SUNDHEDSTEKNOLOGI

BILAG IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSTEKNOLOGI

Sundhedsprofessionelles, ingeniørers og it-specialisters syn på og forventninger til implementering af teknologi i sundhedssektoren

Et samarbejde mellem DSR, FOA, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter og IDA

Analysen bygger på en tværfaglig spørgeundersøgelse blandt knap 1.200 sundhedsprofessionelle medlemmer af de faglige organisationer FOA, Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter samt ca. 500 ingeniører og it-professionelle medlemmer af IDA, der alle beskæftiger sig med forskellige former for udvikling og implementering af sundhedsteknologi.

Dette bilag er baseret på et kandidatspeciale ved Økonomisk Institut, Københavns Universitet. Metodiske detaljer, regressionsoutput, robusthedstjek og litteraturhenvisninger findes i specialet. Interesserede læsere henvises hertil for yderligere dokumentation.

FOR YDERLIGERE INFORMATION, KONTAKT

Presse : Nicolai Kromann Pein
Analyse : Klaus Jørgensen
Politik : Anne Brandt

Baggrund: Fra workshop til hypoteser

I juni 2025 afholdt IDA et netværksmøde på Folkemødet med titlen "AI i praksis: Hvordan skaber vi organisatorisk og kompetencemæssig parathed i sundhedsvæsenet?". Mødet samlede 22 deltagere fra det danske sundhedsteknologiske økosystem, herunder lægefaglige og sundhedsfaglige ledelsesprofiler, regionale og statslige aktører, tekniske og digitale profiler, teknologivirksomheder, universitetsforskere samt branche- og interesseorganisationer.

Deltagerne fremhævede en række tilbagevendende temaer, som blev brugt til at strukturere hypoteserne i analysen:

- bekymringer om jobtab og ansvarsforskydning, og at AI opleves som demotiverende, når det erfares som noget der fjerner faglige opgaver frem for at frigøre kapacitet til kernearbejde
- behovet for organisatorisk forankring, ledelsesopbakning og kompetencemæssig parathed
- behovet for at bringe STEM-profiler tættere på klinisk praksis og styrke tværfagligt samarbejde
- samt at små pilotprojekter med synlige resultater kan skabe momentum
- og at erfaringer fra sammenlignelige arbejdspladser kan hjælpe tøvende fagprofessionelle med at opbygge tillid til teknologien.

På baggrund af disse temaer indgik IDA et samarbejde med DSR, FOA, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter om at indsamle data. Det er første gang, at de fem organisationer har udført en fælles undersøgelse på tværs af både dem, der bruger teknologien i klinisk praksis, og dem, der udvikler og implementerer den. Dataindsamlingen er gennemført som del af et kandidatspeciale ved Økonomisk Institut, Københavns Universitet, der anvender statistiske metoder til systematisk at teste de sammenhænge, deltagerne på mødet pegede på.

Hvad måler analysen?

Analysen måler forventninger og perceptioner før implementering. Spørgsmålene er stillet til medarbejdere og fagprofessionelle om, hvad de forventer af ny sundhedsteknologi, før den er fuldt implementeret i hverdagen. Det er ikke en vurdering af, hvad der faktisk sker, når teknologien er i brug, men af de forventninger og holdninger, der former, om implementeringen overhovedet lykkes. Resultaterne fra observationsmodellerne er sammenhænge, ikke årsagsforhold. Kun de to indlejrede surveyeksperimenter giver mulighed for at tale om årsagseffekter.

På grund af lave svarprocenter skal resultaterne læses som mønstre blandt respondenterne og ikke som repræsentative niveauer for alle medlemmer i organisationerne

Tre outcomes og analysens tilgang

Analysen undersøger tre adskilte dimensioner af, hvordan medarbejdere og fagprofessionelle forholder sig til sundhedsteknologi.

1) Den overordnede accept fanger den generelle holdning til at bruge teknologi i arbejdet.

2) Faglig komplementaritet måler, om sundhedsteknologi opleves som et supplement til det faglige arbejde; konkret om teknologien forventes at styrke fagligheden og forbedre borger- og patientforløb.
3) Den forventede reduktion i rutineopgaver fanger, i hvilken grad medarbejdere forventer, at teknologien kan reducere omfanget af rutinepræget arbejde. Det er ikke et direkte mål for arbejdskraftbesparelse eller joberstatning.

Disse tre dimensioner er adskilte: En medarbejder kan være generelt positiv over for teknologi uden at opleve den som fagligt styrkende, og kan forvente færre rutineopgaver uden at tolke det som en trussel.

Vigtigt om STEM-svarene

STEM-professionelle indgår ikke som kliniske brugere på samme måde som de sundhedsprofessionelle. Flere spørgsmål er derfor formuleret, så STEM-professionelle vurderer sundhedsteknologien fra et udviklings- og implementeringsperspektiv, ofte med fokus på, hvordan de forventer, at sundhedspersonalet vil opleve, bruge eller støtte teknologien. Sammenligninger mellem STEM-professionelle og sundhedsprofessionelle skal derfor læses som forskelle i fagligt perspektiv og forventninger til implementering, ikke som en direkte sammenligning af identiske brugeroplevelser.

Hvad betyder tallene? En note om metoden

De statistiske modeller (ordered logit) undersøger, om en given faktor, fx ledelsesopbakning, systematisk hænger sammen med en højere score på en skala fra 1 til 7, når vi holder alle andre faktorer konstante. I stedet for de tekniske koefficienter oversætter vi resultaterne til forventede gennemsnitsscore på skalaen. Det giver et intuitivt billede af, hvad en sammenhæng reelt indebærer i praksis. Når vi fx skriver, at acceptscoren hænger sammen med ledelsesopbakning på en måde, så scoren stiger fra 4,93 til 5,70, er det den forventede forskel på skalaen for to ellers ens respondenter, der kun adskiller sig på ledelsesopbakning. Resultaterne er robuste over for alternative modelspecifikationer med kontrolvariable.

Spørgeskemaets validering og faglige forankring

Spørgeskemaet er udviklet og kvalitetssikret i samarbejde med både akademiske institutioner og praktikere fra relevante fagmiljøer. Akademisk sparring er leveret af forskere tilknyttet Syddansk Universitet (SDU), Københavns Professionshøjskole og IT-Universitetet i København (ITU). Herudover er surveyet gennemgået i samarbejde med de fem deltagende faglige organisationer samt praktikere fra kommunale sundhedssektorer og Videnscenter for Velfærdsteknologi.

Surveydesignet bygger på Theoretical Framework of Acceptability (TFA), et anerkendt internationalt rammeværk for systematisk måling af teknologiaccept på tværs af faggrupper. De to vignette-eksperimenter er designet i overensstemmelse med GROVE-retningslinjen for vignette-eksperimenter i sundhedskontekster, med særlig opmærksomhed på neutral formulering, realistiske scenarier og klar

behandlingsvariation. Respondenternes vurdering af scenariernes realisme er indsamlet som del af surveyet i overensstemmelse med GROVE-kriterie 4.

Det brede validerings- og reviewforløb betyder, at spørgsmålene er testet for forståelighed og faglig relevans på tværs af de meget forskellige faggrupper i undersøgelsen. Faggruppernes forskellige roller i relation til sundhedsteknologi, som kliniske brugere på den ene side og udviklere og implementere på den anden, er taget i betragtning både i formuleringen af spørgsmål og i fortolkningen af resultaterne.

Del 1: Accept af sundhedsteknologi

Accept måler den overordnede holdning til at bruge ny sundhedsteknologi i arbejdet. På mødet blev der peget på, at accept ikke er en statisk egenskab ved respondenterne, men afhænger af de organisatoriske rammer, teknologien introduceres inden for.

H1: Forventet opgaveassistance og accept -Status: Ikke bekræftet
Hypotese: *Jo mere teknologien forventes at assistere med rutineopgaver, desto lavere ville accepten være, fordi bred opgaveassistance kan tolkes som en trussel mod den faglige identitet.*
Resultat: Hypotesen bekræftes ikke i sin oprindelige form. Resultatet peger i den modsatte retning: Højere forventning til opgaveassistance er forbundet med højere accept. Den forventede acceptscore stiger fra 5,15 til 6,09 på en 1-7 skala, når vi sammenligner lavest og højest forventning til opgaveassistance. (**; * for sundhedsprofessionelle alene)
Hvad betyder det: Blandt respondenterne ser teknologiens assisterende funktion ud til at blive forbundet med lettelse og supplement frem for trussel . Det er foreneligt med det, deltagerne på mødet pegede på: at teknologien opleves positivt, når den frigiver kapacitet til kernearbejdet.

H2: Ledelsesopbakning og accept - Status: Bekræftet
Hypotese: *Højere oplevet ledelsesopbakning hænger positivt sammen med accept af sundhedsteknologi.*
Resultat: Bekræftet på tværs af alle modeller. Den forventede acceptscore stiger fra 4,93 til 5,70, svarende til 0,77 skalatrin, når vi sammenligner respondenter med minimal og maksimal ledelsesopbakning. (***)
Hvad betyder det: Ledelsens opbakning hænger tydeligt sammen med, om respondenterne er positive over for teknologien. Det er foreneligt med det, deltagerne fremhævede om behovet for organisatorisk forankring fra ledelsens side.

H3: Parathed og accept - Status: Bekræftet
Hypotese: *Højere oplevet parathed til at bruge sundhedsteknologi hænger positivt sammen med accept.*
Resultat: Bekræftet, og for sundhedsprofessionelle er parathed den faktor, der hænger stærkest sammen med accept. Den forventede acceptscore stiger fra 4,98 til 6,21, svarende til 1,23 skalatrin, når vi sammenligner mindst og mest parate respondenter. (***)
Hvad betyder det: Oplevelsen af at være godt klædt på til at bruge teknologien hænger stærkt sammen med accept. Det understreger, at kompetenceudvikling og oplæring er en central forudsætning for positiv implementering.

H4: Faggruppe og accept - Status: Bekræftet
Hypotese: *Accept af sundhedsteknologi er forskellig mellem sundhedsprofessionelle og STEM-professionelle.*
Resultat: Bekræftet. Sundhedsprofessionelle har en højere forventet acceptscore i modellen (5,74) end STEM-professionelle (4,98). Forskellen er statistisk robust og holder, når vi kontrollerer for baggrundsfaktorer. (***)
Hvad betyder det: Forskellen peger på, at sundhedsprofessionelle og STEM-professionelle vurderer sundhedsteknologi fra forskellige faglige perspektiver. Sundhedsprofessionelle svarer som kliniske brugere, mens STEM-professionelle vurderer teknologien som udviklere, implementeringsaktører og med blik for sundhedspersonalets forventede oplevelse.

Del 2: Faglig komplementaritet

Faglig komplementaritet måler, om teknologien opleves som noget, der styrker og supplerer det faglige arbejde. Det er en mere specifik dimension end den generelle accept: man kan acceptere teknologien uden at opleve den som fagligt berigende.

H5: Forventet opgaveassistance og faglig komplementaritet - Status: Ikke bekræftet
Hypotese: *Jo mere teknologien forventes at assistere med rutineopgaver, desto mindre ville den opleves som et fagligt komplement, fordi opgaveassistance kan tolkes som faglig erstatning.*
Resultat: Hypotesen bekræftes ikke i sin oprindelige form. Sammenhængen er positiv og faktisk den stærkeste i hele analysen: Den forventede komplementaritetsscore stiger fra 4,24 til 6,17, næsten to skalatrin, når vi sammenligner lavest og højest forventning til opgaveassistance. Denne forskel er dobbelt så stor som den tilsvarende forskel for accept. (***)
Hvad betyder det: Jo mere teknologien forventes at assistere med rutineopgaver, desto mere hænger den sammen med oplevelsen af teknologien som et fagligt redskab. Respondenterne ser tilsyneladende i høj grad opgaveassistancen som noget, der styrker arbejdet frem for undergraver det.

H6: Ledelsesopbakning og faglig komplementaritet - Status: Bekræftet
Hypotese: *Højere ledelsesopbakning hænger positivt sammen med oplevelsen af teknologi som fagligt komplement.*
Resultat: Bekræftet. Sammenhængen mellem ledelsesopbakning og faglig komplementaritet er næsten dobbelt så stærk som sammenhængen mellem ledelsesopbakning og samlet accept. (***)
Hvad betyder det: Ledelsens rolle er særlig vigtig for, om respondenterne ser teknologien som noget, der styrker det faglige arbejde. Den organisatoriske signalværdi af ledelsesopbakning rækker ud over blot at øge generel accept.

H7: Parathed og faglig komplementaritet - Status: Bekræftet
Hypotese: *Højere parathed hænger positivt sammen med oplevelsen af teknologi som fagligt komplement.*
Resultat: Bekræftet for sundhedsprofessionelle på tværs af alle modeller. (***)
Hvad betyder det: Respondenterne, der føler sig godt klædt på, er mere tilbøjelige til at opleve teknologien som noget, der styrker det faglige arbejde, ikke kun som noget, de teknisk kan håndtere.

H8 – Faggruppe og faglig komplementaritet - Status: Bekræftet
Hypotese: ***Oplevelsen af teknologi som fagligt komplement er forskellig mellem faggrupperne, og STEM-professionelle forventes at have en mere instrumentelt positiv oplevelse.***
Resultat: Bekræftet, og resultatet er asymmetrisk: STEM-professionelle er forbundet med lavere samlet accept (4,98) men højere faglig komplementaritet (5,29 mod 4,79 for sundhedsprofessionelle). De to outcomes peger i modsat retning. (***)
Hvad betyder det: STEM-professionelle ser tilsyneladende teknologiens faglige potentiale tydeligere, men er mere forbeholdne over for, om implementeringen i praksis lever op til det potentiale. Forskellen afspejler to fundamentalt forskellige faglige perspektiver og skal tolkes i det lys.

Del 3: Forventet reduktion i rutineopgaver

Den tredje dimension måler, i hvilken grad medarbejdere forventer, at teknologien vil reducere omfanget af rutineopgaver inden for de næste tre år. Det er en effektivitetsforventning snarere end en direkte holdning til teknologien: man kan forvente færre rutineopgaver og opfatte det som en lettelse, eller man kan være bekymret for, at fagligt indhold forsvinder.

H9: Forventet opgaveassistance og rutineopgavereduktion - Status: Bekræftet
Hypotese: *Jo mere teknologien forventes at assistere med rutineopgaver, desto mere forventes rutineopgaveomfanget at falde.*
Resultat: Bekræftet. Sammenhængen er positiv og signifikant (***) i begge modeller. Det er bemærkelsesværdigt, at hverken ledelsesopbakning eller parathed er signifikant forbundet med denne forventning, hvilket adskiller sig fra mønsteret for accept og faglig komplementaritet.
Hvad betyder det: Forventningen om færre rutineopgaver hænger primært sammen med, hvad man forventer teknologien kan, ikke med de organisatoriske rammer. Det tyder på, at denne dimension afspejler en teknisk effektivitetsforventning mere end en organisatorisk vurdering.

H10: Faggruppe og rutineopgavereduktion - Status: Bekræftet
Hypotese: *STEM-professionelle forventer større rutineopgavereduktion end sundhedsprofessionelle.*
Resultat: STEM-professionelle er forbundet med en højere forventning om rutineopgavereduktion end sundhedsprofessionelle. (**) Blandt sundhedsprofessionelle er sygeplejersker den gruppe, der forventer størst reduktion i rutineopgaver, mens ergoterapeuter, SOSU-medarbejdere og fysioterapeuter ligger signifikant lavere.
Hvad betyder det: STEM-professionelle vurderer teknologien fra et udviklings- og implementeringsperspektiv og forventer i højere grad, at den kan reducere rutinepræget arbejde. Forskellene inden for sundhedsprofessionelle afspejler sandsynligvis, hvor teknologinære de enkelte faggrupper er i hverdagen.

Del 4: Hvilke dimensioner af accept påvirkes?

Ud over de tre overordnede outcomes undersøger analysen, hvilke specifikke dimensioner af respondenternes holdning der hænger sammen med forventningen til opgaveassistance og oplevet ledelsesopbakning. Det sker ved hjælp af Theoretical Framework of Acceptability (TFA), der opdeler accept i seks underliggende dimensioner.

Tabellen nedenfor viser sammenhængen for hver TFA-dimension. Stjernerne angiver styrken af sammenhængen: tre stjerner angiver en stærk og statistisk sikker sammenhæng, en stjerne angiver en svagere men statistisk sammenhæng, og ingen stjerne angiver ingen signifikant sammenhæng. Alle estimater er baseret udelukkende på sundhedsprofessionelle. TFA-itemene er formuleret som selvvurderinger af egne forventninger og er ikke sammenlignelige med STEM-respondenternes svar. Burden-dimensionen er ikke inkluderet, da itemet utilsigtet blev udeladt fra de sundhedsprofessionelles spørgeskema og derfor ikke kan estimeres på denne stikprøve.

TFA-dimension	Opgaveassistance	Ledelsesopbakning	Fortolkning
Affektiv attitude	**0,594 *****	**0,243 *****	Begge faktorer er positivt forbundet med respondenternes følelser over for teknologien. Opgaveassistance har den stærkeste sammenhæng.
Effectivness	**0,533 *****	0,057	Forventet opgaveassistance hænger stærkt sammen med forventningen om kvalitetsforbedringer. Ledelsesopbakning er ikke signifikant.
Ethicality	**0,515 *****	**0,260 *****	Begge faktorer hænger positivt sammen med oplevelsen af, at teknologien passer til respondenternes værdier.
Coherence	**0,366 *****	**0,241 *****	Begge faktorer hænger positivt sammen med forståelsen af, hvad teknologien betyder for arbejdsopgaverne.
Self-efficacy	**0,279 ***	**0,221 *****	Begge faktorer hænger positivt sammen med troen på, at man kan bruge teknologien korrekt. Ledelsesopbakning er stærkest.
Opportunity cost	**Ikke signifikat**	**Ikke signifikant**	For begge faktor er der ikke nogen signifikant sammenhæng med at man forventer en alternativ omkostning.

Mønsteret er konsistent: Forventet opgaveassistance og ledelsesopbakning hænger positivt sammen med accept primært gennem, hvordan respondenterne føler sig over for teknologien, om den passer til deres værdier, og om de forstår dens rolle i arbejdet. Det bemærkes, at burden-dimensionen, bekymringen for at miste fagligt interessante opgaver, ikke kan estimeres for sundhedsprofessionelle, da itemet utilsigtet blev udeladt fra deres spørgeskema. Denne dimension kræver derfor særlig opmærksomhed i den videre analyse og kan ikke belyses på tværs af faggrupper i denne undersøgelse.

Del 5: Personligt ansvar og accept

En supplerende analyse undersøger, om oplevelsen af personligt ansvar for teknologifejl ændrer sammenhængen mellem forventet opgaveassistance og accept. Resultatet er nuanceret:

Personlig ansvarlighed er i sig selv negativt forbundet med accept, når forventet opgaveassistance er lav. Samtidig er interaktionen mellem ansvarlighed og forventet opgaveassistance positiv og statistisk signifikant. Det betyder, at den positive sammenhæng mellem forventet opgaveassistance og accept er stærkere blandt respondenter, der oplever et højt personligt ansvar, hvis teknologien fører til fejl.

Det tyder på, at ansvarlighed og accept ikke nødvendigvis er i modstrid. Blandt respondenter med større personligt ansvar ser teknologisk assistance snarere ud til at være forbundet med højere accept, muligvis fordi assistance opleves som støtte i situationer, hvor konsekvenserne af fejl føles mere personligt påtrængende. Da modellen er eksplorativ og observationel, bør dette fortolkes som et suggestivt mønster snarere end som et kausalt fund.

Del 6: Eksperimentelle tests

De to eksperimenter giver mulighed for at måle årsagseffekter direkte. Respondenter er tilfældigt fordelt på forskellige versioner af et scenarie, så vi kan isolere effekten af et enkelt element, mens alt andet holdes konstant. Det er her, vi kan tale om årsagsforhold frem for blot sammenhænge. For STEM-professionelle måler eksperimenterne primært vurderinger af implementeringsstøtte og forventninger til sundhedspersonalets reaktioner, mens de for sundhedsprofessionelle i højere grad måler egen villighed til at tage AI-løsningen i brug. Begge eksperimenter bruger AI-scenarier. H12 bygger på et scenarie om sensorbaseret hjemmemonitorering, hvor en lille sensor i borgerens eget hjem registrerer ændringer i daglige mønstre og sender besked til personalet ved markante afvigelser. H11 bygger på et scenarie om en AI-assistent, der hjælper med at tilrettelægge sammenhængende behandlingsforløb ved at foreslå næste skridt i et borger- eller patientforløb. I begge scenarier er det altid personalet, der træffer den endelige beslutning. De præcise spørgeskemaformuleringer fremgår af specialets Appendix D.

H11: Sproget i kommunikationen (framing) - Status: Ikke bekræftet
Hypotese: *Vi forventede, at en AI-assistent til behandlingsforløb beskrevet som noget, der fjerner 20 pct. af rutineopgaverne, ville skabe lavere adoptionsvillighed end den samme løsning beskrevet som noget, der frigiver 20 pct. af personalets tid. De to formuleringer beskriver objektivt den samme ændring, men med forskellig sproglig indramning.*
Resultat: Ikke bekræftet. Der er ingen statistisk signifikant forskel i adoptionsvillighed på tværs af de to fremstillingsformer. Den konkrete gain/loss-formulering i eksperimentet ændrede ikke adoptionsvilligheden signifikant.
Hvad betyder det: Den specifikke sproglige indramning, om teknologien fjerner eller frigiver opgaver, har ikke en målbar effekt på villighed til at tage løsningen i brug. Det indikerer, at dybere organisatorisk forankring og parathed er vigtigere forudsætninger for accept end kommunikative justeringer. At resultatet holder specifikt for et AI-scenarie styrker konklusionen: det er rammerne, ikke teknologien i sig selv, der er den afgørende faktor**.**

H12: Information om erfaringer fra sammenlignelige arbejdspladser - Status: Delvist bekræftet
Hypotese: *Vi forventede, at information om, at en høj andel af sammenlignelige arbejdspladser allerede har taget en sensorbaseret hjemmemonitoreringsløsning i brug, ville øge adoptionsvilligheed. Respondenter fik tilfældigt oplyst, at enten 10, 30, 60 eller 90 pct. af tilsvarende arbejdspladser allerede anvender løsningen.*
Resultat: Delvist bekræftet. Peer adoption-signalet har en lille positiv effekt på adoptionsvillighed, som kan skelnes statistisk fra nul i modellen, men som er beskeden i praktisk størrelse. Den forventede villighed stiger fra 4,82 i 10 pct.-gruppen til ca. 5,15 i 60 og 90 pct.-grupperne, svarende til omtrent en tredjedel af et skalatrin. Der er ikke tegn på en stærk tærskel- eller tipping-point-effekt. Resultatet bør derfor tolkes som svag støtte til, at erfaringer fra sammenlignelige arbejdspladser kan påvirke villighed i positiv retning, ikke som evidens for en stærk diffusionseffekt.
Hvad betyder det: Information om, at sammenlignelige arbejdspladser allerede har taget en løsning i brug, kan have en mindre positiv betydning for adoptionsvillighed. Resultatet er foreneligt med workshopdeltagernes pointe om, at synlige erfaringer fra praksis kan skabe tillid, men effekten er beskeden og bør ses som et supplement til organisatorisk forankring, kompetenceudvikling og ledelsesopbakning.

Samlet konklusion

Analysen tegner et konsistent billede på tværs af alle tre outcomes: Forventninger til sundhedsteknologi hænger primært sammen med de organisatoriske og kompetencemæssige rammer, teknologien introduceres i. Forventet opgaveassistance, parathed og ledelsesopbakning er alle centrale faktorer, og de hænger særlig stærkt sammen med faglig komplementaritet.

Et centralt og overraskende fund er, at forventningen om, at teknologien kan assistere med rutineopgaver, hænger positivt sammen med både accept og faglig komplementaritet. Respondenterne tolker tilsyneladende opgaveassistancen som en lettelse og et supplement frem for en trussel mod fagligheden. Undtagelsen er bekymringen for at miste fagligt interessante opgaver, som ikke hænger signifikant sammen med hverken opgaveassistance eller ledelse, og som kræver særlig opmærksomhed.

STEM-professionelle og sundhedsprofessionelle vurderer teknologien fra fundamentalt forskellige faglige perspektiver. STEM-professionelle ser teknologiens faglige potentiale tydeligere, mens sundhedsprofessionelle er mere positive i den samlede acceptscore. Sammenligninger på tværs af de to grupper skal tolkes med dette forbehold.

Eksperimenterne viser, at den konkrete sproglige indramning af teknologien ikke ændrer adoptionsvillighed. Til gengæld har information om erfaringer fra sammenlignelige arbejdspladser en lille positiv effekt. Det indikerer, at synliggørelse af konkrete erfaringer fra praksis kan være et brugbart element i implementeringsstrategier, men at dybere organisatorisk forankring, kompetenceudvikling og ledelsesopbakning ser ud til at være centrale betingelser for positiv vurdering og implementeringsparathed.

SURVEY – SÅDAN GJORDE VI

analysen bygger på en tværfaglig spørgeundersøgelse blandt knap 1.200 sundhedsprofessionelle medlemmer af de faglige organisationer FOA, Dansk Sygeplejeråd, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter samt ca. 500 ingeniører og it-professionelle medlemmer af IDA, der alle beskæftiger sig med forskellige former for udvikling og implementering af sundhedsteknologi.

IDA ER TEKNOLOGIENS STEMME NR. 1

***- en forening for viden, netværk og interessevaretagelse**. Med over 180.000 medlemmer er IDA Danmarks største fagforening og faglige fællesskab for ingeniører, cand.scient'er og it-professionelle. Danmark kæmper sammen med resten af verden om at skabe vækst og job samtidig med, at vi får løst de store samfundsudfordringer, vi og resten af verden står over for. IDA arbejder for, at Danmark trækker det længste strå i denne sammenhæng, og vi arbejder på tværs af politiske skel - såvel lokalt, nationalt som internationalt.*