har vist positive effekter på både kunnskap, evnen til å finne frem til relevant informasjon og å vite hva man skal gjøre (Lonsdale et al. 2019). Det er likevel ikke gitt at endring at andre informasjonsmetoder gjør at budskapet kommer tydeligere frem. I en eksperimentell studie som sammenlignet helseinformasjon gitt i form av infografikk med den samme informasjonen formidlet skriftlig, fant forskerne at brukernes kunnskap var den samme uavhengig av formidlingsform. Brukerne foretrakk derimot infografikk-versjonen, og syntes den var morsommere og mer brukervennlig (Buljan et al. 2018).

Brukerne eller studiedeltakerne i de nevnte studiene om klarspråk eller alternative informasjonsmetoder er ikke definert ut fra noen av forholdene som utgjøre digital sårbarhet slik vi har beskrevet det i dette prosjektet. I en review av alternative informasjonsmetoder har Barclay og Bowers tatt utgangspunkt i én form for digital sårbarhet: kombinasjonen av lav helsekompetanse blant en stor andel av den amerikanske befolkningen og det avanserte språket som brukes i digitale helsetjenester (Barclay & Bowers 2017). Barclay og Bowers viser til studier av visualisering av helseinformasjon i form av ikoner, illustrasjoner, videoer og animasjoner – samt kombinasjoner av disse. Å bruke ikoner i stedet for ord, for eksempel i mobil-apper, har vist seg å være en effektiv informasjonsmetode. Men bruk av ikoner i digitale helsetjenester har derimot også skapt forvirring fordi ikonene som skal symbolisere spesifikk helseinformasjon som blodtrykk eller hjerterytme, ikke er standardisert – og også kan være vanskelig å standardisere på tvers av kulturelle forståelser. Å informere pasienter ved hjelp av videoer/animasjoner i stedet for i tekst har vist positiv effekt på pasienters forståelse, tilfredshet og mestring (Barclay & Bowers 2017, Denny et al. 2017, Kayler et al. 2019). Det finnes altså forskning som viser tendenser til at alternative informasjonsinitiativ kan ha positive effekter på brukeres evne til å nyttiggjøre seg digitale tjenester, men det er fortsatt behov for mer nyansert kunnskap om hvordan digitale tjenester kan gjøres brukervennlige for digitalt sårbare, for eksempel for personer med mentale lidelser (Visser et al 2021).

Brukerrettet og brukervennlig språk, samt brukerrettede valg av informasjonsmetoder, kan tilrettelegge for at flere kan forstå og dermed nyttiggjøre seg digitale tjenester. Selv om initiativ av typen klarspråk har positive effekter og stort potensial, er det imidlertid sannsynlig at det fortsatt vil være brukere som er digitalt sårbare og ikke klarer å ta i bruk tjenester som nav.no. Som vist i dette prosjektet, kan det å oppleve store, sammensatte utfordringer knyttet til helse og livssituasjon føre til at bruk av digitale tjenester blir en nærmest uoverkommelig oppgave uten bistand. Dersom man på grunn av kognitiv svekkelse, lav mestringstro eller mangel på kodebrikke ikke klarer å logge seg inn på nav.no, hjelper det ikke nødvendigvis at innholdet i portalen er klart og brukervennlig.

5.2 Implikasjoner

Deltakerne i dette prosjektet – altså fagpersoner som veileder/bistår sårbare brukere med å bruke digitale løsninger – er nokså samstemte når det gjelder behovet for å gi hjelp og veiledning. Mange uttrykker at de eneste mulighetene for mange brukere er å få hjelp eller å få tjenester gjennom fysiske møter med tjenesteytere i stedet for å bruke selvbetjeningsløsninger, det vil si at de ikke ser noen mulighet for at de aller mest sårbare skal klare å bruke digitale løsninger selv. Å bli overlatt til digitale selvhjelps løsninger uten bistand kan gi store konsekvenser for sårbare brukere, både økonomiske, helsesrelaterte og juridiske konsekvenser. Eksempler på konkrete konsekvenser kan være at brukerne ikke får de ytelsene de har krav på, at de gir opp, at helsetilstanden eller livssituasjonen forverres eller at allerede lav mestringstro og selvfølelse forsterkes.

Datagrunnlaget i dette prosjektet synliggjør en konflikt mellom administrative reformer og sårbare brukeres behov for sosial- og helserelatert oppfølging eller tilpasning. Økonomisk bistand og individuelt tilpassede tiltak for å hjelpe brukeren tilbake i samfunnet henger sammen med brukerens sosiale eller helsefaglige behov. Utfordringer knyttet til å få sikret livsopphold og føle at man har kontroll over situasjonen påvirker tilfriskning. Dette medfører at tjenestene i større grad bør utvikles i tråd med helse- og velferdsmessige vurderinger for å bidra til å unngå tilbakefall og reinnleggelsesperioder og digitalt utenforskap. Det rapporteres mange positive erfaringer med digitale løsninger for de som mestrer løsningene. Brukere som for en periode eller permanent har behov for bistand på grunn av at ett eller flere forhold gjør at de er digitale sårbare, har behov for at tjenestene utformes med tanke på at disse også fanges opp i digitaliseringsprosessen, enten ved bedre tilpasset design eller ved tilbud om lettere tilgang på kvalifisert bistand.

Dette prosjektet har ikke tatt for seg grenseoppgangen mellom NAV sin informasjonsplikt og den bistanden som ytes av andre ansatte i helse- og velferdstjenestene og i bibliotekene. I datainnsamlingen kommer det likevel frem misnøye blant informantene i helse- og velferdstjenestene og bibliotekene som opplever økt tilstrømming og behov for bistand hos sine sårbare brukere som følge av overgangen til digitale selvbetjeningsløsninger i NAV. En stor del av respondentene i denne studien opplever at de gjør oppgaver som de mener egentlig er NAV sitt ansvar, og som går på bekostning av egne arbeidsoppgaver.

Tilgang på bistand for sårbare brukere fremstår i dag som noe tilfeldig. Manglende tilgang på bistand, og dagens utforming av selvbetjeningsløsninger, bidrar til økt digital ulikhet eller til at mange faller helt eller delvis fra i kortere eller lengre perioder. Fordelene ved digitaliseringen kan være store for de som mestrer dem, både i form av kortere ventetid, bedre tilgjengelighet og økt involvering i egen sak, mens digitalt sårbare brukerne kan falle fra. Vi har ikke kunnskap om hva som skjer med dem som ikke får bistand hos bibliotekene, eller i de helse- og velferdstjenestene som er inkludert i denne studien. Basert på våre funn ser det ut til å være behov for ytterligere tiltak på systemnivå, for å avklare hvordan bistandsbehovet skal organiseres og fordeles mellom bibliotek/servicetorg, helse- og velferdstjenestene og NAV.

Resultatene fra dette prosjektet viser til en del behov, både brukeres behov og veiledernes behov, som kan brukes som utgangspunkt for utvikling av tjenester og veiledning. Behovene kan deles inn i to hovedkategorier: Behov for bedre tjenester/digitale løsninger og behov for bedre assistanse.

Behov knyttet til tjenestene og digitale løsninger: Overordnet sett mener informantene i denne studien at brukere har *behov for å bli møtt med valgfrihet, fleksibilitet og tilpasninger* til deres behov og ønsker. Å ikke bli møtt med valgfrihet kan bidra til å skape avstand eller avmakt. Behov for å bli møtt med valgfrihet innebærer for eksempel at:

- brukerne bør få møte et menneske eller etablere relasjoner i fysiske møter dersom de ønsker det
- det bør være enkel tilgang på papirversjoner av informasjon og skjema
- digitale løsninger må være tilpasset alle nyansene i brukernes liv

Ettersom data i dette prosjektet er innsamlet fra de som bistår brukerne, har det også kommet frem en del behov knyttet til nettopp denne hjelpesituasjonen, det vil si **behov for bedre assistanse** som kan være til nytte både for brukeren og for den som veileder:

- *Behov for å oppleve mestring.* Gjennom selve veiledningen brukere får, kan den som veileder legge til rette for at brukerne opplever mestring i møtet med digitale løsninger. Informantene i prosjektet har blant annet vist til hvordan de oppmuntrer brukere slik at de tør å prøve noe de opprinnelig var

redd for. (Digitale løsninger kan også utvikles slik at de tilrettelegger for mestringsfølelse for mange brukere, men denne innfallsvinkelen ble i svært begrenset grad rapportert av informantene i dette prosjektet).

- *Behov for egnede lokaler og utstyr til å gi hjelp og veiledning.* Det er ikke alltid gunstig å bruke bibliotekenes publikums-PC-er på grunn av mulighet for innsyn, mens sykehusavdelinger har ikke alltid PC til utlån.
- *Behov for å nye løsninger slik at det blir mulig å gi bistand uten å bryte personvern og få tilgang på sensitiv informasjon man ikke skal ha.* Dette kan gjøres gjennom å tilby dummy-påloggingsmuligheter hvor de som gir bistand, kan demonstrere eller vise frem hvordan man skal manøvrere i de tekniske løsningene, og brukerne kan prøve seg frem uten å være redd for å gjøre feil som de frykter kan gi store konsekvenser. Innholdet kan vise for eksempel hvor man finner skjema, hvordan de fylles ut, hvordan man blar mellom ulike sider, hvordan man laster opp vedlegg og hvordan man ser at man er ferdig med en digital oppgave.
- *Behov for økt tilgjengelighet til saksbehandler og veiledning fra NAV for også for de som gir veiledning.* Det oppgis fra informanter i alle typer utvalg i dette i prosjektet – både fra bibliotek, sykehus, lavterskeltilbud og rehabiliteringstilbud – et behov for å ha NAV til stede på egen arbeidsplass for eksempel én dag i uken. Samtidig vil det være et paradoks om tilgangen på bistand fra NAV til brukerne bygges ned, mens tilgangen på bistand fra NAV til offentlige ansatte som gir bistand bygges opp.
- *Behov for økte ressurser, flere som kan bistå eller et overordnet system eller rammeverk for digital veiledning.* Som vist i kapittel 4.3 svarte svært mange av respondentene i spørreundersøkelsen at de ikke rekker å hjelpe alle som har behov for hjelp med digitale løsninger, og at de ofte må henvise brukerne til noen andre uten at de vet om brukeren i det hele tatt ender opp med å få hjelp. Det skulle ikke være nødvendig for brukere som sliter å måtte henvende seg mange steder for å få bistand i noe som i utgangspunktet skal være en selvhjelpsøsning.

For å øke digital inkludering og sårbare brukernes myndiggjøring bør det settes inn tiltak rettet mot begge disse kategoriene av behov: Både videreutvikling av teknologi og tjenester og videreutvikling av veiledernes mulighet til å gi god assistanse. Videre forskning bør adressere hvilke tiltak som best kan møte de ulike behovene. På tvers av de to kategoriene er det behov for økt kunnskap og kompetanse om hvordan vi kan inkludere flere mennesker i digitale tjenester: ytterligere nyansert kunnskap om barrierer og om hvordan endringer i teknologiske løsninger kan fjerne barrierer samt økt kompetanse hos de som veileder/bistår slik at de er i stand til å hjelpe flere trygt og effektivt – innenfor en arbeidshverdag der de har tid til dette.

6 Referanser

Albon D, Van Citters AD, Ong T, Dieni O, Dowd C, Willis A, Sabadosa KA, Scalia P, Reno K, Oates GR, Schechter MS: Telehealth use in cystic fibrosis during COVID-19: Association with race, ethnicity, and socioeconomic factors. *Journal of Cystic Fibrosis*, 2021, 20:49-54

Allison BA, Rea S, Mikesell L, Perry MF: Adolescent and Parent Perceptions of Telehealth Visits: A Mixed-Methods Study. *Journal of Adolescent Health*, 2022, 70(3): 403-413

Almond H, Cummings E, Turner P: Empowerment, Digital Literacy and Shared Digital Health Records: The Value of 'nothing about me without me'. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2019, 266: 13-19

Alston, P: Report of the Special rapporteur on extreme poverty and human rights. Note by the Secretary General. United Nations General Assembly: A/74/493. Published by Office of the High Commissioner for Human Rights, 2019, tilgjengelig fra <https://apo.org.au/node/263996>

Angelmar R, Berman PC: Patient Empowerment and Efficient Health Outcomes. In: *Financing Sustainable Healthcare in Europe, New Approaches for New Outcomes, Conclusions from a Collaborative Investigation into Contentious Areas of Healthcare*. Grand Duchy of Luxembourg, Ministry of Health, Luxembourg, 2007, 139-162.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet: Brukernes møte med NAV. Delrapport fra ekspertgruppen som gjennomgår NAV. 2014

Arighi A, Fumagalli GG, Carandini T, Pietroboni, AM, De Riz MA, Galimberti D, Scarpini E: Facing the digital divide into a dementia clinic during COVID-19 pandemic: caregiver age matters. *Neurological Sciences*, 2021, 42(4), 1247-1251.

Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Sociological Research Methodology*, 2005 8, 19-32

Aydin GO, Kaya N, Turan N: The Role of Health Literacy in Access to Online Health Information. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2015, 195, 1683-1697.

Baker S, Warburton J, Hodgins S, Pascal J: The supportive network: rural disadvantaged older people and ICT. *Ageing & Society*, 2016, 37(6): 1291-1309.

Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84 (2), 191-215.

Barclay PA, Bowers CA: Design for the illiterate: a scoping review of tools for improving the health literacy of electronic health resources. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2017. p. 545-549.

Bernaerdt J, Moerenhout T, Devisch I: Vulnerable patients' attitudes towards sharing medical data and granular control in patient portal systems: an interview study. *J Eval Clin Pract*, 2021, 27(2), 429-437

Bergum S, Fugletveit R, Hermansrud I, Loftshus A-M, Madsbu JP, Overlid B: Digital ledelse for synergier mellom brukermøter og digitale kanaler. Sluttrapport fra et NAV FoU-prosjekt 2017-2020. 2020. Høgskolen i Innlandet.

Berkman ND, Davis TC, McCormack L: Health Literacy: What Is It?. *Journal of Health Communication*, 2010, 15(2), 9-19.

Bjønness AM, Midtbø T, Størset H, Ulven CH: Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse. Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte. *Kompetanse Norge, Rapport*, 2021.

Bletscher CG: Communication Technology and Social Integration: Access and Use of Communication Technologies Among Floridian Resettled Refugees. *J Int Migr Integr*, 2020, 21(2): 431-451

Blomberg M, Altschwager D, Seo H, Booton E, Nwachukwu M: *Digital divide and marginalized women during COVID-19: a study of women recently released from prison*. *Information, Communication & Society*, 2021, 24(14), 2113-2132

Bovens M, Zouridis S: From Street-Level to System-Level Bureaucracies: How Information and Communication Technology Is Transforming Administrative Discretion and Constitutional Control. *Public Administration Review*, 2002, 62(2), 174-184.

Buchanan S, Tuckerman L: The information behaviours of disadvantaged and disengaged adolescents. *J Doc*, 2016,

Braun V, Clarke V: Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 2006, 3(2): 77-101.

Buljan I, Malički M, Wager E, Puljak L, Hren D, Kellie F, West GH, Alfirević Ž, Marušić A.: No difference in knowledge obtained from infographic or plain language summary of a Cochrane systematic review: three randomized controlled trials. *Journal of Clinical Epidemiology* 97 (2018) 84-96

Burr C, Morley J: Empowerment or Engagement? Digital Health Technologies for Mental Healthcare. *The 2019 Yearbook of the Digital Ethics Lab*, 2020, 67-88.

Båtevik FO, Gjerstad B, Grimsrud GM, Johannessen ØL, Netteland G, Nødland SI, Prøitz L, Skeie G, Vedøy G: Arbeidsinnvandrere som ressurs i regional utvikling. *Rapporter fra Universitetet i Stavanger nr. 62*. 2017.

Calvillo J, Román I & Roa LM: How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expectations*, 2013, 18, 643-652.

Casillas A, Perez-Aguilar G, Abhat A, Gutierrez H, Olmos T, Mendez C, Mahajan A, Brown A, Moreno G: Su salud a la mano (your health at hand): patient perceptions about a bilingual patient portal in the Los Angeles safety net. 2019. *J Am Med Inform Assoc* 26(12): 1525-1535

Choi NG, DiNitto DM: The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. 2013. *J Med Internet Res* 15(5): e93

Choi NG, DiNitto DM, Lee OEK, Choi BY: Internet and Health Information Technology Use and Psychological Distress Among Older Adults With Self-Reported Vision Impairment: Case-Control Study. 2020 *J Med Internet Res* 22(6): e17294.

Chiauzzi E, DasMahapatra P, Cochin E, Bunce M, Khoury R, Dave P: Factors in Patient Empowerment: a Survey of an Online Patient Research Network. *Patient*, 2016, 9, 511-523.

Chudasama KM: Brukermedvirkning og sosialt arbeid i NAV. *Universitetsforlaget* 2017.

Clarke V, Braun V, Hayfield N: Thematic analysis. I: *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* 222 2015: 248.

Coiro, J: Reading comprehension on the Internet: Expanding our understanding of reading comprehension to encompass new literacies. *The Reading Teacher*, 2003, 56(5):458-464

Courtois C, Verdegem P: With a little help from my friends: An analysis of the role of social support in digital inequalities. *New Media & Society*. 2014;18(8), 1508-1527.

Darcourt JG, Aparicio K, Dorsey PM, Ensor JE, Zsigmond EM, Wong, ST, Ezena CF, Puppala M, Heyne KE, Geyer CE, Phillips RA, Schwartz RL, Chang JC: *Analysis of the implementation of telehealth visits for care of patients with cancer in Houston during the COVID-19 pandemic*. *JCO Oncology Practice*, 2021, 17(1), e36-e43

De Rosa, E: Social innovation and ICT in social services: European experiences compared. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 2017, 30(4), 421-432.

Denny MC, Vahidy F, Vu KYT, Sharrief AZ, Savitz SI: Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLoS One*. 2017 Mar 23;12(3):e0171952.

Difi: Innbyggerundersøkelsen 2017: Hva mener brukerne? Difi-rapport 2017:6

Difi: Kor mange innbyggjarar kan kommunisere med forvaltninga digitalt? Ein gjennomgang av statistikk om internettbruk og digitale ferdigheitar hjå innbyggjarane. Difi-notat 2014:1

DiMaggio P, Hargittai E: From the 'Digital Divide' to 'Digital Inequality': Studying Internet Use as Penetration Increases, 2001, Working Papers 47, Princeton University, Woodrow Wilson School of Public and International Affairs, Center for Arts and Cultural Policy Studies.

Dunn P, Hazzard E: Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 2019, 293, 294-296.

Döring M: The public encounter: dynamics of citizen-state interactions. Avhandling. Universität Potsdam, 2019.

Eastin MS, LaRose R: Internet Self-efficacy and the Psychology of the Digital Divide. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 2000, 6, 1.

Eynon, Rebecca & Anne Geniets (2015). The digital skills paradox: how do digitally excluded youth develop skills to use the internet? *Learning, Media and Technology*.

Floch J, Vilarinho T, Zettl A, Ibanez-Sanchez G, Calvo-Lerma J, Stav E, Haro PH, Aalberg AL, Fides-Valero A, Montón JLB: Users' Experiences of a Mobile health Self-Management Approach for the Treatment of Cystic Fibrosis: Mixed-Methods Study. *2020 JMIR Mhealth Uhealth*, 8(7)

Freeman T, Fisher M, Foley K, Boyd MA, Ward PR, McMichael G, Zimmermann A, Dekker G: Barriers to digital health services among people living in areas of socioeconomic disadvantage: Research from hospital diabetes and antenatal clinics. *Health Promotion Journal of Australia*, 2021, 00:1–7.

Ghandour N, Ghandour A: The experiences of three different user groups using personally controlled health record for multidisciplinary care team. *Australasian Journal of Information Systems*, 2019, 23.

Goedhart NS, Broerse JEW, Kattouw R, Dedding C: 'Just having a computer doesn't make sense': The digital divide from the perspective of mothers with a low socio-economic position. *New Media & Society*, 2019, 21(11-12): 2347-2365

Gómez-Hernández JA, Hernández-Pedreño N, Romero-Sánchez E: Social and digital Empowerment of vulnerable library users of the Muncia regional library, Spain. *El profesional de la información*, 2017, 26 (1).

Gordon H, Solanki P, Bokhour BG, Gopal RK: "I'm not feeling like I'm part of the conversation" Patients' perspectives on communicating in clinical video telehealth visits. 2020. *J Gen Intern Med* 35(6): 1751-1758

Grace M, Gill PR: Client-Centred Case Management: How Much Makes a Difference to Outcomes for Homeless Jobseekers? *Australian Social Work*, 2016, 69 (1), 11–26.

Grossman LV, Masterson Creber RM, Ancker JS, Ryan B, Polubriaginof F, Qian M, Alarcon I, Restaino S, Bakken S, Hripcsak G, Vawdrey DK: Technology Access, Technical Assistance, and Disparities in Inpatient Portal Use. 2019. *Appl Clin Inform* 10(1): 40-50

Hansen H-T, Lundberg K, Syltevik LJ: Digitalization, Street-Level Bureaucracy and Welfare Users' Experiences. *Social Policy and Administration*, 2106, 52(1), 67-90.

Hargittai E: Second-Level Digital Divide: Differences in People's Online Skills. *First Monday*, 2002, 7(4).

Harris J: The digitalization of advice and welfare benefits services: re-imagining the homeless user. *Housing Studies*, 2019, 35(1), 143-162.

Haun JN, Lind JD, Shimada SL, Martin TL, Gosline RM, Antinori N, Stewart M, Simon SR: Evaluating user experiences of the secure messaging tool on the Veterans Affairs' patient portal system. 2014. *J Med Internet Res* 16(3): e75.

Helse- og omsorgsdepartementet: Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. 2019

Helsper E, van Deursen A: Do the rich get digitally richer? Quantity and quality of support for digital engagement. *Information Communication & Society* 20(5), 2017, 700-714.

Hill R, Betts LR, Gardner SE: Older adults' experiences and perceptions of digital technology: (Dis)Empowerment, wellbeing, and inclusion. *Computers in Human Behaviour*, 2015, 48, 415-423.

Johannesen M, Berntzen L, Ødegård A: A Review of the Norwegian Plain Language Policy. *International Conference on Electronic Government*. Springer, Cham, 2017. p. 187-198.

Johansson S: Towards a framework to understand mental and cognitive accessibility in a digital context. *Licentiate thesis No. 02*. 2016, Stockholm:KTH Royal Institute of Technology.

Kaihlanen AM, Virtanen L, Buchert U, Safarov N, Valkonen P, Hietapakka L, Hörhammer I, Kujala S, Kouvonen A, Heponiemi T: *Towards digital health equity-a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era*. *BMC Health Services Research*, 2022, 22(1), 1-12

Kayler LK, Keller MM, Crenesse-Cozien N, Dolph B, Cadzow R, Feeley TH: Development and preliminary evaluation of ilearnKAS: An animated video about kidney allocation to support transplant decision-making. *Clinical transplantation* 33 (8) (2019): e13638.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. 2016.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: *Én digital offentlig sektor*. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor. 2019.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet og KS: *Samarbeidsavtale om etablering av Digihjelpen – et kommunalt veiledningstilbud for å øke innbyggernes digitale kompetanse*. 2020

Kommunal- og distriktsdepartementet: *Digital hele livet*. Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen. 2021

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: *Digitaliseringsrundskrivet*, 05.01.2021

Korsgaard H, Ludvigsen J: *Rapport – Den digitale borger*. En kvalitativ studie av den digitale hverdagen – for Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2019, Kantar TNS, Prosjekt 18101067.

Kultur- og likestillingsdepartementet: *Nasjonal bibliotekstrategi 2020-2023*, 2019.

Ladner R: Design for user Empowerment. *Interactions*, 2015, 22(2) 24-29.

Lea AN, Altschuler A, Leibowitz AS, Levine-Hall T, McNeely J, Silverberg MJ, Satre DD: *Patient and provider perspectives on self-administered electronic substance use and mental health screening in HIV primary care*. *Addiction science & clinical practice*, 2022, 17(1), 1-10

Lipsky, M: *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. 1980, New York: Russel Sage Foundation.

Liu P, Astudillo K, Velez D, Kelley L, Cobbs-Lomax D, Spatz ES: Use of Mobile Health Applications in Low-Income Populations: A Prospective Study of Facilitators and Barriers. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 13 (9) (2020): e007031

Lonsdale MDS, Lonsdale D, Baxter M, Graham R, Kanafani A, Li A, Peng C: Visualizing the terror threat. The impact of communicating security information to the general public using infographics and motion graphics. *Visible Language*. 53(2), 2019

Lundberg KG, Syltevik LJ (2017). *Nav og ny kanalstrategi – utfordringer med digitaliseringa*. Nav tilsynsmelding 2017.

Luo J, White-Means S: *Evaluating the Potential Use of Smartphone Apps for Diabetes Self-Management in an Underserved Population: A Qualitative Approach*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(18), 9886

Lyles CR, Sarkar U, Ralston JD, Adler N, Schillinger D, Moffet HH, Huang ES, Karter AJ: Patient-provider communication and trust in relation to use of an online patient portal among diabetes patients: The Diabetes and Aging Study. 2013. *J Am Med Inform Assoc* 20(6): 1128-1131

Ma, Q. & Liu, L: The Role of Internet Self-Efficacy in the Acceptance of Web-Based Electronic Medical Records. *Journal of Organizational and End User Computing*, 2005, 17, 38-57.

Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K: Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *Journal of Medical Internet Research*, 2016, 18(10).

Mäkinen M. Digital Empowerment as a Process for Enhancing Citizens' Participation. *E-learning and Digital Media*, 2006, 3(3), 381-395

Maneze D, Weaver R, Kovai V, Salamonson Y, Astroga C, Yogendran D, Everett B: "Some say no, some say yes": Receiving inconsistent or insufficient information from healthcare professionals and consequences for diabetes self-management: A qualitative study in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 156 (2019): 107830

Matthews EB, Savoy M, Paranjape A, Washington D, Hackney T, Galis D, Zisman-Ilani Y: *Acceptability of Health Information Exchange and Patient Portal Use in Depression Care Among Underrepresented Patients*. *Journal of General Internal Medicine*, 2022, 1-9

May CR, Eton DT, Boehmer K, et al: Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Serv Res*, 2014, 14, 281

Mayberry L, Kripalani S, Rothman RL, Osborn CY: Bridging the Digital Divide in Diabetes: Family Support and Implications for Health Literacy. *Diabetes technology & Therapeutics*, 2011, 13(10): 1005-1012.

medienorge.no: Andel med tilgang til internett. Tilgjengelig fra <https://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/ikt/347>. Besøkt 27.april 2022.

Melby L, Sand K, Midtgård T, Toussaint PJ, Karlstrøm H : Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene. Rapport. SINTEF Digital, 2019

Mishuris RG, Stewart M, Fix GM, Marcello T, McInnes DK, Hogan TP, Boardman JB, Simon SR: Barriers to patient portal access among veterans receiving home-based primary care: A qualitative study. 2015, *Health Expect*. 18(6): 2296-2305

Morley J, Floridi L: The Limits of Empowerment: How to Reframe the Role of mHealth Tools in the Healthcare Ecosystem. *Science and Engineering Ethics*. 2020, 26(3):1159-1183.

NAV: NAVs omverdensanalyse 2019: Utvikling, trender og konsekvenser frem mot 2020. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2019

Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15(3). 259-267.

Nutbeam D: Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 2009, 54 (303).

OECD: Rethinking E-Government Services: User-Centred Approaches, Paris: OECD Publishing. 2009

O'Sullivan S, Walker C: From the interpersonal to the internet: social service digitisation and the implications for vulnerable individuals and communities. 2018. *Aust J Political Sci*. 53(4): 490-507

Papen U & Thériault V: Youth Workers as Literacy Mediators: Supporting Young People's Learning About Institutional Literacy Practices. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 2016, 60(2), 185-193.

Ragnedda M: *The Third Digital Divide: A Weberian Approach to Digital Inequalities*. 2017, New York: Routledge

Park S: The Role of Local Intermediaries in the Process of Digitally Engaging Non-Users of the Internet. *Media International Australia*, 2014, 151(1)137-145.

- Rawlett KE: Journey from Self-Efficacy to Empowerment. *Health Care*, 2014, 2(1), 1-9.
- Reisdorf BC, DeCook JR: Locked up and left out: Formerly incarcerated people in the context of digital inclusion. *New Media & Society*, 2022, 24(2), 478-495
- Røhnebak M: Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2016, 19(04).
- Sadasivaiah S, Lyles CR, Kiyoi S, Wong P, Ratanawongsa N: Disparities in Patient-Reported Interest in Web-Based Patient Portals: Survey at an Urban Academic Safety-Net Hospital. 2019. *J Med Internet Res* 21(3)
- Sand K, Bergschöld JM, Midtgård T: Digitale velferdstjenester: En litteraturgjennomgang om digitale møter mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Rapport. SINTEF Digital, 2020.
- Salemink K: Digital margins: Social and digital exclusion of Gypsy-Travelers in the Netherlands. *Environment and Planning a-Economy and Space*, 2016, 48(6), 1170-1187.
- Sarkar U, Bates DW: Care Partners and Online Patient Portals. *JAMA*, 2014, 311(4), 357–358.
- Savolainen R: Cognitive barriers to information seeking. *Journal of Information Science*, 2015, 41(5).
- Schneider H, Eiband M, Ullrich D, Butz A: Empowerment in HCI – A Survey and Framework. In CHI '18: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. Montreal, Canada, April 21 - 26, 2018. ACM, New York, NY, USA.
- Schuster B, Britton H, Seo H, Altschwager D, Booton E, Ault M, Wickliffe J, Ramaswamy M: "I Don't Just Take Whatever They Hand to Me": How Women Recently Released from Incarceration Access Internet Health Information. *Women & Criminal Justice*, 2022, 1-17
- Semere W, Crossley S, Karter AJ, Lyles CR, Brown III W, Reed M, McNamara DS, Liu JY, Schillinger D: Secure Messaging with Physicians by Proxies for Patients with Diabetes: Findings from the ECLIPSE Study. *J Gen Intern Med*, 2019, 34, 2490–2496.
- Senft N, Everson J: eHealth Engagement as a Response to Negative Healthcare Experiences: Cross-Sectional Survey Analysis. 2018. *J Med Internet Res* 20(12): e11034
- Sentio/Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2018). Et brukerperspektiv på digitaliseringen av offentlige tjenester. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Seo H, Britton H, Ramaswamy M, Altschwager D, Blomberg M, Aromona S, Schuster B, Booton E, Ault M, Wickliffe J: Returning to the digital world: Digital technology use and privacy management of women transitioning from incarceration. *New Media & Society* (2020): 1461444820966993.
- Seo H, Altschwager D, Choi BY, Song S, Britton H, Ramaswamy M, Schuster B, Ault M, Ayinala K, Zaman R, Tihen B, Yenugu, L: *Informal technology education for women transitioning from incarceration*. *ACM Transactions on Computing Education (TOCE)*, 2021, 21(2), article 16
- Skinstad TJJ, Farshchian BA: Empowerment or concealed compliance? A review of literature on mobile ICT solutions for patient empowerment. Proceedings of the 9th ACM International Conference on Pervasive Technologies Related to Assistive Environments, 2016 1-4.
- Slettebakk D: "IKT-bruk i befolkningen og barrierer for digital inkludering." En kunnskapsoppsummering. SIFO oppdragsrapport 2-2014.
- Slettebakk D: Forbrukernes digitale hverdag - Utvidet versjon. Kunnskapsoppsummeringer forbrukerpolitikk 2018. Forbruksforskningsinstituttet. Oslo, OsloMet - storbyuniversitetet.
- Sourbati M: 'It could be useful, but not for me at the moment': older people, internet access and e-public service provision. 2009. *New Media & Society* 11(7): 1083-1100.SSB (2015). Undersøkelse om bibliotekbruk 2015. Rapporter 2015/32.

Spanhel K, Schweizer JS, Wirsching D, Lehr D, Baumeister H, Bengel J, Sander L: Cultural adaptation of internet interventions for refugees: Results from a user experience study in Germany. *Internet Interv.* 18 (2019), 100252

SSB: Bruk av IKT i husholdningene. 11000: Andel som har tilgang til diverse IKT. 2020

Staes P, Thijs N: Europeisk veileder i brukerretting og brukervedvirkning. 2008, Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/europeisk_veileder_i_brukerretting_pm9cj. Pdf.

Starkey F: The "Empowerment Debate": Consumerist, Professional and Liberational Perspectives in Health and Social Care. *Social Policy and Society*, 2003, 2(4) 273-284.

Stein JN, Klein JW, Payne TH, Jackson SL, Peacock S, Oster NV, Carpenter TP, Elmore JG. Communicating with Vulnerable Patient Populations: A Randomized Intervention to Teach Inpatients to Use the Electronic Patient Portal. 2018. *Appl Clin Inform* 9(4): 875-883

Thériault V: Literacy mediation as a form of powerful literacies in community-based organization working with young people in a situation of precarity. *Ethnography and Education*, 2015, 11(2).

Tieu L., Schillinger D, Sarkar U, Hoskote M, Hanh KJ, Ratanawongsa N, Ralston JD, Lyles CR: Online patient websites for electronic health record access among vulnerable populations: portals to nowhere? 2016 *J Am Med Inform Assoc* 24(e1): e47-e54.

Van Deursen A, van Dijk J: Measuring internet skills. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 2010, 26(10): 891-916.

Van Deursen A, van Dijk J: Internet skills and the digital divide. *New Media & Society*, 2011, 13(6), 893-911.

Van Deursen A, Helsper EJ: The Third-Level Digital Divide: Who Benefits Most from Being Online? In Laura Robinson, Sheila R. Cotton, Jeremy Schultz, Timothy M. Hle and Apryl Williams (eds). 2015, *Communication and Information Technologies Annual (Studies in Media and Communications)*, pp 29-52, Edition 10. Bingley: Emerald Group Publishing Limited

Visser K, Slattery M, Stewart V: Help or hinder? An assessment of the accessibility, usability, reliability and readability of disability funding website information for Australian mental health consumers. *Health and Social Care in the Community*, 2021 Sep;29(5): 1378-1390

Vollbrecht H, Arora V, Otero S, Carey K, Meltzer D, Press VG: Evaluating the Need to Address Digital Literacy Among Hospitalized Patients; Cross-Sectional Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 2020, 22(6).

Warschauer M: *Technology and Social Inclusion: Rethinking the Digital Divide*. 2003, London and Cambridge, Mass, MIT Press.

Watson A, Mellotte H, Hardy A, Peters E, Keen N, Kane F: *The digital divide: factors impacting on uptake of remote therapy in a South London psychological therapy service for people with psychosis*. *Journal of Mental Health*, 2021, DOI: 10.1080/09638237.2021.1952955

Weerakkody V, Sivarajah U, Irani Z, Osmani M: Evaluating the Public Value of Social Innovation. British Academy of Management (BAM) Conference, BAM 2014 Proceedings.

Webber EC, McMillen BD, Willis DR: Health Care Disparities and Access to Video visits Before and After the COVID-19 Pandemic: Findings from a Patient Survey in Primary Care. *Telemedicine and eHealth* 2021, doi: 10.1089/tmj. 2021.0126

WHO: Health promotion glossary, 1998

Yim SE, Spencer L, Gordon G, Allen KL, Musiat P, Schmidt U: Views on online self-help programmes from people with eating disorders and their carers in UK. *European Journal of Public Health*, 2021, 31, Supplement 1, i88-i93

Yu K, Wu S, Liu R, Chi I: Harnessing mobile technology to support type 2 diabetes self-management among Chinese and Hispanic immigrants: a mixed-methods acceptability study. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 2021, DOI:10.1080/15313204.2021.1949775



Teknologi for et bedre samfunn

Vedlegg 1 Dataekstraksjon fra alle inkluderte artikler i litteraturgjennomgangen

Referanse	Felt	Mål/forskningsspørsmål	Design/metode	Populasjon/deltakere	Digital løsning	Barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger*	Land
Albon 2021	Helse	1) Å forstå bruk og oppfatning av telehelse 2) Å identifisere fasilitatorer og barrierer for bruk av telehelse blant personer med cystisk fibrose og deres familier fra ulike etniske og sosioøkonomiske bakgrunner.	Kvantitativ. Survey.	Personer med cystisk fibrose (n=424) og cystisk fibrose behandlingsprogram (n=286)	Telehelse	Tilgangsbarrierer: Mangel på utstyr, ikke mulig å koble seg til internett. Mangel på tilgang er knyttet til sosioøkonomiske forhold. Språkbarrierer ble identifisert som en barriere for å bruke telehelse, men i svært liten grad.	USA
Allison 2022	Helse	Å undersøke ungdommer og foreldres opplevelse av personvern, konfidensialitet og terapeutisk relasjon i videokonsultasjoner	Mixed methods: Survey og intervju.	Ungdommer (survey, n=48; intervju n=14) og deres foreldre (survey, n=104; intervju n=20)	Videokonsultasjoner (for ungdommene)	Bekymringer om personvern: Svært få av deltakerne hadde bekymringer om personvern. Av dem som hadde det, så gjaldt bekymringene at de ikke fikk sitte helt i fred hjemme og var redd for at noen andre i huset overhørte konsultasjoner.	USA
Almond 2019	Helse	Å sette søkelyset på at det til tross for utfordringer er mulig å myndiggjøre ("to empower") sårbare brukere av helsetjenester og deres signifikante andre til å spille en direkte rolle i beslutninger om helse og behandling, inkludert å gi digital helsehjelp gjennom å ta i bruk delte digitale journaler	Kvalitativ. Deltakende. Gruppemøter, intervjuer, refleksjonsnotater.	Mennesker med komplekse kroniske tilstander som bor i rurale områder (n=19)	Digitale journaler	(Disse resultatene er kun hentet fra sitater) Lav digital kompetanse pga. liten erfaring: Deltaker uttrykker å være ukjent med PC-er, PC-er skremmende, mangler erfaring. Barrierer knyttet til hardware: Deltaker sier at hen trenger en skikkelig skjerm og større font. Språk- forståelsesbarrierer: Teksten og strukturen er ulogisk, språket preget av medisinsk sjargong.	Australia
Arighi 2021	Helse	1) å beskrive digitale skillelinjer blant personer med demens 2) å undersøke suksesskriterier og barrierer for å gjennomføre telemedisintjenester til personer med demens	Kvantitativt. Data samlet inn av nevrologen underveis i eller etter konsultasjonen.	Personer med demens (n=108)	Telemedisin	Tilgangsbarrierer: - Mangel på datautstyr med internettilgang, fikk ikke til å opprette digital kontakt - Manglende sosialt nettverk som støtte og assistanse for å bruke digitale tjenester.	Italia
Baker 2016	Velferd (sosialt arbeid)	Hva er utfordringene og mulighetene for bruk av IKT blant vanskeligstilte/svakerestilte (disadvantaged) eldre mennesker i rurale områder?	Aksjonsforskning. Spørreskjema, refleksjonsnotater, intervju og digitale artefakter.	Sosialt isolerte eldre (58-81 år), som bor i rurale områder, har vært hjemløse, har sammensatte behov og som er fulgt opp av "Australian homelessness agency" (n=7). Kriterium for deltagelse: over 50 år med ok lese- og skriveferdigheter.	iPad	Teknologiske barrierer: IKT-infrastruktur, ustabil internett, dårlig brukergrensesnitt og lite intuitive applikasjoner. - Flere av brukerne opplevde at de gjentatte ganger slo av iPad feilaktig pga. ulike systemvarsler som ikke var mulig å slå av. Dette medførte til at flere av brukerne satte igjen med en følelse av at de hadde "ødelagt" iPad-en. Den geografiske avstanden mellom bruker/deltaker og forsker førte til at deltakeren ikke brukte iPad-en på flere uker. Andre tekniske barrierer var "skjermfrys" under ansikt-til-ansikt sesjoner. - Pålogging på Centrelink nettside var en barriere. Ved pålogging måtte deltakerne svare på en rekke tilfeldige spørsmål, i tillegg til å oppgi eget brukernavn og passord. Dette ble opplevd som veldig frustrerende fordi de ikke husket ordrett hva de hadde svart ved første pålogging. Dette resulterte i at de ikke fikk tilgang på velferdsutbetalinger før neste ansikt-til-ansikt-sesjon. - At deltakere ved tilfeldigheter kom borti "airplane mode"-knappen og lysstyrkeknappen forhindret også bruk av iPad. - Lav (lese-/språk-) forståelse (literacy) sammen med fysiske helseutfordringer oppgis som barrierer som påvirker de nevnte teknologiske barrierene. Geografiske og økonomiske barrierer: ustabile nettverkssignaler og ulike betalingsmetoder for mobiltelefon og gigabytes.	Australia
Bernaerdt 2020	Helse	Å undersøke sårbare pasienters syn å dele helseinformasjon fra journal med helsepersonell og tredjeparter	Kvalitativ. Intervju. Før intervju ble deltakerne introdusert for	Sårbare pasienter uten tidligere erfaring med pasientportaler (sårbarhet definert som	Pasientportal	Innloggingsbarrierer: Innloggingsprosedyren var kompleks (må ha PC, en "e-ID-leser", et "e-ID-kort", en pin-kode og et grunnleggende nivå av digital kompetanse); deltakerne manglet f.eks. en "eID-leser", eller de hadde glemt pinkoden. Mange hadde noen til å hjelpe seg; den lite	Belgia

			pasientportalen, fikk opplæring i innlogging og bruk, og tid til å gjøre seg kjent med portalen og å lese sin egen helseinformasjon i den.	minst en av følgende faktorer: Lav sosioøkonomisk status, lav health eller digital literacy, mental sykdom, ufør og/eller kronisk medisinsk tilstand) (n=14)		brukervennlige innloggingsmetoden kunne føre til at mange ga opp hele portalen dersom de skulle ha logget seg inn hjemme. Språk-/forståelsesbarrierer: Mange av deltakerne hadde problemer med å forstå medisinske termer og å folke testresultater uten å få en ekstra forklaring eller en leges tolkning. De ønsket mer bakgrunnskunnskap.	
Bletcher 2020	Velferd (integrering av flykninger)	Å identifisere i hvilken grad flykninger bruker kommunikasjonsteknologi (KT); å undersøke hvilken innvirkning tilgang til KT har på flykningers well-being, 3) å identifisere de sosiale relasjonene som flykninger anser som ressurser for tilgang til og bruk av KT; 4) å undersøke hvordan flykninger bistand og 5) å gi anbefalinger for endringer i integrasjonsprosessen og infrastrukturutvikling	Mixed-methods. Survey, fokusgrupper, intervju.	Flykninger. Survey (n=70), fokusgrupper (n=95), intervju (n=30)	Kommunikasjonsteknologi	Tilgangsbarrierer: ikke råd til eget utstyr/internett eller til å reparere (eller vet ikke hvordan man kan få hjelp til å reparere utstyr); ikke råd til å komme seg til steder med offentlig tilgjengelig utstyr Kompetansebarrierer: Vanskelig å lære å bruke digitale løsninger, vanskelig å forstå pga. kompleks terminologi og begrensede engelskferdigheter; vanskelig å navigere; Kulturelle barrierer: Internett i USA oppleves å være "for åpent" og utrygt sammenlignet med i hjemlandet Tillitsbarrierer: Manglende tillit til internett pga. "fake" informasjon En del av deltakerne var avhengig av <i>resettlement agency</i> for å bruke kommunikasjonsteknologi, noe som begrenser mulighetene til å bli selvhjulpne fordi bisterne gjør det for dem	USA
Blomberg 2021	Velferd (sosialt arbeid)	Å undersøke hvordan covid-19-pandemien har påvirket kvinner som nylig har kommet ut av fengsel, inkludert hvordan deres bruk av digital teknologi er endret under pandemien.	Kvalitativ. Intervjuer	Kvinner som nylig har kommet ut av fengsel (n=45)	Internett	Tilgangsbarrierer: <ul style="list-style-type: none"> - En del av deltakerne eide ikke digitalt utstyr selv. Mange foretrekker å bruke smarttelefon, men det er mange oppgaver som de trenger en PC med internetttilgang for å utføre, f.eks. søknader om jobb og bolig som ikke er kompatible med smarttelefon. - En del av deltakerne var avhengig av å bruke datautstyr på jobb eller offentlige steder, noe ble forhindret pga. nedstengning under pandemien. - Mangel på stabil tilgang til internett og datautstyr under pandemien påvirket kvinnenes krav på tilsyn etter fengselsoppholdet og deres muligheter til å søke på jobb og utdanning. 	USA
Buchanan 2016	Velferd (sosialt arbeid)	Undersøke om vanskeligstilte/svakerstilte (disadvantaged) og uengasjerte ungdommer oppleve flere barrierer ved tilgagn til og bruk av informasjon (fra internett?) enn den generelle ungdomspopulasjonen? Og har en begrenset tilgang ført til en improvisert og smal informasjonstilgang "informasjonsverden"? Søker kunnskap for å bedre forstå informasjonsatferd blant ungdommer ved å undersøke engasjement/samhandling med offentlig og "third sector" støttetjenester ved søking av informasjon om utdanning og jobb/ansettelser.	Mixed-methods med observasjoner, intervju, fokusgrupper.	Ungdommer (16-19år), uten utdanning, jobb eller opplæring (NEET) og deres sosialarbeidere Observasjon av ungdommenes deltakelse på drop-in sesjoner (n=36). Av disse deltok 15 i intervju og 4 i en fokusgruppe. Intervju med sosialarbeidere (n=6)	"Online activities" Jobsøk på ulike websider. Hente ut informasjon på ulike nettløsninger. Utfylling av ulike nettskjema/nettsøknader.	Ungdommene er avhengig av bistand fra sosialarbeiderne. Ungdommene klarte ikke å fylle inn og fullføre online søknader uten bistand, de hadde f.eks. problemer med å huske innloggingsdetaljer. En del ungdommer gir opp og fullfører ikke den oppgaven de kom for, for eksempel å fylle ut søknadsskjema. Sosial arbeiderne bistod og motiverte dem til å fullføre utfylling av skjemaene. Kognitive barrierer: Ungdommene husker ikke egen e-postadresse, husker ikke tidligere instruksjoner de har fått. Husker ikke hvilke kvalifikasjoner de selv har så de får ikke til å fylle ut søknader komplett. Lav byråkratisk kompetanse: Kan ikke å opprette en bankkonto, forstår ikke informasjon om egen økonomi / informasjon fra banken Sosiale barrierer: Sosial isolasjon (er alene, bor alene, bor ikke sammen med foreldrene) og mangel på sosial støtte og gode familiære forhold, lav tillit til andre, dårlige lese- og språkferdigheter. Sosial arbeidere oppga følgende barrierer ved informasjonssøk blant ungdommene: isolasjon, institusjonsproblemer, dårlig leseferdigheter og -forståelse/IT(PC)-ferdigheter (literacy issues), mangel på motivasjon, sosiale ferdigheter og situasjonen på hjemmebane.	UK

						<ul style="list-style-type: none"> - Isolasjon: De bor avsides, ferdes på avgrensede områder, ser ikke muligheter ut over sin egen avgrensede verden - Institusjonelle problemer: utfordrende å forholde seg til strikte regler og reguleringer. - Lav digital kompetanse: Ungdommene kan spille dataspill eller bruke Facebook, men de har ikke ferdighetene som trengs for å finne fram til informasjonssider om jobb etc. - Mangel på selvtillit en stor barriere for å søke etter informasjon selv. Sosialarbeiderne ender opp med å finne informasjonen for ungdommene i stedet for å hjelpe dem til å finne det selv. - Situasjonen på hjemmebane: arbeidsledighet i generasjoner påvirker og gir et inntrykk på at det er slik <i>livet</i> skal være. - Mangel på motivasjon i sammenheng med rusmisbruk. Konsentrasjonsvansker og lite tålmodighet til å sitte i ro og holde ut. - Ungdommene blir stresset av å bruke internett ("thei're happier going a way with something in their hand" - Noen er redde for å bruke internett, og vil bar bli fortalt hva de skal gjøre 	
Casillas 2019	Helse	Å beskrive holdninger til pasientportaler når de blir presentert som et mulig verktøy for å håndtere egen helse/behandling; å beskrive opplevde behov for å ta i bruk portaler blant engelsk- og spansk-talende pasienter med lave engelsk-ferdigheter; å skissere hvilken rolle språk og kultur har når det gjelder portalenes opplevde nytteverdi	Kvalitativ. Fokusgrupper. Deltakerne fikk se video av pasientportalens funksjoner	Pasienter med kroniske tilstander (flest med diabetes eller høyt blodtrykk) samt med lave engelskferdigheter (n=37), helsepersonell (n=9) (pasientene måtte ikke ha brukt portalen for å bli inkludert)	Pasientportal (tilgjengelig både på engelsk og spansk)	(flest resultater om opplevd nytteverdi) Barrierer: De fleste pasientene i studien var ikke klar over at portalen finnes; hjelp, veiledning eller øvelse sammen med familiemedlemmer som har teknologisk kompetanse ble ansett som nødvendig for å bruke portalen godt; behov for opplæring av en person på klinikken; behov for at helsepersonell "godkjente" at det var ok å bruke portalen	USA
Choi 2013	Helse	Å undersøke/sammenligne internettbruksmønstre, eHelse literacy og holdninger til PC og internett blant personer over og under 60 år med redusert fysisk/psykisk funksjon og lav inntekt.	Kvantitativ. Survey.	Eldre og yngre personer med redusert fysisk/psykisk funksjon og lav inntekt (n=980, 763 som var 60 år eller eldre; 217 som var yngre enn 60)	Internett	(en stor andel av deltakerne brukte ikke internett; en viss andel hadde brukt internett før, men hadde sluttet å bruke det) Tilgangsbarrierer/økonomi: Årsaker til å slutte å bruke internett var blant annet at deltakerne ikke hadde råd til internettabonnement eller til å reparere/kjøpe nytt utstyr Fysiske, funksjonelle og synsrelaterte begrensninger som begrenset bruk av internett/datamaskiner: Revmatisk smerte i fingrene, nakke- og ryggsmerte; nevropati; nedsatt funksjon; kronisk fatigue og andre tilstander som påvirker konsentrasjonsevnen og muligheten til å sitte i en lengre periode; grønn stær og andre synsutfordringer Andre barrierer: Følelse av å være for gammel til å lære noe nytt; redd for stråling fra PC-en; ikke tilstrekkelig leseforståelse; lav tro på egne internettferdigheter	USA
Choi 2020	Helse	Å undersøke bruk av internett og helseinformasjonsteknologi (HIT) i et nasjonalt representativt utvalg av eldre med synsproblemer sammenlignet med et matchet utvalg uten synsproblemer; å undersøke assosiasjoner mellom synsproblemer og bruk av internett og HIT; å undersøke assosiasjoner mellom bruk av HIT og mental distress.	Kvantitativ. Kasus-kontroll-studie. Survey (National Health Interview Survey, en årlig tverrsnittshusholdningssurvey i USA)	Deltakere i utvalget over 65 år med synsproblemer, og en matchet kontrollgruppe uten synsproblemer (n=2866)	Internett og generell helseinformasjonsteknologi	Eldre med synsproblemer har mindre sannsynlighet for å bruke internett og generell helseinformasjonsteknologi (HIT). Men blant deltakere som brukte internett, var ikke synsproblemene assosiert med oddsene for å bruke HIT, dvs. at blant de eldre med synsproblemer, så var det lav bruk av internett som var årsaken til lav bruk av HIT, ikke synet. Årsakene til den lave internettbruken blant eldre med synsproblemer kan være at de har lavere sosioøkonomisk status og flere helseproblemer og oftere er ufør.	USA
Darcourt 2020	Helse	Er telemedisin et effektivt og tilfredsstillende alternativ til pasienter med kreft under covid-19-påandei, og hva er potensielle barrierer for	Kvantitativ. Survey.	Kreftpasienter (n=285)	Video-konsultasjoner	Barrier identifisert vha. årsaker til ikke å bruke videokonsultasjoner: Tilgangsbarrierer: Mangel på internett eller utstyr Tekniske barrierer: Problemer med den aktuelle digitale løsningen.	USA

		implementering av telehelse for denne pasientgruppa?				Preferanse: Deltakere foretrekker ansikt-til-ansikt-konsultasjon	
Floch 2020	Helse	Å undersøke brukernes aksept av og fordeler og ulemper med en app for egenmestring av cystisk fibrose	Mixed-methods. Intervju og spørreskjema. Spørreskjema utfylt på tre tidspunkter: etter 1 uke, 1 måneders og 5 måneders bruk av appen	Intervju: Pasienter og foreldre (n=19) og helsepersonell (n=12) Spørreskjema: Pasienter (n=154)	App for egenmestring av cystisk fibrose	Motivasjonen for å bruke appen sank utover i prosjektperioden. Lav motivasjon for å bruke appen var knyttet til redusert behov fordi man allerede hadde den kunnskapen appen skulle bidra til og klarte å håndtere sykdommen selv, dvs. når brukerne hadde nådd de målene appen skulle bidra til for deres del.	Data samlet inn i Belgia, Italia, Nederland, Portugal og Spania
Freeman 2021	Helse	Å undersøke barrierer for tilgang til, bruk av og fordeler med digitale helsetjenester i et sosioøkonomisk svakt område	Mixed methods. Deskriptive analyser og kvalitative analyser.	Pasienter med diabetes (n=37) og pasienter på en svangerskapsklinikk (n=99)	Digitale helsetjenester	Tilgangsbarrierer: Har ikke tilgang til den riktige teknologien Mangel på digital kompetanse: Vet ikke hvordan de skal bruke teknologien Preferanse: Ønsker ikke å bruke digitale helsetjenester Alt dette fører til mangel på erfaring: Mange har ikke brukt digitale helsetjenester pga. at de foretrekker ansikt-til-ansikt-interaksjon med helsevesenet, ikke er fortrolige med å bruke datautstyr, ikke vet hvordan de skal bruke det eller ikke har tilgang til den riktige teknologien, eller rett og slett ikke vil.	Australia
Goedhart 2019	Velferd	Å øke kunnskapen om hvilke perspektiver, erfaringer og behov sosialt vanskeligstilte grupper (mødre med lav sosioøkonomisk status) har med IKT-bruk. Hvorfor er mødre med lav sosioøkonomisk status en stor del av den gruppen som ikke bruker IKT i Nederland?	Kvalitativ studie med et eksplorerende deltagende design. Deltakende observasjon, intervju og fokusgrupper.	66 mødre med lav sosioøkonomisk status (SEP) fordelt på fire områder i Amsterdam. Alder mellom 20-60 år. De fleste uten arbeid, med ikke-vestlig bakgrunn og første-generasjons innvandrere med dårlig nederlandsk språk og lave IKT-ferdigheter.	Ingen konkret løsning, men generelt om IKT-bruk.	Lav tillit: Deltakerne stoler ikke på offentlige nettsider. Redd for å fylle ut feil, og at dette får store konsekvenser (for eksempel redd for å betale for en tjeneste som ikke vil bli levert). Mangel på tid og energi: Det hverdagslige, som å få endene til å møtes, blir mye viktigere enn å lære å bruke en PC. Tilgangsbarrierer: Mangel på tilgang til wi-fi, hardware, software og printer i hjemmet. Tilgang til dette på offentlige steder er ikke et godt nok alternativ pga. økonomi (det koster å ta en utskrift), mangel på privatliv og usikkerhet knyttet til lagring av passord (om andre ser det osv.). Har ikke "Digi-D kode" (noen vet heller ikke hva dette er). Økonomi: Det er for dyrt å kjøpe utstyr. Språkbarrierer: Å ikke kunne skrive og lese språket i det landet man har flyttet til. YouTube og Google blir oftere brukt til å søke informasjon enn offentlige sider fordi brukerne der kan søke etter og finne informasjon på morsmålet sitt. Deltakerne synes språket på offentlige nettsider er for komplisert, med for mye fagspråk/teknisk språk ("jargon"). Mangel på digital kompetanse: Å ikke vite hvordan en PC kan brukes. Det er større barrierer knyttet til IKT-bruk på PC enn smarttelefon, men da er bruken mest knyttet til "fun things". Det er veldig begrenset hva brukerne kan gjøre på en PC. De kan f.eks. å svare på e-post, men ikke å opprette en ny. De behersker å gjøre enkle ting, men om de for eksempel kommer borti Caps Lock sliter de fordi alle passord blir feil osv. Noen av deltakerne mangler kompetanse om hvilke muligheter de har tilgjengelig på internett når det gjelder offentlig informasjon. Mangel på bistand: Deltakerne trenger noen som kan hjelpe dem med PC-en: "The digital world has no face", i betydningen en PC er ikke noen du kan stole på og stille spørsmål til om personlig og konfidensielt innhold. Trenger også tilgang til en fysisk plass i nærheten av hjemmet og gjerne i tidsrommet hvor ungene er på skolen, hvor de kan oppsøke hjelp og hvor bistand blir gitt av noen de stoler på kan bistå og hjelpe de, hvor det er trygge rammer for å også kunne spørre hverandre om hjelp.	Nederland
Gordon 2020	Helse	Å undersøke pasientenes perspektiv på tekniske, sosiale og personlige barrierer for og fordeler	Kvalitativ. Intervju	Diabetespasienter som bor i rurale områder (n=27)	Videokonsultasjon	Utfordringer og bekymringer knyttet til videokonsultasjoner sammenlignet med personlig oppmøte: Bekymringer for at det blir gjort feil fordi det er vanskelig å få gjort en fysisk undersøkelse (dvs. bekymring for kvaliteten på tjenesten); opplevelse av at legen ikke hadde full oppmerksomhet på pasienter; opplevelse av å ikke få sagt alt man vil, å føle seg mindre	USA

		med å kommunisere med helsepersonell på video				involvert i samtalen; vanskeligere å etablere en pasient-lege-relasjon (hvis pasienten ikke hadde en etablert relasjon til legen fra før)	
Grossman 2019	Helse	Å undersøke hva som predikerer frekvent vs. ikke-frekvent bruk av pasientportal blant innlagte pasienter som har fri tilgang til iPad, internett og teknisk bistand.	Kvantitativ. Prospektiv subgruppe-studie av intervensjonsarmen i en RCT. Spørreskjema på tre tidspunkt.	Pasienter (som bruker pasientportal) innlagt på medisinsk eller kirurgisk kardiologisk avdeling (n=146)	Pasientportal	Mer alvorlig sykdom; lite erfaring med teknologi; offentlig forsikring var assosiert med lite frekvent bruk av teknologi (tross tilgang til teknologi og hjelp)	USA
Haun 2014	Helse	Å beskrive veteraners erfaring med å bruke meldingstjenesten i pasientportalen MyHealthVet; å identifisere barrierer og fasilitatorer for bruk og å beskrive strategier for å støtte/bistå veteranenes bruk av meldingstjenesten	Kvalitativ (mixed-methods). Intervju, bruker-testing og meldingsanalyse	Veteraner (n=33)	Meldingsfunksjon i pasientportalen MyHealthVet	Å komme i gang / mangel på kunnskap (å ikke vite hvordan man skal registrere seg og initiere autentiseringsprosessen; å ikke finne lenken til meldingstjenesten inni portalen, ikke forstå i hvilke sammenhenger man kan bruke meldingstjenesten) Bekymringer angående personvern (pasientene er usikre på hvem som mottar meldingene);	USA
Kaihlanen 2022	Helse	Å undersøke sårbare gruppers utfordringer med å bruke digitale helsetjenester under covid-19-pandemien.	Kvalitativ. Intervjuer	Fem kategorier sårbare grupper som har risiko for å bli digitalt ekskludert: eldre, innvandrere, brukere av helsetjenester for psykiske problemer, storforbrukere av helsetjenester og arbeidsløse (n=74)	Digitale helsetjenester	ELDRE: Mangel på digital kompetanse: Mangel på grunnleggende dataferdigheter, mangel på utstyr, mangel på bistand og opplæring for å klare å nyttiggjøre seg digitale helsetjenester. Er ikke kjent med at digitale tjenester er tilgjengelig eller hvilken verdi de har. Helserelatert barrierer: Dårlig hørsel. Motivasjonsbarrierer: Redd for å bruke digitale helsetjenester, redd for å gjøre feil. Mistillit til kvaliteten på avstandshelsetjenester. Mangel på interesse for å bruke digitalt utstyr Preferanser: Foretrekker ansikt-til-ansikt-tjenester. INNVANDRERE: Tilgangsbarrierer: Har ikke elektronisk ID. Mangel på digital kompetanse: Mangler spesifikke digitale ferdigheter for å bruke digitale helsetjenester. Språk- og forståelsesbarrierer: Har ikke tilstrekkelige språkkunnskaper i nytt språk. Risikerer misforståelser i bruk av digitale helsetjenester pga. språkutfordringer. Mangel på digitale helsetjenester og nettsider tilgjengelig på morsmålet. Personvern og tillit: Bekymringer angående datasikkerhet og mangel på tillit til digitale helseplattformer. Motivasjonsbarrierer: Redd for å gjøre feil som kan ha alvorlige konsekvenser. BRUKERE AV HELSETJENESTER FOR MENTALE HELSEUTFORDRINGER: Mangel på digital kompetanse: Ikke tilstrekkelige digitale ferdigheter til å nyttiggjøre seg digitale helsetjenester. Opplever at kommunikasjonen er ikke er like bra digital. Personvern: Mangler et privat sted for å bruke digitale helsetjenester. STORFORBRUKERE AV HELSETJENESTER: Mangel på digital kompetanse: Ikke tilstrekkelige digitale ferdigheter til å få tilgang til eller bruke digitale helsetjenester. Har ikke blitt informert om at det finnes en mulighet for helsetjenester på avstand Språk- og forståelsesutfordringer: Ikke tilstrekkelige engelskkunnskaper gjør det utfordrende å bruke internett.	Finland

						<p>Helsebarrierer knyttet til læring: Dårlig helse gjør det vanskeligere å lære og å bruke digitale helsetjenester. Å lære å bruke digitale helsetjenester krever for mye innsats.</p> <p>Personvern: Ikke tilstrekkelige kompetanse om datasikkerhet.</p> <p>Motivasjonsbarrierer: Ser ikke verdien av digitale helsetjenester. Gir ikke noen tilleggsverdi sammenlignet med tradisjonelle tjenester.</p> <p>Preferanse: Foretrekker ansikt-til-ansikt helsetjenester.</p> <p>ARBEIDSLEDIGE:</p> <p>Tilgangsbarrierer: Datautstyr som ikke virker eller er for gammelt, hindrer mulighetene til å bruke digitale helsetjenester. Ikke funksjonell internettforbindelse hjemme.</p> <p>Brukervennlighet: utfordringer med brukervennlighet/brukskvalitet gjør det vanskelig å finne informasjon på nettstedene om helsetjenester.</p> <p>Personvern og privatliv: Utfordringer med bruk av digitale tjenester: Å ikke ha et privat sted tilgjengelig påvirker personvern og fører til vanskeligheter med å konsentrere seg om å snakke med helsepersonell.</p> <p>Preferanse: Foretrekker ansikt-til-ansikt-konsultasjoner fordi det å se en persons ansikt gjør samtalen lettere.</p> <p>Motivasjonsbarrierer: Mangel på interesse for å bruke og å lære å bruke digitalt utstyr.</p>	
Lea 2022	Helse	Å forstå barrierer og fasilitatorer assosiert med implementeringen av digital screening av alkohol-/narkotikabruk og mental helse	Kvalitativ. Intervjuer	Personer med HIV (n=12), ansatte i primærhelsetjenesten (n=9)	Digital screening av alkohol-/narkotikabruk og mental helse i en online portal	<p>Personvern: Bekymringer om personvern og konfidensialitet. Pasientene var bekymret for hvorvidt svarene de la inn i screeningen kunne bli brukt på en negativ eller diskriminerende måte med tanke på videre behandling, arbeid eller ytelser.</p> <p>Digital overload: Deltakerne syntes det var slitsomt å bli spurt om å svare på så mange digitale spørreskjema om helse, noe som kunne føre til at de ikke fullførte noen av dem.</p>	USA
Liu 2020	Helse	Å evaluere sårbare gruppers "onboarding", perspektiver og erfaringer når de skal ta i bruk en ny mHelse-applikasjon; å lære hvordan en digital helseplattform kan tilpasses for å fungere bedre for pasienter med lav inntekt, og hvilken bistand som er nødvendig for å legge til rette for varig bruk.	Kvantitativ. Survey	Pasienter med lav inntekt (n=81 foretrakk å bruke appen på engelsk, n=50 foretrakk å bruke den på spansk)	Digital helseplattform som brukes til å få tilgang til egne helsedata, synkronisere wearables og delta i forskning.	<p>Barrierer identifisert i forbindelse med rekruttering av deltakere:</p> <p>Tilgangsbarrierer: Ikke alle hadde smarttelefon (de kunne ikke være med i studien), noen hadde for lite lagringsplass på telefonen, ustabil nett</p> <p>Lav digital kompetanse: Pasienter husket ikke e-postadresse eller passord, eller visste ikke hvordan de kunne bruke e-post til å laste ned en app.</p> <p>Barrierer identifisert i survey-data:</p> <p>Bekymringer om personvern og datasikkerhet: skepsis mot å dele helseinformasjon med forskerne, trodde at informasjon som ble samlet inn i appen kunne bli solgt eller delt uten deres tillatelse.</p>	USA
Luo 2021	Helse	1) Å finne ut hva som er holdningene til og interessen for helse-apper i en lavinntekts- og minoritetspopulasjon 2) Å vurdere pasienters interesse for ulike app-funksjoner for egenhåndtering av diabetes 3) Å finne barrierer eller bekymringer knyttet til bruk av en app for egenhåndtering av diabetes	Kvalitativ. Intervju.	Personer med diabetes (n=15)	Apper for egenhåndtering av diabetes	<p>Tilgangsbarrierer: Hvorvidt deltakerne hadde smarttelefon eller ikke, varierte. Tre av dem hadde ikke telefon på studie-tidspunktet.</p> <p>Liten erfaring: De fleste av informantene kjente ikke til helse-apper for smarttelefon eller hadde aldri brukt slike.</p> <p>Brukervennlighet: Informantene vektla at appene må være brukervennlige og ikke vanskelige eller kompliserte.</p> <p>Læring: Deltakerne ønsket ikke apper som krever mye opplæring for å bruke eller med avansert medisinsk språk.</p> <p>Behov for hjelp: De som ikke var komfortable med å bruke smarttelefoner, var skeptiske til å</p>	USA

						<p>hvorvidt de klarte å nyttiggjøre seg en slik app. De trenger at ansatte på sykehuset eller noen i familien hjelper dem i gang.</p> <p>Bekymringer om datasikkerhet: Informantene var bekymret for å legge data inn i en app og om informasjonen om dem kunne bli stjålet, særlig informasjon om økonomi.</p>	
Lyles 2013	Helse	Å undersøke forholdet mellom pasientenes vurdering av helsepersonells kommunikasjon eller tillit og bruk av portalen.	Kvantitativ. Survey.	Diabetespasienter (n=11518)	Pasientportal (i elektronisk pasientjournal)	<p>Overordnet sammenheng mellom tillit til helsepersonell og 1) det å være registrert bruker i portalen, og 2) det å bruke meldingsfunksjonen i portalen, men sammenhengen er bare moderat. Sammenhengen mellom tillit og det å være registrert bruker av portalen var signifikant bare for hvite, deltakere med latinamerikansk bakgrunn og eldre.</p> <p>Høyere score på vurdering av helsepersonells kommunikasjon var assosiert med det å være registrert bruker av portalen bare blant de eldste deltakerne</p>	USA
Maneze 2019	Helse	Å undersøke pasientenes erfaringer med å søke eller få informasjon fra helsepersonell; å undersøke pasienters erfaring med å finne, forstå og få tilgang til informasjonen de trenger for å håndtere sykdommen selv	Kvalitativ. Intervju (del av større mixed methods-studie)	Diabetespasienter (n=18)	Internett	<p>Språk-/forståelsesbarrierer: Vanskelig å ta i bruk / nyttiggjøre seg informasjon på internett når innholdet er vanskelig å forstå pga. medisinske termer.</p> <p>En allerede etablert erfaring om å få informasjon som er inkonsekvent og upålitelig (fra helsepersonell), ble forsterket når pasientene søkte etter informasjon på internett. Dermed ble det vanskelig å stole på informasjonen funnet på nettet.</p>	Australia
Matthews 2022	Helse	(1) å identifisere pasientbarrierer og -fasilitatorer for å utveksle helseinformasjon relatert til depresjon i primærhelsetjenesten. (2) å undersøke hvordan pasienter opplever at utveksling av helseinformasjon påvirker koordinering av depresjonsbehandling og pasientaktivering	Kvalitativ. Intervjuer	Voksne som får behandling for depresjon (n=27) på en "safety net" primærhelseklinikk	Pasientportaler. Dele helseinformasjon	<p>Variierende digitale ferdigheter/lav brukervennlighet: Selv blant brukere som var vant til å bruke teknologi, var det vanskelig å navigere i portalen.</p> <p>Språk- og forståelsesbarrierer: Brukergrensesnittet ble opplevd som overveldende. Språk eller innhold kunne være vanskelig å forstå.</p> <p>Bekymringer om datasikkerhet: Noen brukere var usikre på hvem som har tilgang til helseinformasjon om dem.</p>	USA
Mishuris 2014	Helse	Å identifiserer barrierer og fasilitatorer for bruk av pasientportalen MyHealthVet	Kvalitativ. Intervju.	Hjemmeboende pasienter med flere sykdommer (eller deres pårørende) (n=14), og tjenesteytere (n=3)	Pasientportal (MyHealthVet)	<p>Manglende kjennskap til den digitale løsningen: Lite tidligere kjennskap til portalen (nesten ingen av pasientene visste om portalens funksjonalitet eller hvordan de skulle få tilgang til den, selv om de hadde fått tilsendt brosjyrer og sett plakater på klinikken)</p> <p>Ser ikke behovet for å bruke digitale løsninger: tilfredshet med kommunikasjonen med helsepersonell som den er i dag (først og fremst på hjemmebesøk; det er ikke like lett å få tak i helsepersonell på telefon)</p> <p>Tilgangsbarrierer: begrenset tilgang til datautstyr og internett (pga. at de ikke hadde råd til å kjøpe utstyr, oppgradere det de har eller internettabonnement; de likte ikke å bruke offentlige PC-er pga. personvern hensyn)</p>	USA
Reisdorf 2022	Velferd (social services)	Å undersøke sårbarhet blant personer som har sittet i fengsel, og hvordan deres sammensatte sårbarhet påvirker digital inklusjon Å undersøke ulike barrierer for å bruke internett og digitalt utstyr i denne gruppen, med fokus på digitale ferdigheter.	Kvalitativ. Fokusgrupper	Tidligere innsatte i fengsel (n=73, av dem 64 menn)	IKT	<p>Tilgangsbarrierer: Deltakerne manglet tilgang til internett og datautstyr både når de satt i fengsel og etterpå. Mange av dem hadde midlertidige bosteder og dette påvirket muligheten til å ha tilgang. De var bekymret for at datautstyr skulle bli stjålet, de manglet stabil internettforbindelse, og utstyr/internett er dyrt.</p> <p>Tilgangsbarrierer knyttet til publikums-PC-er på offentlig sted: Selv om noen har tilgang til publikums-PC på bibliotek eller andre offentlige steder, så kunne transport dit være en barriere.</p> <p>Mangel på digitale kompetanse: Mangel på tilgang var av mindre betydning enn mangel på digitale ferdigheter, særlig blant de eldste deltakerne og de som hadde sonet lange straffer.</p> <p>Skammen knyttet til det å ha lave digitale ferdigheter: Det er stigma knyttet til å ikke vite hvordan man skal bruke datautstyr og internett, når det anses som helt nødvendig kunnskap.</p>	USA

						De negative konsekvensene av å mangle tilgang og ferdigheter er ikke bare materielle, som jobb og bolig, men også emosjonelt og mentalt stress. Motivasjonsbarrierer og læring: Deltakerne rapporterte mangel på selvtillit knyttet til bruk av IKT, noe som hindret dem i å tilegne seg digital kompetanse. Deltakerne snakket om at de ikke visste hvordan de skal bruke grunnleggende funksjoner som epost, tekstmeldinger, å ringe, sosiale media og å navigere i nettlesere eller Microsoft Office.	
Sadasivaiah 2019	Helse	Å undersøke interessen for en pasientportal blant pasienter innlagt på et "safety-net"-sykehus, hvordan interessen varierer avhengig av sosiodemografiske karakteristikk og barrierene blant dem som ikke tar i bruk portalen.	Kvantitativ. Sykepleiere registrerte av interesse for bruk, samt årsaker til ikke bruk, i elektronisk pasientjournal som del av klinisk praksis ved innleggelse.	Pasienter innlagt på sykehus (n=23995 innleggelse; n=16507 unike pasienter)	Pasientportaler	Pasientene rapporterte interesse for portalen ved 35,9 % av innleggelsene. Oftest dokumentert årsak for ikke interesse: Ikke interessert (41.7%); ikke i stand til å bruke eller ha tilgang til PC eller internett (29,6%); snakker ikke engelsk (11,2%), fysisk eller mentalt ikke i stand (8,7%); sikkerhetsbetyrninger (0,03%), ikke nyttig (0,16%). Blant de 16507 unike pasientene i utvalget var interessen for å bruke portalen lavest blant eldre, African Americans, ikke-engelsk språklige og hjemløse.	USA
Sarkar 2010	Helse	Å undersøke om bruken av en nettbasert pasientportal var ulik blant dem som rapporterte lav health literacy, sammenlignet med dem som ikke gjorde det.	Kvantitativ. Survey	Pasienter med diabetes (n=14102)	Pasientportal	Lav health literacy er en barriere for å logge inn i pasientportalen og å bruke den. - Bruk av pasientportalen var mye lavere blant de som rapporterte lav health literacy, sammenlignet med dem som rapporterte tilstrekkelig health literacy. - De med lav health literacy registrerte seg / logget sjeldnere inn i portalen enn de med tilstrekkelig health literacy, noe som indikerer også mangel på tilgang til datautstyr og internett. - Selv etter å ha kontrollert for tilgang til datautstyr/internett, hadde brukere med begrenset health literacy mindre sannsynlighet for å aktivere pasientportal-kontoen sin, logge inn vha. personlig bruker navn og passord, og å bruke noen av funksjonene. Dette indikerer at de med begrenset health literacy også kan ha problemer med å navigere i en nettbasert pasientportal - Den funksjonen som var oftest brukt (på tvers av literacy-nivå), var å se på lab-resultater, en nokså passiv funksjon sammenlignet med mer aktivt interaktive funksjoner som å gjøre en avtale eller å sende epost til helsepersonell, noe som indikerer at det å navigere i mer komplekse digitale oppgaver kan være en barriere.	USA
Schuster 2022	Velferd (social services)	1) Har kvinner som har sittet i fengsel tilstrekkelig internetttilgang, bruker de internett for helseinformasjon, hvor går de på internett når de søker etter helseinformasjon, hvilken type helseinformasjon søker de etter. 2) Hvor pålitelig opplever deltakerne at helseinformasjonen er, og hvilke metoder bruker de for å verifisere informasjonen?	Mixed methods: Intervju. Kvalitativ og kvantitativ analyse	Kvinner som sittet i fengsel (n=74)	Helseinformasjon på internett	Tillit: Begrenset eller manglende tillit til helseinformasjon på internett. Brukeropplevelse: Informasjon på nettet oppleves ufiltrert og overveldende, kan føre til katastrofetenkning.	USA
Senft 2018	Helse	1) Å undersøke forholdet mellom pasienters negative erfaringer helsetjenester (nærmere bestemt lav pasientsentrering og problemer med koordinering av tjenester) og bruk av ulike eHelse-verktøy. 2) Å undersøke om utdanningsnivå påvirker forholdet mellom bruk av	Kvantitativ. Survey. Data fra en nasjonal tverrsnitts befolkningsstudie.	Pasienter (n=2612)	eHelse-aktiviteter** av to hovedtyper: 1) aktiviteter der innbyggere kommuniserer med helsepersonell og 2) aktiviteter som kan brukes	Bruk av eHelseaktiviteter der innbyggere kommuniserer med helsepersonell: Negative erfaringer med helsevesenet var ikke assosiert med bruk av slike aktiviteter totalt sett eller blant brukere med høy utdanning, mens de med lavere utdanning mer sannsynlig brukte slike dersom de hadde erfart problemer med koordinering av tjenester. Digitale verktøy som innbyggere kan bruke uavhengig av helsepersonell: Overordnet sett, var det større sannsynlighet for at innbyggere brukte slike løsninger når de hadde negative erfaringer med helsetjenester (erfart lav koordinering av tjenester eller lav pasientsentretthet)	USA

		eHelse-verktøy og de negative erfaringene			uavhengig av helsepersonell	Ettersom studien er en tverrsnittsstudie sier den ingenting om årsak og virkning, dvs. at den ikke kan si om bruk av digitale verktøy er et resultat av negative erfaringer. Men funnene antyder at innbyggere bruker digitale verktøy for å bøte på mangler de har opplevd i helsevesenet.	
Seo 2020	Velferd (tilbake til samfunnet etter fengsel)	Å identifisere utfordringer som kvinner som har vært i fengsel, møter når det gjelder tilgang til og bruk av digital teknologi	Kvalitativ. Intervju.	Kvinner som har vært i fengsel (n=75)	mHelse	<p>Sosiale barrierer: Vanskelig boligsituasjon og økonomisk situasjon påvirket kvinnenes mulighet til å få tilgang til og å bruke relevant teknologi. Coronapandemien forverret situasjonen fordi flere av informantene mistet jobben, og steder med tilgang til publikums-PC ble stengt.</p> <p>Lav selvtillit og mestringsstro: For noen av deltakerne var lav mestringsstro knyttet til utfordringer med mental helse, som sinneutfordringer når de skal prøve å lære å bruke PC eller internett.</p> <p>Tilgangsbarrierer: Mangel på hardware og internettilgang (ikke for alle). Cirka halvparten hadde PC, men mange var ikke i stand til å bruke den pga. manglende internett eller fordi PC-en var ødelagt. Vanskelig å bruke mobilen til å finne ledige jobber og å søke jobber. Dårlig økonomi. Noen har vært hjemløse, har bodd på krisesenter eller i bilen.</p> <p>Personvern: strukturelle og individuelle barrierer. Ustabil tilknytning til arbeidslivet, ustabil bosituasjon, bekymring for overvåkning og å bli misbrukt av eks-partner - slike faktorer påvirket kvinnenes vurdering av risiko og nytte når det gjaldt personvern og måter de setter grenser for privatlivet online. Noen er redde for hackere etc. hvis de legger inn personlig informasjon på nett. Nyansene av dette funnet: Informantene mente at de ikke hadde noe å skjule eller miste, en forståelse som viser en litt begrenset forståelse av personvern</p>	USA
Seo 2021	Velferd (tilbake til samfunnet etter fengsel)	<p>Å forstå utfordringene som kvinner som har vært i fengsel, står overfor når det gjelder tilgang til og bruk av teknologi og hvordan opplæringsprogram kan utvikles for å støtte disse kvinnenes opplæring i å bruke digital teknologi.</p> <p>RQs: 1) Hva er de mest sentrale barrierene kvinnene står overfor før og under covid-19-pandemien når det gjelder tilgang til og bruk av teknologi? Hvordan påvirker sosialpsykologiske karakteristikk og teknologitilgang kvinnenes læring?</p>	Kvalitativ. Intervjuer	Kvinner som har vært i fengsel (n=75)****	Digital teknologi	<p>Tilgangsbarrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mange deltakere sa at den eneste PC-en de hadde i huset, var den som barna hadde fått fra skolen for hjemmeskole under covid-19-pandemien. - Noen hadde mobiltelefon uten internettilgang. - Noen deltakere fortalte at de hadde PC; men at de ikke kunne bruke den pga. at de ikke hadde internettilgang eller at PC-en var ødelagt. - Kvinnenes usikre situasjon med tanke på bosted og økonomi påvirket tilgangen til og bruken av relevant teknologi. Covid-19-pandemien forverret situasjonen ettersom en del av deltakerne mistet jobben og fordi offentlige steder med publikums-PC-er ble stengt. - En del funksjoner er vanskelig å bruke på smarttelefon. <p>Økonomisk barriere: Mange deltakere forfalte at økonomiske vanskeligheter var hovedbarrieren for tilgang til og bruk av teknologi.</p> <p>Liten erfaring: Noen deltakere hadde ingen erfaring med PC, mens andre brukte datautstyr daglig.</p> <p>Utfordringer knyttet til læring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uavhengig av erfaring, så opplevde de fleste spesifikke barrierer når det gjelder å bli kjent med teknologi. - En av de mest frekvente identifiserte barrierene var mangel på selvtillit når det gjelder å tilegne seg digitale ferdigheter. - Noen av deltakerne følte seg ikke smart nok, eller ble irritert i samtaler om erfaring med å lære seg å bruke teknologi <p>Personvern/digital kompetanse: Å ikke vite hvordan man skal beskytte seg selv online, og derfor foretrekke å holde seg offline. Noen uttrykte ubehag med å være online, ettersom de følte seg overvåket, at noen ser på dem eller lytter når de er på nett.</p>	USA
Sourbati 2009	Velferd (public and welfare services)	Å undersøke om og hvordan internettilgang ble introdusert i hverdagen i eldreheim/omsorgsboliger, og hvilke	Kvalitativ. Observasjon og intervju.	Beboere (n=18) på eldreheim/omsorgsbolig som bruker helse- og	Velferdsinformasjon og -tjenester på internett	<p>Barrierer for beboerne:</p> <p>Digital kompetanse: Lav kompetanse om hardware; ideen om digitale helsetjenester var fremmed (selv om de var positive til internett som underholdning og til å holde kontakt med</p>	UK

		perspektiver brukerne har på tanken om å ha tilgang til velferdsinformasjon og -tjenester på internett	(Datainnsamlingen er gjort i 2002-2003)	velferdstjenester og ansatte (n=6)		andre); de verken trengte eller ønsker digitale helsetjenester som online resept eller å bestille timer Holdningsbarrierer: negativ holdning til tilgang til helse- og omsorgsrelatert informasjon og støtte online. Motstanden mot internett-tjenester var et forsvar mot isolasjon. Deltakerne forventet at overgangen til digitale tjenester ville redusere kontakten med omsorgsarbeiderne, og at de ville miste verdifull sosial kontakt.	
Spanhel 2019	Helse	Å utforske behovet for kulturell tilpasning av en internettbasert intervensjon for flykninger og for å identifisere de elementene som kan trenge en slik kulturell tilpasning for å legge til rette for en forbedret brukeropplevelse.	Kvalitativ. Brukskvalitets***-studie. Tenke-høyt-metode og intervju.	Flykninger (n=6) og helsepersonell (n=6)	Nettbasert intervensjon for søvnproblemer.	Sosiale barrierer: - Flykningenes problemer og stressfaktorer: Årsakene til søvnproblemer blant flykningene er annerledes enn for den vestlige befolkningens, og da passer ikke rådene i nettløsningen. Praktiske råd som hvordan man kan forberede soverommet for best mulig søvn, passer ikke til flykningenes bosituasjon; - Flykningenes hverdagsvaner: noen er ikke like vant til å strukturere dagene etter klokke eller kalender som vestlig befolkning; noen kan ikke lese, har ikke tatt utdanning mens landet deres har vært i krig, og klarer ikke å forholde seg til abstrakte konsepter, trenger bilder/grafikk og enkelt språk, ikke metaforer og tvetydige begrep; - bl.a. basert på religion er mange vant til en fellesskapstenkning, dvs. familien eller klanen er ansvarlig for hverandre, mindre individuelt ansvar; Helserelaterte barrierer, helsekompetanse: Flykningenes oppfatning av sykdom og behandling: Noen flykninger er ikke kjent med mentale helseproblemer, eller interessert i å få kunnskap. Mentale helseproblemer kan være stigmatisert og tabu. Mistillit til helsepersonell.	Tyskland
Stein 2018	Helse	1) Å evaluere en intervensjon som lærer pasienter innlagt på sykehus hvordan de skal få tilgang til og bruke sin online pasientportal (EHR online portal) 2) Å beskrive opplevelser av og tilgang til pasientportalen, og å øke bruken av den blant innlagte pasienter	Randomisert studie med kontrollgruppe. Intervensjonen var en opplæring i bruk av portalen.	Innlagte, sårbare pasienter (offentlig sykehus i USA) (n=70; 47 i intervensjonsarmen og 23 i kontrollgruppa)	Pasientportal	Barrierer: En stor andel av potensielle brukere av portalen, bruker ikke e-post. Bare 43 % av potensielle deltakere hadde en funksjonell e-postadresse. (pasienter med kognitive og språklige barrierer var allerede ekskludert). For å få tilgang til portaler fra sykehus og klinikker, kreves det i mange tilfeller en epostadresse for å komme i gang. (Det foreslås at det må utvikles andre måter pasientene kan få tilgang på; særlig hvis man håper å nå sårbare pasienter)	USA
Tieu 2016	Helse	1) Å identifisere barrierer for bruk av pasientportal-nettsider blant en sammensatt gruppe pasienter og pårørende. 2) Å undersøke sammenhengen mellom lav helsekompetanse og barrierene knyttet til navigering og å tolke innholdet på nettsiden.	Kvalitativ. Brukskvalitetsmetoder Observasjon. Tenke-høyt-intervjuer. Survey.	Pasienter med kroniske sykdommer (n=23) og pårørende (n=2) i en såkalt "safety net setting"	Pasientportal	Barrierer av ulike kategorier: Digital kompetanse: 1) Mangel på grunnleggende digitale ferdigheter som å bruke tastatur, å logge inn, å bruke mus og å bruke søkemotorer. Denne barrieren var tydelig relatert til manglende erfaring med å bruke datautstyr; 2) Manglende rutineferdigheter i bruk av digitale verktøy, som å skrive riktig, å navigere på nettsider; Språk-/forståelsesbarrierer: 3) Lese- eller skrivebarrierer, inkludert utfordringer med å forstå; 4) Problemer med å kjenne til, å kjenne igjen og å bruke medisinsk informasjon Deltakere med lav helsekompetanse hadde lavere interesse for å bruke internett, og kunne utføre færre oppgaver uten hjelp, som å finne behandlingsplanen sin og å tolke testresultater.	USA
Watson 2021	Helse	Å vurdere om teknologi, tilgang og demografiske faktorer påvirker broken av avstandsbehandling blant personer med psykose, og om demografiske faktorer er assosiert med digital eksklusjon.	Kvantitativ: Survey.	Personer med psykose (n=51)	Avstandsoppfølging	Tilgangsbarrierer: Ikke raskt nok internett for video-behandling, ikke stor nok skjerm Personvern: Har ikke et egnet privat sted i hjemmet til å gjennomføre avstandsbehandling Tillit: Mistillit til avstandsbehandling, bekymringer for datasikkerhet.	UK
Webber 2021	Helse	Å finne ut om pasientene har tilgang til internett og datautstyr, om de er klar for å bruke det, og hva som er barrierer for å bruke telemedisin og virtuelle helsetjenester	Kvantitativ. Survey før og etter covid 19.	Pasienter ved en urban primærhelseklinikk (i 2019 n=168; i 2020 n=99)	Internett og telemedisin	Tilgangsbarrierer: I surveyen før covid hadde 18,5% av respondentene ikke tilgang til verken telefon eller PC de kunne gjennomføre telekonsultasjoner på, mens andelen etter covid var 15.7 %. Manglende interesse: En stor andel av respondentene var ikke interessert i å prøve videokonsultasjoner. I surveyen før covid var det 70 % som ikke var interessert i videokonsultasjoner, mens andelen hadde sunket til 63 % etter covid.	USA

						Manglende kjennskap til verktøyene: En stor andel av respondentene kjente ikke til muligheten for videokonsultasjoner. Før covid var det 73 % av respondentene som ikke kjente til muligheten, mens denne andelen sank til 57 % etter covid.	
Yim 2021	Helse	Å undersøke erfaringene, behovene, verdiene og holdningene blant to grupper når det gjelder online intervensjoner for spiseforstyrrelser, og hva som er fasilitatorer og barrierer for å optimalisere bruken av slike intervensjoner.	Kvalitativt. Fokusgrupper og individuelle intervjuer	Personer med spiseforstyrrelser (fokusgrupper (n=5), telefonintervju (n=10)) og helsepersonell (telefonintervju, n=12)	Selvhjelp på internett	Motivasjonsbarrierer: Å gjennomføre selv-hjelp stiller høye krav til motivasjon. Manglende kjennskap til verktøyene: Brukerne var ikke klar over at det finnes online selvhjelpsprogrammer for spiseforstyrrelser. Brukskvalitet: Mange deltakere la stor vekt på betydningen av brukskvalitet. Programmet må kreve så liten innsats som mulig å bruke, og inneholde minimalt med medisinsk fagspråk.	UK
Yu 2021	Helse	Å undersøke to aspekt av mHelse- bruk blant to grupper innvandrere: 1) Gir dagens mobilteknologi disse gruppene mulighet til å ha tilgang til mHelse? 2)Hva er nøkkelfaktorene for at disse gruppene skal nyttiggjøre seg en app for egenhåndtering av diabetes?	Mixed-methods. Survey og intervju.	Innvandrere med diabetes (survey n=118, intervjuer n=24))	App for self-management av diabetes	Liten erfaring: Halvparten av deltakerne i surveyen hadde ikke brukt teknologi for helserelaterte formål. Læring: - En viss grad av "teknologi-angst" kan være en barriere for læring. - Mangel på hjelp fra noen for å lære å bruke appen (av dem som fikk hjelp: familien var en avgjørende kilde til teknisk support). Brukskvalitet: Appen er komplisert fordi de må navigere gjennom flere skjermbilder. Helserelaterte barrierer: Dårlig syn.	USA

*Kun resultater om barrierer er ekstrahert fra hver studie, ikke andre resultater (om for eksempel bruksmønster)

**eHelse defineres som helsetjenester og helseinformasjon som leveres eller forbedre gjennom internett og relatert teknologi)

*** Brukskvalitet er anbefalt norsk oversettelse av *usability*

**** Samme utvalg som Seo et al (2020)

Referanser, alle inkluderte artikler

- Albon D, Van Citters AD, Ong T, Dieni O, Dowd C, Willis A, Sabadosa KA, Scalia P, Reno K, Oates GR, Schechter MS: *Telehealth use in cystic fibrosis during COVID-19: Association with race, ethnicity, and socioeconomic factors*. Journal of Cystic Fibrosis, 2021, 20:49-54
- Allison BA, Rea S, Mikesell L, Perry MF: *Adolescent and Parent Perceptions of Telehealth Visits: A Mixed-Methods Study*. Journal of Adolescent Health, 2022, 70(3): 403-413.
- Almond H, Cummings E, Turner P: *Empowerment, Digital Literacy and Shared Digital Health Records: The Value of 'nothing about me without me'*. Studies in Health Technology and Informatics, 2019, 266: 13-19.
- Arighi A, Fumagalli GG, Carandini T, Pietroboni AM, De Riz MA, Galimberti D, Scarpini E: *Facing the digital divide into a dementia clinic during COVID-19 pandemic: caregiver age matters*. Neurological Sciences, 2021, 42(4), 1247-1251.
- Baker S, Warburton J, Hodgins S, Pascal J: *The supportive network: rural disadvantaged older people and ICT*. Ageing & Society, 2017, 37(6): 1291-1309.
- Bernaerdt J, Moerenhout T, Devisch I: *Vulnerable patients' attitudes towards sharing medical data and granular control in patient portal systems: an interview study*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2021 27(2), 429-437
- Bletscher CG: *Communication Technology and Social Integration: Access and Use of Communication Technologies Among Floridian Resettled Refugees*. Journal of International Migration and Integration, 2020, 21(2): 431-451.
- Blomberg M, Altschwager D, Seo H, Booton E, Nwachukwu M: *Digital divide and marginalized women during COVID-19: a study of women recently released from prison*. Information, Communication & Society, 2021, 24(14), 2113-2132.
- Buchanan S, Tuckerman L: *The information behaviours of disadvantaged and disengaged adolescents*. Journal of Documentation, 2016, 72(3).
- Casillas A, Perez-Aguilar G, Abhat A, Gutierrez H, Olmos T, Mendez C, Mahajan A, Brown A, Moreno G: *Su salud a la mano (your health at hand): patient perceptions about a bilingual patient portal in the Los Angeles safety net*. Journal of the American Medical Informatics Association, 2019, 26(12): 1525-1535.
- Choi NG, DiNitto DM: *The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use*. Journal of Medical Internet Research (JMIR), 2013, 15(5): e93.
- Choi NG, DiNitto DM, Lee OEK, Choi BY: *Internet and Health Information Technology Use and Psychological Distress Among Older Adults With Self-Reported Vision Impairment: Case-Control Study*. Journal of Medical Internet Research (JMIR), 2020, 22(6): e17294.
- Darcourt JG, Aparicio K, Dorsey PM, Ensor JE, Zsigmond EM, Wong ST, Ezena CF, Puppala M, Heyne KE, Geyer CE, Phillips RA, Schwartz RL, Chang JC: *Analysis of the implementation of telehealth visits for care of patients with cancer in Houston during the COVID-19 pandemic*. JCO Oncology Practice, 2021, 17(1), e36-e43.
- Floch J, Vilarinho T, Zetl A, Ibanez-Sanchez G, Calvo-Lerma J, Stav E, Haro PH, Aalberg AL, Fides-Valero A, Montón JLB: *Users' Experiences of a Mobile health Self-Management Approach for the Treatment of Cystic Fibrosis: Mixed-Methods Study*. JMIR Mhealth Uhealth, 2020, 8(7).
- Freeman T, Fisher M, Foley K, Boyd MA, Ward PR, McMichael G, Zimmermann A, Dekker G: *Barriers to digital health services among people living in areas of socioeconomic disadvantage: Research from hospital diabetes and antenatal clinics*. Health Promotion Journal of Australia, 2021, 00:1-7.
- Goedhart NS, Broerse JEW, Kattouw R, Dedding C: *'Just having a computer doesn't make sense': The digital divide from the perspective of mothers with a low socio-economic position*. 2019, New Media & Society 21(11-12), 2347-2365.
- Gordon H, Solanki P, Bokhour BG, Gopal RK: *"I'm not feeling like I'm part of the conversation" Patients' perspectives on communicating in clinical video telehealth visits*. 2020. J Gen Intern Med 35(6): 1751-1758.
- Grossman LV, Masterson Creber RM, Ancker JS, Ryan B, Polubriaginof F, Qian M, Alarcon I, Restaino S, Bakken S, Hripscak G, Vawdrey DK: *Technology Access, Technical Assistance, and Disparities in Inpatient Portal Use*. Applied Clinical Informatics, 2019, 10(1): 40-50.

19. Haun JN, Lind JD, Shimada SL, Martin TL, Gosline RM, Antinori N, Stewart M, Simon SR: *Evaluating user experiences of the secure messaging tool on the Veterans Affairs' patient portal system*. Journal of Medical Internet Research (JMIR), 2014, 16(3): e75.
20. Kaihlanen AM, Virtanen L, Buchert U, Safarov N, Valkonen P, Hietapakka L, Hörhammer I, Kujala S, Kouvonon A, Heponiemi T: *Towards digital health equity-a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era*. BMC Health Services Research, 2022, 22(1), 1-12.
21. Lea AN, Altschuler A, Leibowitz AS, Levine-Hall T, McNeely J, Silverberg MJ, Satre DD: *Patient and provider perspectives on self-administered electronic substance use and mental health screening in HIV primary care*. Addiction science & clinical practice, 2022, 17(1), 1-10.
22. Liu P, Astudillo K, Velez D, Kelley L, Cobbs-Lomax D, Spatz ES: *Use of Mobile Health Applications in Low-Income Populations: A Prospective Study of Facilitators and Barriers*. Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes, 2020, 13(9), e007031.
23. Luo J, White-Means S: *Evaluating the Potential Use of Smartphone Apps for Diabetes Self-Management in an Underserved Population: A Qualitative Approach*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(18), 9886.
24. Lyles CR, Sarkar U, Ralston JD, Adler N, Schillinger D, Moffet HH, Huang ES, Karter AJ: *Patient-provider communication and trust in relation to use of an online patient portal among diabetes patients: The Diabetes and Aging Study*. Journal of the American Medical Informatics Association, 2013, 20(6): 1128-1131.
25. Maneze D, Weaver R, Kovai V, Salamonson Y, Astroga C, Yogendran D, Everett B: *"Some say no, some say yes": Receiving inconsistent or insufficient information from healthcare professionals and consequences for diabetes self-management: A qualitative study in patients with type 2 diabetes*. Diabetes Research and Clinical Practice, 2019, 156: 107830.
26. Matthews EB, Savoy M, Paranjape A, Washington D, Hackney T, Galis D, Zisman-Ilani Y: *Acceptability of Health Information Exchange and Patient Portal Use in Depression Care Among Underrepresented Patients*. Journal of General Internal Medicine, 2022, 1-9.
27. Mishuris RG, Stewart M, Fix GM, Marcello T, McInnes DK, Hogan TP, Boardman JB, Simon SR: *Barriers to patient portal access among veterans receiving home-based primary care: A qualitative study*. Health Expectations, 2015, 18(6), 2296-2305.
28. Reisdorf BC, DeCook JR: *Locked up and left out: Formerly incarcerated people in the context of digital inclusion*. New Media & Society, 2022, 24(2), 478-495.
29. Sadasivaiah S, Lyles CR, Kiyoi S, Wong P, Ratanawongsa N: *Disparities in Patient-Reported Interest in Web-Based Patient Portals: Survey at an Urban Academic Safety-Net Hospital*. Journal of Medical Internet Research (JMIR), 2019, 21(3).
30. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Adler NE, Nguyen R, Lopez A, Schillinger D: *The literacy divide: health literacy and the use of an internet-based patient portal in an integrated health system-results from the diabetes study of northern California (DISTANCE)*. Journal of Health Communication, 2010, 15 Suppl 2: 183-196.
31. Schuster B, Britton H, Seo H, Altschwager D, Booton E, Ault M, Wickliffe J, Ramaswamy M: *"I Don't Just Take Whatever They Hand to Me": How Women Recently Released from Incarceration Access Internet Health Information*. Women & Criminal Justice, 2022, 1-17.
32. Senft N, Everson J: *eHealth Engagement as a Response to Negative Healthcare Experiences: Cross-Sectional Survey Analysis*. Journal of Medical Internet Research (JMIR), 2018, 20(12): e11034.
33. Seo H, Britton H, Ramaswamy M, Altschwager D, Blomberg M, Aromona S, Schuster B, Booton E, Ault M, Wickliffe J: *Returning to the digital world: Digital technology use and privacy management of women transitioning from incarceration*. New Media & Society, 2020, 00(0), 1-27. Article first published online October 20, 2020; Issue published March 1, 2022
34. Seo H, Altschwager D, Choi BY, Song S, Britton H, Ramaswamy M, Schuster B, Ault M, Ayinala K, Zaman R, Tihen B, Yenugu, L: *Informal technology education for women transitioning from incarceration*. ACM Transactions on Computing Education (TOCE), 2021, 21(2), article 16.
35. Sourbati M: *'It could be useful, but not for me at the moment': older people, internet access and e-public service provision*. New Media & Society, 2009, 11(7): 1083-1100.
36. Spanhel K, Schweizer JS, Wirsching D, Lehr D, Baumeister H, Bengel J, Sander L: *Cultural adaptation of internet interventions for refugees: Results from a user experience study in Germany*. Internet Interventions, 2019, 18, 100252.
37. Stein JN, Klein JW, Payne TH, Jackson SL, Peacock S, Oster NV, Carpenter TP, Elmore JG. *Communicating with Vulnerable Patient Populations: A Randomized Intervention to Teach Inpatients to Use the Electronic Patient Portal*. Applied Clinical Informatics, 2018, 9(4): 875-883.
38. Tieu L., Schillinger D, Sarkar U, Hoskote M, Hanh KJ, Ratanawongsa N, Ralston JD, Lyles CR: *Online patient websites for electronic health record access among vulnerable populations: portals to nowhere?* Journal of the American Medical Informatics Association, 2016, 24(e1): e47-e54.
39. Watson A, Mellotte H, Hardy A, Peters E, Keen N, Kane F: *The digital divide: factors impacting on uptake of remote therapy in a South London psychological therapy service for people with psychosis*. Journal of Mental Health, 2021, DOI: 10.1080/09638237.2021.1952955
40. Webber EC, McMillen BD, Willis DR: *Health Care Disparities and Access to Video visits Before and After the COVID-19 Pandemic: Findings from a Patient Survey in Primary Care*. Telemedicine and eHealth 2021, doi: 10.1089/tmj. 2021.0126
41. Yim SE, Spencer L, Gordon G, Allen KL, Musiat P, Schmidt U: *Views on online self-help programmes from people with eating disorders and their carers in UK*. European Journal of Public Health, 2021, 31, Supplement 1, i88-i93
42. Yu K, Wu S, Liu R, Chi I: *Harnessing mobile technology to support type 2 diabetes self-management among Chinese and Hispanic immigrants: a mixed-methods acceptability study*. Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work, 2021, DOI: 10.1080/15313204.2021.1949775