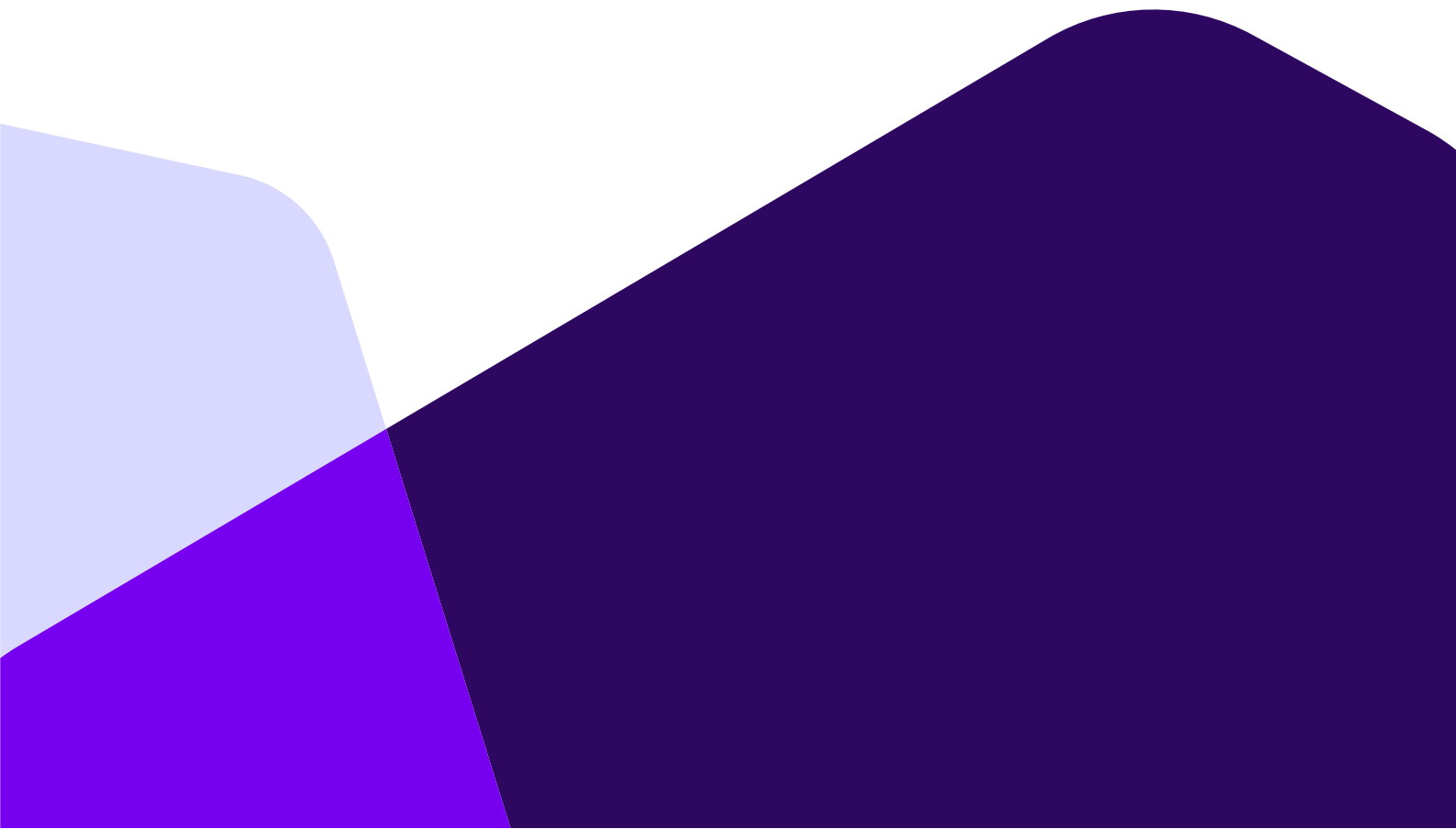


Mohammad Ibrahim Hussain, Osman Sindhu

En kvalitativ studie om motivasjon blant helsepersonell i møte med digitale konsultasjoner

«Hvordan påvirker bruken av digitale konsultasjoner motivasjonen til helsepersonell»



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for USN Handelshøyskolen

Institutt for økonomi, markedsføring og jus

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Mohammad Ibrahim Hussain, Osman Sindhu

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Forord

Det er med stor glede å presentere vår forskning innen motivasjon blant helsepersonell i lys av digitale konsultasjoner. Etter to år som master studenter hos Universitet Sørøst-Norge, markerer vi denne masteravhandlingen som slutten på vår reise. Prosjektet har vært en oppdagelsesreise fult med utforskning, refleksjoner og læring, dette gjelder spesielt for temaene for denne avhandlingen. Vi håper at resultatene og innsikten som presenteres her, vil være like interessant for deg som leser.

Vi vil starte å takke vår veileder Håvard Hansen for hans støtte og veiledning og faglig innsikt gjennom hele denne forskningsprosessen. Han har vært tilgjengelig for spørsmål og bidratt til med innspill der vi måtte stå fast. Hans bidrag har vært uvurderlig i utforming av dette prosjektet.

Videre vil vi rette stor takk til alle intervjuobjektene som har deltatt i dybdeintervjuene, og som bidro til med verdifull informasjon om tema gjennom deres erfaringer og synspunkter. Uten deres deltakelse og åpenhet ville ikke denne forskningen være mulig.

Til slutt vil vi takke våre nærmeste venner og familie som har vært med hele reisen og gitt oss støtte og oppmuntring. Deres tro på oss har vært en inspirerende og motiverende faktor for denne avhandlingen.

Sammendrag

I denne avhandlingen utforsker hvordan digitalisering av konsultasjoner påvirker motivasjonen blant helsepersonell i helsevesenet. Gjennom dybdeintervjuer sammen med leger og helsesekretærer har undersøkt deres synspunkter, opplevelser og utfordringer i møte med den økende bruken av digitale konsultasjoner. Vi har fokusert på temaet helsepersonellens motivasjon, og anvendt flere sentrale teorier for å analysere våre funn. Derfor har vi valgt å ha følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker bruken av digitale konsultasjoner motivasjonen til helsepersonell»

Våre funn indikerer at balansen mellom digitale konsultasjoner og tradisjonelle konsultasjoner vil det være tidskrevende og utfordrende for helsepersonellet. Balansen med å tilby både tradisjonelle og digitale konsultasjoner kan føre til store utfordringer for helsepersonellet, som da har en effekt på motivasjonen.

Basert på litteraturgjennomgangen bygger sentrale motivasjonsteorien av Deci & Ryan (2000), «Hva som angir retningen på menneskers atferd». Selvbestemmelsesteorien til Deci & Ryan (2002) har vært sentral brikke for å forstå indre og ytre motivasjon som driver helsepersonellens atferd, sammen med de tre psykologiske behovene: autonomi, kompetanse og tilhørighet, som gir innsikt hvilken faktor som kan være med på å øke eller redusere motivasjonen blant helsepersonell. Videre har målsettingsteori av Latham & Locke (1991), med sitt fokus på spesifikke mål, utfordrende mål og tilbakemelding, som har bidratt til å forstå hvordan helsepersonellens motivasjon påvirkes av målsettinger i forbindelse med digitale konsultasjoner. Integrasjonsteorien til Gagne & Deci (2005) forklarer hvordan ekstern regulering, introjeksjon, identifikasjon og integrert regulering påvirker helsepersonellens engasjement og motivasjon i lys av digitale konsultasjoner.

Videre ble det etablert et grunnlag for innsamling av data gjennom kvalitativ metode, der dybdeintervjuer ble anvendt som et sentralt verktøy for å samle inn nødvendig informasjon. Ved å kombinere empirisk funn og teori, gir denne avhandlingen et dypere innblikk til hvordan digitale konsultasjoner påvirker motivasjonen blant helsepersonell, og peker på viktige implikasjoner.

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING	6
1.1 AVHANDLINGS OPPBYGGING	7
2 TEORI	8
2.1 DIGITALE KONSULTASJONER	8
<i>2.1.1 Utdringer og muligheter</i>	<i>9</i>
<i>2.1.2 Sammenheng mellom digitale konsultasjoner og motivasjon</i>	<i>10</i>
2.2 MOTIVASJON	11
<i>2.2.1 Indre motivasjon</i>	<i>12</i>
<i>2.2.2 Ytre motivasjon</i>	<i>13</i>
<i>2.2.3 Amotivasjon</i>	<i>14</i>
<i>2.2.4 Målsettingsteori</i>	<i>14</i>
<i>2.2.5 Selvbestemmelsesteorien</i>	<i>17</i>
3 METODISK TILNÆRMING	24
3.1 VALG AV METODE OG DESIGN	24
3.2 DATAINNSAMLING	27
<i>3.2.1 Dybdeintervju</i>	<i>27</i>
3.3 UTVALG	28
<i>3.3.1 Beskrivelse av intervjuedtakere</i>	<i>29</i>
<i>3.3.2 Struktur av intervjuet</i>	<i>30</i>
3.4 EVALUERING AV METODE	31
<i>3.4.1 Intern gyldighet</i>	<i>31</i>
<i>3.4.2 Pålitelighet (reliabilitet)</i>	<i>32</i>
<i>3.4.3 Ekstern gyldighet</i>	<i>33</i>

4 PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON	35
4.1 INFORMANTENE	35
4.2 MÅLSETTINGSTEORI RELEVANTE FUNN	36
<i>4.2.1 Spesifikke mål</i>	<i>39</i>
<i>4.2.2 Utfordrende mål</i>	<i>42</i>
<i>4.2.3 Tilbakemelding</i>	<i>44</i>
4.3 INDRE MOTIVASJON	46
4.4 YTRE MOTIVASJON	48
4.5 DE 3 PSYKOLOGISKE BEHOV	52
<i>4.5.1 Kompetanse</i>	<i>53</i>
<i>4.5.2 Autonomi</i>	<i>54</i>
<i>4.5.3 Tilhørighet</i>	<i>57</i>
5 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER	60
6 BEGRENSINGER I OPPGAVEN	64
7 VIDERE FORSKNING	65
8 REFERANSER	66
9 VEDLEGG	69
9.1 INTERVJUGUIDE	69
9.2 SAMTYKKEERKLÆRING	72
9.3 BREV (MAIL)	73
Figurer:	
Figur 1: Motivasjonstyper i OIT	22
Tabeller:	
Tabell 1: Oversikt over studiedeltakere	37

1 Innledning

Vi befinner oss i dag i et samfunn hvor digitalisering er en del av vår hverdag, der teknologibruk har blitt en integrert del av vår hverdag. Denne transformasjonen inkluderer også helsesektoren, hvor utviklingen innen teknologi har åpnet nye dører og muligheter for hvordan helsetjenesten leveres, admitteres og forvaltes (Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), 2022). Etter at pandemien rammet Norge, ble det innført strenge restriksjoner på fysisk kontakt (Regjeringen.no, 2020), noe som førte til introduksjonen til digitale konsultasjonstimer i helsesektoren. En slik innovasjon av digitale konsultasjoner, gir pasienter og helsepersonell muligheten til å kommunisere og samhandle på nettet, uten behov for fysisk oppmøte på legekontoret (Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), 2022).

Denne avhandlingen har et formål på å utforske hvordan denne overgangen til digitale konsultasjoner påvirker motivasjonen blant helsepersonell. Motivasjon er en kritisk faktor, også i helsevesenet, hvor den påvirker arbeidsytelsen og trivsel blant helsepersonell. Av å forstå hvordan denne teknologien påvirker motivasjonen blant helsepersonell, kan vi identifisere mulige fordeler og ulemper ved bruken av digitale konsultasjoner.

Gjennom en grundig analyse av både empiriske funn og sentrale teorier, utforsker denne avhandlingen utfordringen knyttet til motivasjon blant helsepersonell i sammenheng med digitale konsultasjoner. Målet med denne avhandlingen er vi å kunne bidra til å utvikle fremtidig strategier og tiltak som fremmer et mer bærekraftig arbeidsmiljø for helsepersonell, samtidig som pasientens behov blir tilfredsstilt på en best mulig måte.

På basis av dette har vi utformet problemstillingen:

«Hvordan påvirker bruken av digitale konsultasjoner motivasjonen til helsepersonell»

1.1 Avhandlings oppbygging

Kapittel 2 bygger på teoretisk rammeverk, hvor vi går gjennom sentrale teorier om motivasjon, det inkluderer selvbestemmelsesteori, målsettingsteori og integrasjonsteori. Kapittel 3 presenterer vi vår forskningsmetodikk av forskningsdesign, utvalg av deltakere, datainnsamlingsmetoden og kritisk evaluering av våre metodiske tilnærminger. Analyse av innsamlede data presenteres i kapittel 4. deretter presenterer vi funn og diskusjon i kapittel 5. I kapittel 6 avrundes avhandlingen med en konklusjon som besvarer vår problemstilling. Referanselisten er oppgitt i kapittel 7, og kapittel 8 er vedlegg.

2 Teori

I dette kapittelet skal vi presentere relevant teori som vi mener er viktig og relevant for vår problemstilling. Teoriene som blir presentert er hovedsakelig sentrale teorier innenfor motivasjonsemne, og rammeverk som vil bruke til å besvare vår problemstilling.

2.1 Digitale konsultasjoner

Vi definerer konsultasjon som direkte kontakt mellom lege og pasient på egnet behandlingssted (Helsedirektoratet, 2019). Med digital konsultasjon referer vi til medisinske konsultasjonstimer som blir gjennomført ved hjelp av digitale verktøy og plattformer. Dette kan være for eksempel ved bruk av videosamtaler, telefonsamtaler eller et system basert på meldinger, i stedet for at pasienter møter helsepersonell i en fysisk klinikk eller sykehus, hvor kommunikasjonen nå foregår elektronisk i sanntid (Helsedirektoratet, 2019).

Formålet med digitale konsultasjoner er å tilby pasienter og helsepersonell en effektiv og praktisk måte å kommunisere og samhandle på, uten behov for fysisk oppmøte på medisinske klinikken eller sykehus. Dette muliggjør økt tilgjengelighet av helsetjenester for de som bor urbane områder eller har begrenset mobilitet. Dette er også med på også å redusere ventetiden for pasienter og bidra til bedre utnyttelse av helsepersonells tid og resurser. Ved å fjerne behovet for reise og ventetid, vil det resultere til en reduksjon i belastningen på helsevesenet ved å gi mer fleksible behandlingsalternativer for deres pasienter.

Digitale konsultasjoner kan være spesielt viktig for å knytte kontakt med leger og spesialister som befinner seg i andre land eller andre deler av landet. Dette bidrar til å åpne opp muligheten for pasienten å få den best mulige behandlingen og ekspertise som kanskje ikke er tilgjengelig lokalt, befinner seg i avsidesliggende området med begrenset tilgang til spesialister. På samme måte kan leger også nå ut til pasienter som befinner seg i utfordrende geografiske områder og tilby dem sine tjenester digitalt, noe som tilgjengeliggjør og utvider helsetjenester og muliggjør samarbeid tvers om i landet.

Digitale konsultasjoner med andre ord har ett potensialet til å transformere den tradisjonelle måten helsetjenester leveres på, og bidrar til å oppnå bedre helseutfall for pasienter og samfunnet. Digitale konsultasjoner vil også være mer kostnadseffektivt for både pasienten og for organisasjonen. Digitale konsultasjoner er også kostnadseffektive for både enkeltpersoner

og for organisasjonen. For pasienter vil digitale konsultasjoner ofte har lavere kostander enn tradisjonelt legebesøk, og i tillegg eliminerer reisekostnaden og eventuell tapt arbeidstimer på grunn av ventetid. på lang sikt kan organisasjonen og helsepersonell ha nytte av at digitale konsultasjoner ved optimalisere bruken av teknologien og sine ressurser, for eksempel ved å utføre flere konsultasjoner på kortere tid enn det det tradisjonelt hadde tatt, noe som fører til bedre utnyttelse av tid som reduserer driftskostnadene (Helsedirektoratet, 2019).

2.1.1 utfordringer og muligheter

Lee et al (2000) gir en grunnleggende oversikt over telemedisin, men inkluderer også digital konsultasjon og diskuterer både muligheten og utfordringen knyttet til implementering av kommunikasjonsteknologi til å løse medisinske utfordringer. Med telemedisin mener vi bruk av teleteknologi og datakommunikasjon til medisk formål (Braut, 2020).

Forfatterne beskriver videre hvordan telemedisin kan deles inn i tre hovedområde: hjelp til å ta beslutninger, fjernsynsseing og samarbeidsordninger for sanntidsbehandling av pasienter på avstand. Vi ønsker kun å sette søkelys på digitale konsultasjoner, og faller under «samarbeidsordninger for sanntidsbehandling av pasienter på avstand», hvor dette innebærer å bruke teknologi for å tillate en praktiserende lege til å samarbeide og behandle pasienter i sanntid, selv om pasienten og legen er fysisk adskilt til hverandre.

Selv om Lee et al (2000) ikke nødvendigvis eksplisitt nevner digitale konsultasjoner direkte, blir det beskrevet hvordan telemedisin har blitt mer tilgjengelig og praktisk med innføring av videokonferansesystemer (VTC) i helsetjenesten (Lee, Mun, & Levine, 2000). VTC systemene har muliggjort ansikt til ansikt konsultasjoner i helsetjenesten (som vi i dag kaller digitale konsultasjoner), opprinnelig ble utviklet for forretningsmøter, men etter hvert som kostnadene sank og kvaliteten ble bedre, ble VTC raskt integrert i det medisinske sektoren for å levere helsetjenester. Videre argumenteres det for at det har ført til forbedret tilgang til spesifisert medisinsk ekspertise, spesielt for pasienter som bor i området som ikke har muligheten til å få like mye hjelp som i byene. Gjennom VTC har det vært mulighet for å samarbeide tvers gjennom ulike deler av landet, dele kunnskap og erfaring med hverandre, samtidig konsultere komplekse medisinske situasjoner.

Videre tar de for seg ulike utfordringer knyttet til telemedisin, men også indirekte utfordringer knyttet til digitale konsultasjoner, hvor Integrering av ulike systemer og teknologier kan være komplekse og kostbart. Samtidig kan internettbaserte systemer bringe med seg utfordringer knyttet til sikkerhet og personvern, Hvor det også vil være utfordringer knyttet til å tilpasse seg nye teknologier og endringer i praksis innen helsevesenet. Teknologiske begrensninger, mangelen på teknologisk infrastruktur kan påvirke kvaliteten på tjenesten som tilbys. For eksempel kan dårlig internettkapasitet føre til lav kvalitet på videostrømmen under konsultasjonen, som reduserer kvaliteten på konsultasjon som tilbys.

2.1.2 Sammenheng mellom digitale konsultasjoner og motivasjon

Digitale konsultasjoner er en ny arbeidsmetode som har blitt brukt av helsepersonell de siste årene. All atferd og handling har en drivkraft som vi kaller motivasjon som Deci & Ryan (2002) forklarer, og dermed vil også utførelsen av digitale konsultasjoner av helsepersonell også ha den samme drivkraften. Digitale konsultasjoner kan være med å påvirke motivasjonen til helsepersonell på flere fronter. Konsultasjonene kan bidra til mer effektiv ressursbruk og tidsbruk, der helsepersonell kan behandle pasienter uten fysisk tilstedeværelse samtidig som de kan behandle flere pasienter på kortere tid. Dette gir dem økt autonomi og selvbestemmelse, som kan føre til økt motivasjon ifølge Gagne & Deci (2005).

Videre kan digitale konsultasjoner bidra til at helsepersonell utvikler sine omsorgsferdigheter og kompetanse. Dette vil også ha en påvirkning på deres motivasjon, og er et av de 3 psykologiske behovene som er viktig for at man skal føle på motivasjon og trivsel. (Deci, Olafsen, & Ryan, 2017) Digitale konsultasjoner ble introdusert som en behandlingsmetode for noen år siden, og helsepersonell som sliter med å ta i bruk av teknologien, kan dette påvirke deres motivasjon på en negativ måte på grunn av mangel på kompetanse til å bruke verktøyet og begrenset tilpasningsevne. Det er en rekke andre faktorer ved digitale konsultasjoner som kan påvirke motivasjon til helsepersonell. Disse ønsker vi å undersøke i denne oppgaven ved å bruke sentrale rammeverk innenfor motivasjonsemne.

2.2 Motivasjon

Deci og Ryans (2000) teori om intrinsisk og ekstrinsisk motivasjon definerer motivasjon til «Å være motivert betyr å bli beveget til å gjøre noe. En person som ikke føler noe drivkraft eller inspirasjon til å handle, karakteriseres derfor som umotivert, mens noen som aktivert mot en målsetning anses som motivert». Noen av de mest sentrale spørsmålene når det gjelder motivasjon er:

1. Hva er det som gir energi til mennesker handling?
2. Hva er det som angir retningen på menneskers atferd? (Ryan & Deci, 2000).

Med andre ord så handler motivasjon om drivkraften som påvirker individers atferd, handlinger og målrettede aktiviteter. Motivasjon er hva som får oss til å handle og fortsette å handle for å oppnå ønskede mål.

Thorsvik & Jacobsen (2007) forklarer også motivasjon som en indre psykologisk prosess hos hvert enkelt individ som er med på å gi en retning til handlingen, skape drivkraft for å handle og noe som forsterker og opprettholder handlingen. Et annet perspektiv av Parks & Guay (2009) viser at verdier, samvittighet og personlighet kan ha et forhold til vår ytelse og motivasjon. Det kan dermed være forskjellige grader av motivasjon hos hvert enkelt individ ved utførelse av en aktivitet, og ulike aktiviteter kan gi ulike grader av motivasjon, som videre er påvirket av aktivitetens mening og mål hos individet.

Målsettingsteorien til Edwin A Locke og Gary P. Latham, har også en effekt på å forbedre motivasjon, ytelse og resultater hos helsepersonell. De forklarer målsetting og motivasjon som det å sette klare og utfordrende mål for å øke individets ytelse og motivasjon. Teorien setter søkelys etter det sentrale spørsmålet om hvorfor noen mennesker presenterer bedre på arbeidsoppgaver enn andre.

«The theory focuses on the question of why some people perform better on work tasks than others» (Latham & Locke, 1991)

I dette kapittelet skal vi gå gjennom forskjellige teorier innenfor motivasjon, og hvordan de knytter seg opp mot vår problemstilling om digitale konsultasjoner.

2.1.2 Indre motivasjon

Vi skiller mellom to hovedtyper for motivasjon, det er indre og ytre motivasjon. Disse motivasjonstypene ligger langs en sammenhengende skala, hvor individer kan variere mellom graden av indre og ytre motivasjon, der indre motivasjon representerer høyeste graden av autonom motivasjon, mens den ytre motivasjon representerer graden av kontrollert motivasjon (lavere autonom motivasjon). (Ryan & Deci, 2000)

Indre motivasjon også kalt intrinsisk motivasjon, som oppstår når en person utfører en oppgave eller en handling fordi individet finner glede, tilfredshet eller interesse i selve handlingen. Denne handlingen vil være drevet av individets indre verdier, interesser eller ønsker, og vil føle seg selvbestemt i deres atferd (Deci & Ryan, 2000). Altså når en person er intrinsisk motivert, blir vedkommende beveget til å handle på grunn av at vedkommende syntes at det er gøy å drive med aktiviteten, eller på grunn av de utfordringene den medfølger, og ikke på grunn av ytre påvirkninger som belønninger eller press (Deci & Ryan, 2000).

Intrinsisk motivasjon kan være verdifullt blant helsepersonell når de får en dyp følelse av tilfredsstillelse og mening med å hjelpe andre med deres helseutfordringer, og kunne gjøre en forskjell og noe verdifullt i andres liv, kan dette være en kilde til intrinsisk motivasjon. Vi mennesker har en naturlig innebygd motivasjon til å utforske, utvikle ved å berike oss med ny kunnskap, hvor motivasjonen blir aktivert når oppgaven krever en viss grad av innsats og ferdigheter.

Vel å merke seg at utfordringen må være tilpasset individers ferdighetsnivå, hvor for vanskelig oppgaver kan føre til direkte effekt på redusert motivasjon og stress (Scasserra, 2008). Ved bruk av digitale konsultasjoner i helsevesenet, kan det innebære opplæring i nye verktøy og programvarer, og samtidig utvikle nye ferdigheter innen kommunikasjon og pasientomsorg i en virtuell setting. Ved å kunne mestre disse nye ferdighetene og tilpasse seg endringen i teknologiske utviklingene kan være krevende, men vil også være en kilde til en mestringsfølelse av intrinsisk motivasjon.

2.2.2 Ytre motivasjon

Ytre motivasjon også kalt ekstrinsisk motivasjon, som oppstår når en person utfører en aktivitet eller en handling som svar på deres ytre belønninger eller press. Handlingen vil være drevet av ytre faktorer og individet vil føle mindre autonomi i handlingen vedkommende utfører (Deci & Ryan, 2000). Med andre ord er dette kontrollert motivasjon når individet føler press for å handle på en bestemt måte. Denne type motivasjon vil være effektivt for å oppnå bestemte mål eller oppgaver, men vil nødvendigvis ikke være like bærekraftig eller tilfredsstillende som indre motivasjon (intrinsisk motivasjon).

Ekstrinsisk motivasjon kan være verdifullt og nyttig blant helsepersonell når det er ønsket en bestemt atferd, og for å nå spesifikke mål i helsevesenet. For eksempel ved hjelp av eksterne insentiver kan organisasjonen motivere helsepersonell til å oppnå visse resultater. Dette kan inkludere kvalitetsmål ved å redusere ventetider ved kapasitetsmangel av helsepersonell for å oppnå høyere tilfredshet blant pasientene. Når det er mangel på tilstrekkelig bemanning, blir helsepersonell ofte tvunget og overbelastet til å jobbe lange skift og overtid for å dekke behov til pasientene. Dette vil føre til utbrenthet og utmattelse blant helsepersonell som igjen kan påvirke kvaliteten på omsorgen som tilbys (Menom economics , 2022).

Når helsepersonell står ovenfor utfordringer knyttet til ressursmangel, vil det resultere til redusert arbeidsglede, og følelse av lavere motivasjon blant ansatte. Det er derfor avgjørende for helseorganisasjoner å prioritere og finne løsninger på ulike problemstillinger helsepersonell står ovenfor. Løsninger som hvor organisasjonen kan utfordre helsepersonell til å ta i bruk andre verktøy som digitale konsultasjoner for å redusere ventetiden og for å sikre kvaliteten på konsultasjonen, kan det resultere til en bedre opplevelse og tilfredshet blant pasientene.

Å ha en balanse mellom intrinsisk og ekstrinsisk motivasjon blant helsepersonell er betydningsfullt for å sikre det langsiktige engasjementet, tilfredsheten og kvaliteten i pasientomsorgen. Dette innebærer da å fremme indre interessene som en driver, samtidig yte intensiver som kan fremme ønsket atferd for å oppnå spesifikke mål. Det er da viktig å anerkjenne betydningen av begge motivasjonstypene og hvordan de kan samvirke for å fremme den positive atferden og presentasjonen.

Balansen kan også oppstå ved å fremme autonomi blant helsepersonell mellom intrinsisk og ekstrinsisk motivasjon. Når helsepersonell har følelse av autonomi, vil de føle seg mer ansvarlig for sine handlinger og beslutninger, og de vil oppleve mer kontroll over sitt arbeid. Dette vil bidra til å styrke den intrinsiske motivasjonen ved å gi dem sjansen til å følge sine egne interesser og verdier i sitt arbeid, samtidig kan autonomi støtte den ekstrinsiske motivasjonen ved å gi helsepersonell muligheten til å ta beslutninger som kan føre eksterne belønninger som eksempel karriereutviklingsmuligheter, ekstra feriedager eller bonus.

2.2.3 Amotivasjon

Begrepet «amotivasjon» blir brukt til å beskrive tilstand av manglende motivasjon eller manglende interesse for handlingen, og er det motsatte av motivasjon. Amotivasjon oppstår når en person opplever manglende kompetanse eller verdiløshet i interaksjoner med omgivelsene. Dette kan være ett resultat av negative tilbakemeldinger eller manglende støtte som får individet til å tvile på sine egne handlinger til å lykkes og oppleve verdien av sine handlinger (Deci & Ryan, 2000). Når et individ vil føle seg inkompetent og verdiløs, vil dette føre til et negativt resultat i motivasjonen til å handle eller engasjere seg i aktiviteten. Følelsen av hjelpeløshet kan forsterke manglende motivasjon, som fører til mindre engasjement i handlingen.

For bruk av digitale konsultasjoner av helsepersonell, vil det oppstå amotivasjon hos helsepersonell dersom de ikke er kompetente nok til å bruke verktøyet eller opplever manglende forståelse for deres inkompetanse. Det kan derfor være viktig med ekstra støtte og oppfølging for helsepersonell som ikke mestrer bruk av digitale verktøy i jobbsammenheng.

2.2.4 Målsettingsteori

Målsettingsteorien forklarer at når en person setter seg spesifikke mål og forutsetter seg til å oppnå dem, blir de mer motiverte til å arbeide hard og utholdende for å oppnå suksess i det spesifikke målet. Ifølge teorien vil slike mål føre til en rekke positive effekter, inkludert økt innsats og vedvarende engasjement (Latham & Locke, 1991). Forskningen tyder da på at mennesker som setter seg mål, vil prestere bedre enn de som ikke setter seg noe mål. Konkrete mål vil bidra til mer presis presentasjon, og hvor utfordrende mål vil føre til høyere presentasjon (Latham & Locke, 1991).

I helsesektoren kan deres teori være svært relevant og nyttig for å forbedre og se helsepersonells ytelse, motivasjon og resultater. Målsettingsteorien kan være en verdifull ressurs for organisasjonen og helsepersonell ved å motivere helsepersonell for å nå de organisatoriske målene og forbedre pasientomsorgen.

Latham og Locke (1991) identifiserer flere faktorer som bidrar til effektiv målsetting og motivasjon og som er viktige prinsipper i teorien om målsetting. Prinsippene er med på å utgjøre grunnlaget for målsettingsteorien, disse prinsippene inkluderer:

- **Spesifikke mål:** Hvor mål bør være tydelige, klart definerte og spesifikke. Når målene er tydelige vet en person nøyaktig hva som må til og forventes av dem for å oppnå de målene. Dette vil gi en klar retning og gjør det lettere å sette søkelys på de nødvendige tiltakene for å oppnå målet. Dette er viktig ved implementering av digitale konsultasjoner i helsevesenet, der helsepersonell får klare mål av hva som forventes av dem ved bruk av digitale konsultasjoner.

Ved implementering av digitale konsultasjoner vil det være mange retningslinjer som må følges, som pasientsikkerhet og personvern. For å opprettholde og sikre disse retningslinjene, kreves det tydelig kommunikasjon og opplæring til helsepersonell. For å gi en tydelig retning for kontinuerlig forbedring av digitale konsultasjoner, er det også viktig å få tilbakemeldinger fra helsepersonell på deres erfaringer. Dette gir en tydelig retning på at man konstant ønsker å effektivisere og forbedre bruken av digitale konsultasjoner.

- **Utfordrende mål:** Hvor mål bør være utfordrende nok til å motivere en person til å strekke seg utover sin komfortsone med nåværende ferdigheter og kapasitet. Slike mål kan tilfredsstillende fremgang av presentasjon når målene oppnås. Mål bør ikke være så vanskelige at de er urealistiske, men at målene er realistiske og oppnåelige slik at personen opplever mestringfølelse og suksess.

For helsepersonell kan det være lurt å øke bruken av digitale konsultasjoner, hvor de kan utfordre seg selv og bli bedre kjent med det digitale verktøyet. Dette vil da gi dem en økt mestringfølelse, som bidrar til økt motivasjon. Videre kan vi også redusere den totale konsultasjonstiden brukt av helsepersonell, som kan være med på å effektivisere

konsultasjonene der de selv må identifisere strategier for å effektivisere konsultasjonene. Dette hjelper helsepersonell med å gå utenfor komfortsonen og muligheten til å utfordre seg selv slik at de får en fremgang av prestasjoner som positiv påvirker deres mestringsfølelse.

- **Tilbakemelding:** Er det noe som er veldig viktig og spiller en avgjørende rolle i målsetting og motivasjon er å gi kontinuerlig tilbakemeldinger. Regelmessig tilbakemelding vil gi vedkommende bekreftelse på når en person gjør noe riktig, og kritikk på noe som blir gjort galt, og rettes ved justering når det er nødvendig. Det er også veldig viktig at tilbakemeldingene er rettferdige, relevante og ærlige. For bruk av digitale konsultasjoner blant helsepersonell, er det viktig å etablere og implementere en strukturert tilbakemeldingsprosess fra pasienter. Hvor de kan melde ifra om deres opplevelse og erfaring med digitale konsultasjoner. Dette gir helsepersonell en mulighet for kontinuerlig forbedring og økt tilfredshet hos pasientene. Videre bør helseinstitusjonene gjennomføre kontinuerlige evalueringer av helsepersonellers bruk av digitale konsultasjoner. Der de kan måle effektivitet, pasienttilfredshet og andre relevante variabler, og gi tilbakemeldinger til helsepersonell på deres ytelse. Her kan institusjonene anerkjenne gode prestasjoner og bekrefte suksessområder, og identifisere gap som krever forbedringer.

Med andre ord så understreker (Latham & Locke, 1991) at målene bør oppfattes som realistiske, rimelige og akseptable for at målsettingsteorien skal gi noe effekt og være optimal. Når individet opplever målene som realistiske og rimelige, er det mer sannsynlig for at individet forplikter seg til å jobbe mot dem og opprettholde motivasjonen over tid ved å oppleve følelsen av mestring og fremgang når man jobber mot bestemte mål. Samtidig er det også viktig at det foreligger aksept mot målene, slik at individet godtar og engasjerer mot målet og er villig til å bruke tid og krefter for å oppnå dem.

Ved å anvende målsettingsteorien i helsesektoren hvor grunnleggende prinsippene ligger til grunn (realistiske, rimelige og akseptable mål), danner det ett grunnlag i organisasjonen som bidrar til å skape et miljø preget av motivasjon, målbevisst atferd og kontinuerlig streben etter forbedringer. Når helsepersonell har klare, meningsfulle mål å jobbe mot, vil det skape mer effektivitet i sitt arbeid og rette sin innsats mot de områdene som vil ha større betydning og effekt på pasientens helse og velvære. Med andre ord vil det resultere til bedre

behandlingsresultater, og høyere pasienttilfredshet og mer effektiv bruk av ressurser i helsesektoren. Samtidig vil det også styrke og knytte bedre bånd blant helsepersonell, da alle jobber som ett lag og mot ett felles mål.

2.2.5 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien er en motivasjonsteori utviklet av Edward Deci og Richard Ryan (1985), og er en sentral del av forskning innenfor motivasjon. Deres teori forklarer indre og ytre motivasjon i arbeidssammenheng og går videre inn på ulike miniteorier som forklarer ulike motivasjonsfenomener. Selvbestemmelsesteorien til Deci og Ryan definerer motivasjon, som en indre drivkraft som styrer ens persons atferd og handlinger ved hjelp av indre motivasjon eller insentiver som vil være ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000).

Indre motivasjon oppstår når individet føler seg autonom, kompetent og tilknyttet, og vil drives av egne interesser og verdier. Ytre motivasjon oppstår når vi søker etter å oppnå eksterne belønninger eller om vi prøver å unngå straff. Definisjonen på motivasjon er svært relevant i helsesektoren, hvor motivasjon er en sentral driver i ens handlinger, målsettinger og styrke. Motiverte helsepersonell vil kunne tilby høyere kvalitet på pasientomsorg, og deres engasjement på indre motivasjon vil ha direkte innvirkning på pasientens velvære og tilfredshet. Selvbestemmelsesteorien har flere underteorier som forklarer forskjellige motivasjonsfenomener, der vi ønsker å 2 av disse for våres oppgave.

De 3 psykologiske behovene

Selvbestemmelsesteori av Edward Deci og Richard Ryan innenfor psykologien setter søkelys på motivasjonen og menneskelig atferd. Deres teori hevder at menneskelig motivasjon kan bygge på tre grunnleggende psykologiske behov, de grunnleggende psykologiske behovene er autonomi, kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 2000). Tilfredshet av disse behovene er et grunnleggende næringsstoff som bidrar til psykisk velvære og aktiverer integrasjonsprosessen. Dersom det er mangel på noen av disse behovene fører det til dårlig trivsel. (Chen, et al., 2015)

- Autonomi: Frihet til å handle slik man ønsker, og ta egne beslutninger basert på sin tro på egne evner.

- **Kompetanse:** er det behovet vi referer til en persons mestringsfølelse av dyktighet og evne til å utføre oppgaver.
- **Tilhørighet:** er det behovet vi referer til en persons opplevelse av å være en del av ett felleskap eller en gruppe

Autonomi

Mennesker er mest motiverte når de har følelsen av autonomi, det vil si at de kan ta beslutninger selv og deres handlinger er i samsvar med deres egne verdier og interesser (Deci & Ryan, 2000)

For helsepersonell kan autonomi være viktig, ettersom deres trivsel og motivasjon kan direkte påvirke kolleger og pasienter. Dette innebærer at de får muligheten til å ta egne valg og beslutninger basert på deres faglige kompetanse og interesser, som er med på å forsterke deres kontroll over eget arbeid. Dette kan da føre til at det psykologiske behovet for autonomi blir møtt, som dermed er med på å styrke motivasjonen.

Autonomi vil også være med å øke innovasjon og kreativitet blant helsepersonell, der de får muligheten til å prøve ut alternative løsninger og tilnærminger til arbeidet. Dette kan være med å styrke arbeidsmetoder og effektivitet i helsesektoren.

Digitale konsultasjoner vil hjelpe helsepersonell med å tilby konsultasjoner og omsorg utenom tradisjonelle steder, som legekontor, sykehus og legevakt, samtidig som konsultasjonene kan skje utenfor vanlige arbeidstider. Dette gir helsepersonell mer kontroll og autonomi over sin egen arbeidshverdag og økt fleksibilitet.

Digitale konsultasjoner er også med på å gjøre det enklere for helsepersonell å følge opp pasienter. Der de selv kan velge hvordan de ønsker følge opp pasienter, og organisere dette slik som de selv mener bør gjøres. Dette er da med på å styrke autonomien til helsepersonell, som igjen ifølge teorien til Deci & Ryan, styrker motivasjon. (Deci & Ryan, 2000)

På den andre siden kan digitale konsultasjoner føre til en mer effektiv tidsstyring og tidsbruk. Der helsepersonell kan gi pasienter tid basert på deres situasjon og behov, og unngå unødvendig bruk av tid og ressurser. Dette vil også være med på å styrke den autonome følelsen hos helsepersonell, hvor de selv avgjør behovet til pasienten basert på deres faglige kompetanse.

Kompetanse

Når mennesket opplever at de mestrer oppgaven og klarer å ta utfordringen på strak arm samtidig som de oppnår resultater, styrkes deres motivasjon (Deci & Ryan, 2000) Bruk av digitale midler for å utføre konsultasjoner, er noe som ikke er en del av helsefaget og krever derfor at helsepersonell får opplæring i hvordan man skal utføre digitale konsultasjonstimer. Dette skaper en mulighet for en utviklingsprosess hos helsepersonell, hvor de får muligheten til å øke sin kompetanse innen bruk av teknologi. Dermed vil mestring av teknologien i deres hverdag føre til økt følelse av mestring og kompetanse. For de som allerede er kompetente og kjent med digitale verktøy, vil det være lettere å tilpasse seg denne endringen. Dette vil føre til en økt følelse av kompetanse og kontroll i en helsepraksis som stadig utvikler seg.

Dermed kan også mangel på kompetanse innenfor bruk av digitale verktøy, føre til teknologistress hvor helsepersonell ikke klarer å tilpasse seg i bruk av digitale verktøy. Teknologistress blir beskrevet som en moderne tilpasningssykdom der personell har en manglende evne til å tilpasse seg ny datateknologi på en sunn måte. (Golz, Peter, Zwakhalen, & Hahn, 2021) For å forebygge dette bør det bli satt opp gode opplæringstiltak for bruk av digitale verktøy. Dermed er dette med på å hindre at helsepersonell føler seg inkompetente, og kan føle at de klarer å mestre bruken av digitale verktøy til en viss grad. Dette krever da at helsepersonell er åpne for endring og villig til å tilpasse seg denne endringen. For helsepersonell som er engstelige, motvillige eller ukomfortable overfor bruken av digitale konsultasjoner, kan dette påvirke deres følelse av kompetanse på en negativ måte. Det vil da være viktig for helseledelsen å overbevise og forklare hvorfor denne endringen bør gjøres, og hvilke fordeler det har for helsepersonell og pasienter.

Samtidig er håndtering av sensitive opplysninger en sentral del helsepersonellens oppgaver, og håndtere disse opplysningene digitalt kan skape bekymringer. Det er derfor viktig at sikkerhet og personvern blir opprettholdt slik at helsepersonell føler at de kan håndtere disse opplysningene på en sikker måte. Usikkerhet rundt dette kan bidra til følelsen av kompetanse blir påvirket på en negativ måte, ettersom de er usikre på om sensitive opplysninger kan bli håndtert på en sikker måte.

Tilhørighet

Tilhørighet er det behovet vi referer til en persons opplevelse av å være en del av ett felleskap eller en gruppe, Opplever sosial støtte og tilhørighet. Mennesket blir motivert når de får en følelse av å være en del av et felleskap, og har positive relasjoner og interaksjoner med andre (Deci & Ryan, 2000)

Digitale konsultasjoner kan også skje mellom helsepersonell, og kan være med på å tilrettelegge økt samarbeid fra ulike steder. Dette vil være med på å styrke følelsen av felleskap og tilhørighet mellom helsepersonell. Samtidig vil digitale konsultasjoner gjøre det lettere for helsepersonell å være tilgjengelig for hverandre, der de har lettere tilgang til råd og hjelp angående pasientomsorg. Dette skaper et godt miljø og kan være med å styrke følelsen av tilhørighet hos helsepersonell.

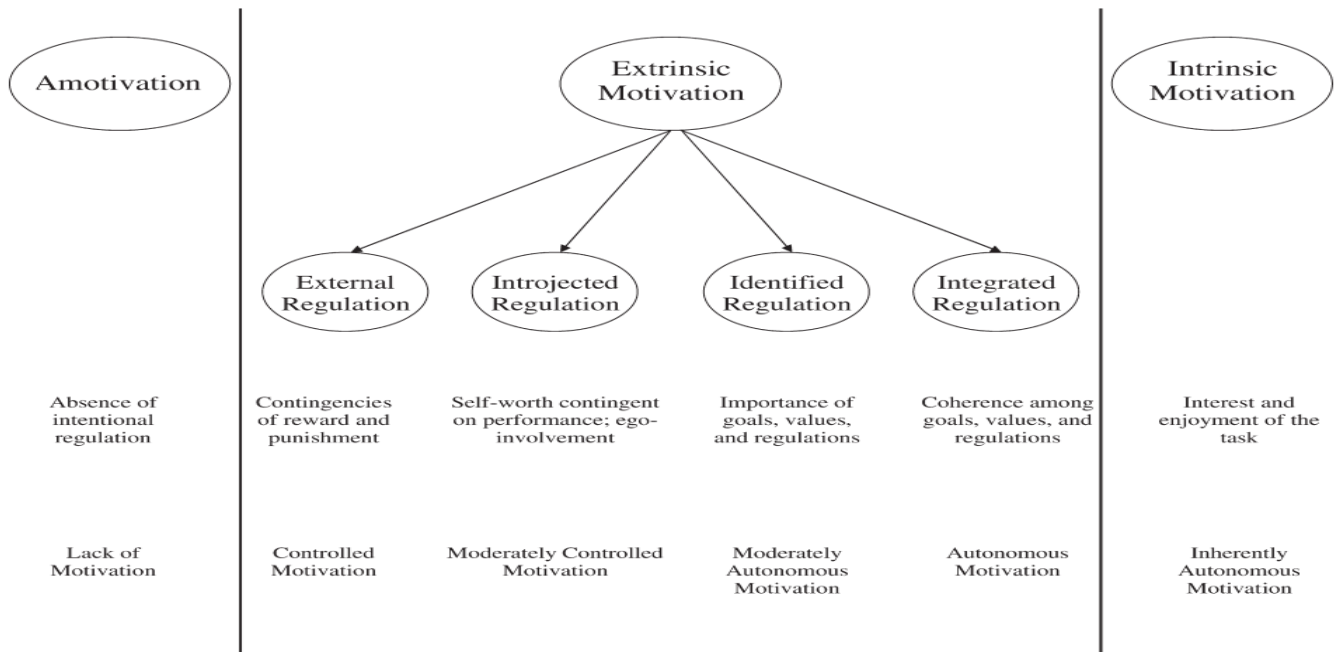
På den andre siden kan mye bruk av digitale konsultasjoner, gi en følelse av ekskludering og isolasjon. Der man ikke har mye fysisk kontakt og samvær med andre, som igjen vil føre til redusering i følelsen av tilhørighet. Helsepersonell som har mangel på kompetanse eller opplever teknologiske problemer, kan også føle seg isolert og utelatt. Hvor de ser at deres kolleger klarer å utføre digitale konsultasjoner på en bedre måte og har kompetanse om det. Dette kan da også skape en redusert følelse av tilhørighet hos helsepersonell.

Integrasjonsteorien (OIT)

Teorien forklarer spektrumet av ytre motivasjon, og de ulike gradene av integrasjon som finnes innenfor ytre motivasjon. Teorien viser at høy grad av integrert motivasjon kan virke som indre motivasjon hos ansatte, og at ytre motivasjon nødvendigvis ikke er kun påvirket av ytre insentiver. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005)

Teorien forklarer 4 typer integrasjonsnivåer av ytre motivasjon:

- Ekstern regulering
- Introjeksjon
- Identifikasjon
- Integrert regulering



Figur 1: Motivasjonstyper i OIT

Ekstern regulering er den mest kontrollerte typen motivasjon, hvor individets motivasjon og atferd er kontrollert av ytre faktorer. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Ved denne typen motivasjon føler ikke individer noen form for tilhørighet eller eierskap til oppgavene, og gjennomfører dem kun for å oppnå egne fordeler. Disse fordelene er nødvendigvis ikke kun finansielle insentiver, som pengebonus, men kan også være sosiale insentiver som ros og tilbakemeldinger på utført arbeid.

For bruk av digitale konsultasjoner av helsepersonell kan de føle på ekstern regulering dersom de får ekstern press fra helseorganisasjoner om å ta i bruk digitale konsultasjoner på jobben. Da kan deres motivasjon bevege seg mot ytre regulering i figuren, der de bruker verktøyet for å oppfylle kravet og unngå straff. Dersom det blir tilbudt finansielle eller andre insentiver vil dette også fremme en motivasjon basert på ytre belønninger. Denne typen motivasjon vil virke mer presset, sammenlignet med motivasjon som stammer fra identitet og indre verdier.

Introjeksjon kommer også under kontrollert motivasjon, og forklarer at individer handler etter skam, skyldfølelse eller selvsentrisk engasjement i denne typen regulering. Ansatte er motiverte fordi de ønsker å vise seg frem og få anerkjennelse eller unngå skam og opprettholde sin verdighet. (Gagne, et al., 2014) Individer i denne typen regulering gjør nødvendigvis ikke noe fordi de mener at det er riktig, men går ofte etter regler og standarder som er satt av andre.

Helsepersonell kan føle seg presset til å ta i bruk digitale konsultasjoner, på grunn av den digitale trenden i helsevesenet og deres kolleger, og utfører konsultasjonene på grunn av frykt for å bli dømt eller sett ned på. Videre kan helsepersonell føre digitale konsultasjoner på grunn av at de vil bli oppfattet som moderne og effektive. For å bevare og opprettholde dette selvbildet kan de bli drevet til å utføre konsultasjonene. Vi lever i dag i et digitalisert samfunn der bruk av digitale midler i våres hverdag er vanlig. For helsepersonell kan dette bety at de føler et ansvar eller press fra samfunnet om å være mer moderne og bruke teknologi. Dette kan også bidra til at de utfører konsultasjonene for å tilfredsstille andre og opprettholde et godt selvbilde.

Identifisert regulering er en mer autonom og internalisert form for ytre motivasjon, der aktiviteten man utfører er mer i tråd med sine personlige verdier og mål. (Gagne, et al., 2014) Aktivitetene i denne type regulering er mer autonome, selv om målene for aktivitetene er fastsatt av ledelsen, har de ansatte rom for å utføre aktiviteten slik de ønsker til en viss grad. For helsepersonell som bruker digitale konsultasjoner er det viktig at de forstår verdien og fordelene ved bruk av verktøyet, og hvordan det er med på å forbedre pasientbehandling. Samtidig vil konsultasjonene samsvare med deres profesjonelle mål og verdier dersom de forstår at det bidrar til en mer tilgjengelig og effektiv omsorg. Dette vil bidra til en mer økt autonom motivasjon hos helsepersonell. På den andre siden vil mer kontroll over konsultasjonene virke positivt på den autonome motivasjonen, der helsepersonell får mulighet til å ta selvstyrte beslutninger. Disse faktorene vil fremme identifisert regulering hos helsepersonell, og gi dem en mer autonom og internalisert form for motivasjon ved gjennomføring av digitale konsultasjoner.

Integrert regulering er den mest autonome typen av ytre motivasjon, der individers handlinger er i fullt samsvar med deres verdier og identitet. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Handlingene i denne typen motivasjon ligner på indre motivasjon, men er likevel ytre motivasjon på grunn av at handlingen er påvirket av ytre faktorer. Handlingene i denne reguleringen føles naturlige og aksepterte hos individet, og utføres ved en stor grad av autonomi.

Ved å internalisere denne verdien hos helsepersonell slik at den blir en del av deres profesjonelle identitet, kan helsepersonell oppnå integrert regulering ved gjennomføring av denne aktiviteten. Dette kan innebære at helsepersonell oppfatter digitale konsultasjoner som en viktig del av deres arbeid og ikke en eksternt pålagt oppgave som de blir tvunget til å

gjennomføre. På den andre siden er autonomi en sentral variabel i integrert regulering, og det er derfor viktig at helsepersonell føler autonomi og selvstyring ved gjennomføring av aktiviteten. Dette kan innebære å ta egne beslutninger og gjøre tiltak basert på egen kompetanse, når de gjennomfører digitale konsultasjoner.

3 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for den metodologiske tilnærmingen og forskningsdesignet som er benyttet. Vi vil blant annet forsøke å gi en begrunnelse for de ulike valgene vi tar i løpet av denne prosessen, og hvorfor vi gjør det slikt som vi gjør. Vi vil beskrive det valgte forskningsdesignet, prosessen med datainnsamling og hvordan vi har utformet dataanalysen.

3.1 Valg av metode og design

Induktiv og deduktiv to ulike tilnærminger og to forskjellige måter å tenke på innen forskning. Det vanligste synet på forholdet mellom teori og forskning er knyttet til den deduktive tilnærmingen. Her utleder forskeren på bakgrunn av tidligere forskning/teori, en eller flere hypoteser som må testes for empirisk undersøkelse for å bekrefte eller motbevise hypotesen. (Bell, Bryman, & Harley, 2019). Deduktiv tilnærming er ofte brukt i kvantitative studier, hvor datainnsamling og analyser er strukturert for å teste hypoteser.

Induktive tilnærming starter gjerne med å observere mønstre, fenomener eller sammenhenger i dataene uten å ha en forhåndsdefinert hypotese eller teori (Bell, Bryman, & Harley, 2019). Forskerne trekker deretter generelle konklusjoner eller teorier basert på de observerte funnene eller mønstrene. Gjennom denne tilnærmingen tillater det forskerne å utvikle nye teorier eller forståelsesmodeller basert på empiriske data. Induktive tilnærming bruker vi gjerne i ofte sammenheng sammen med kvalitative studier, der dybdeintervjuer, observasjon av tidligere tekster brukes til å oppdage og utforske nye sammenhenger og fenomener.

I forbindelse med vår studie vil det være praktisk med en induktiv tilnærming. Grunnen til at vi velger denne tilnærmingen er for å legge vekt på nødvendigheten av å ha et åpent sinn som forskere for å lykkes med å forstå informantenes tanker og perspektiver grundig. Selv om det finnes eksisterende teori om temaene som skal utforskes, er det betydningsfullt å ikke la seg bli ensidig fokusert og sette grenser på grunn av den teorien. Å bli sterkt påvirket av eksisterende teori kan føre til at vi som forskere ubevisst påvirker tolkningen av informantenes perspektiver og erfaringer. Dette resulterer til at forskningen går glipp av å fange opp realiteten som den faktisk er (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Med en induktiv tilnærming vil det også være hensiktsmessig å anvende et dybdeintervju, som vi ønsker å komme tilbake til senere i dette kapittelet. Dette innebærer å ha noen overordnede spørsmål på forhånd som gir retning for samtalen og identifiserer de viktigste temaer som er relevante å snakke om for denne studien. Samtidig gir det også fleksibilitet, hvor informantene kan ta samtalen i retninger basert på deres egne erfaringer og perspektiver. Dette gir da også muligheten for å nye ideer og tanker som oppstår underveis i intervjuet.

Ettersom vi har valgt for oss en kvalitativ tilnærming, så rettes fokuset mot hvilken forskningsdesign som er best for vår undersøkelse. Når vi snakker om forskningsdesign, refererer vi til den overordnede planen eller strukturen som forskerne bruker for å gjennomføre en studie. Det er da en helhetlig tilnærming som omfatter alt fra identifisering av forskningsspørsmålet eller problemstilling, til valg av passende forskningsmetoder og til slutt hvordan dataene analyseres eller tolkes for å komme frem til sluttresultatet eller konklusjon. Forskningsdesign er ett rammeverk for å frembringe bevis som passer både til en bestemt sett av kriterier og til forskningsspørsmålet som blir adressert (Bell, Bryman, & Harley, 2019). Med andre ord er forskningsdesign et rammeverk som gir veiledning til forskerne til å samle inn data til å svare på / bekrefte påstanden eller forskningsspørsmålet.

Med utgangspunkt til vår problemstilling, ser vi for at et eksplorativ design er den korrekte forskningsdesignet til å utforske og oppdage sammenhenger, samtidig mener vi også at behovet for datainnsamling er tilstrekkelig for vår oppgave kun med kvalitativ tilnærming (The Embedded design) (Bell, Bryman, & Harley, 2019). Vi ønsker å øke kunnskapen og forståelsen av hvordan digitale konsultasjoner kan ha en påvirkning på ansattes motivasjon. Dette gjør vi ved å ha åpen dialog med intervjuobjektene i form av dybdeintervjuer. Når vi velger for å benytte av eksplorerende design i forskningen, er det viktig å ha åpent sinn og la dataene fra studieobjektene veilede forskningsprosessen (Creswell & Creswell, 2017). Ved å la studieobjektene føre samtalen under dybdeintervju vil vi kunne dra nytte av funnene for å utforske nye retninger eller aspekter til vår problemstilling. Dette gir oss også muligheten til å få dypere innsikt i deltakernes perspektiver og opplevelser, som også vil føre til ny kunnskap (Jacobsen D. I., 2022).

For at vi skulle kunne realisere studien på en effektiv og på en god måte, måtte vi avgrense studien med tanke på tidsbruken. Innsamling av dybdeintervjuene strakk seg litt over 3 uker, hvor vi enkeltvis hadde samtaler med studieobjektene. For å opprettholde klarhet og relevans i

forskningsprosjektet, valgte vi å avgrense tidsbruken på dybdeintervjuer og valgte heller å fokusere på forståelsen av problemstillingen og relevans i oppgaven. Dette var da nødvendig strategi for å sikre at forskningsprosessen var målrettet og ga oss meningsfulle resultater innenfor gitte tidsrammen. Vi vil senere i denne avhandlingen snakke mer om dette.

Når vi bestemmer oss for hvilken forskningsmetode som skal anvendes, tar vi i utgangspunkt i vår problemstilling

«Hvordan påvirker bruken av digitale konsultasjoner motivasjonen til helsepersonell»

I ethvert forskningsprosjekt er det avgjørende å vurdere hvilken metode som skal anvendes til å undersøke det spesifikke forskningsspørsmålet (Creswell & Creswell, 2017). Det finnes mange ulike tilnærminger ved valg av metode. Å velge riktig forskningsmetode er essensielt for å utforske forskningsspørsmålet på en riktig måte. Den valgte metoden bestemmes ut ifra vår problemstilling, hva slags ressurser vi har tilgang til og forskerens ekspertise (Creswell & Creswell, 2017). Med andre ord vil valg av metode definere prosessen for å samle inn data som besvarer vår problemstilling.

Generelt sett kan vi kategorisere forskningsmetoder i to hovedgrupper, det er kvalitativ og kvantitativ metode. Imidlertid er det også tilfeller hvor forskere kan benytte seg av en kombinasjon av disse to, som kalles en hybridmetode. Den kvalitative metoden har som mål å utforske og beskrive hvordan mennesker oppfatter verden og hvilken relasjon som er meningsfulle. På den andre siden er den kvantitative metoden mer fokusert på å identifisere sammenheng, tendenser og måler holdninger blant mennesker (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016)

Målet med denne studien er å fange opp deltagerens opplevelse av digitale konsultasjoner, og deres opplevelse av motivasjon ved bruken av konsultasjonstimer.

For å svare på problemstillingen vår, anser vi at det er hensiktsmessig å bruke kvalitativ tilnærming. Vi benytter oss av kvalitative metoder for å utforske komplekse sammenhenger for å oppnå en dypere forståelse av vår problemstilling som blir studert. Ved bruk av kvalitative verktøy som dybdeintervjuer, vil vi kunne få innsikt i respondentenes oppfatninger

og holdninger til hvordan dem opplever og tolker de ulike senarioene knyttet til vårt forskningsspørsmål. Dette vil bidra til å skape mer helhetlig forståelse av deres perspektiver og muliggjør en grundigere analyse av deres erfaringer. Gitt den tidsmessige begrensingen for innsamling av data, må vi være oppmerksomme på at kvalitativ metode kan være mer tidskrevende enn kvantitativ. Dette skyldes behovet for dypere analyse, tettere sammenheng mellom deltakerne og mer grundigere tolkning av dataene.

Derfor er det viktig at vi er strategiske i vår tilnærming for å maksimere vårt utbytte av den tilgjengelige tiden og sikrer oss relevant og meningsfull data som kan støtte vårt forskningsspørsmål. Vi mener også at ved å ha dybdesamtaler med intervjuobjektet tilegner vi oss en dyp forståelse av tema og får muligheten til innhenting av nyansert informasjon. Dette ville ikke ha vært mulig i like stor grad hvis vi hadde valgt en kvantitativ tilnærming, eksempel ved bruk av spørreskjema med standardiserte spørsmål. Vårt mål er å få frem ulike meninger og erfaringer når det gjelder digitale konsultasjoner, og en kvalitativ tilnærming vil bidra til dette.

3.2 Datainnsamling

Etter å ha grunnlagt forskningsdesignet, er det neste steget å vurdere hvilke metoder som egner seg best mulig or å samle inn nødvendig data. Det er mest hensiktsmessig å velge en metode som er godt tilpasset til valgte problemstillingen, ettersom dette valget i stor grad vil påvirke hvor gyldige og pålitelige resultatene av undersøkelsen blir. I kvalitative studier finnes det flere metoder til datainnsamling, hvor intervjuer ofte anses som en av de mest anvendte metodene. Dybdeintervjuer gir forskere muligheten til å dykke dypere til problemstillingen ved å utforske deltakernes tidligere erfaringer, synspunkter og oppfatninger. (Jacobsen D. I., 2022). I vår tilfellet gjelder det oppfatning av helsepersonalets motivasjon blant digitale konsultasjoner.

3.2.1 Dybdeintervju

Vi har valgt å fokusere på og benytte oss av dybdeintervjuer, dette er av flere grunner. Dybdeintervjuer vil gi oss muligheten til å utforske vår problemstilling på mer grundigere måte og få innsikt til intervjuobjektene synspunkter, tidligere erfaringer og deres oppfatning

av vår problemstilling. Fordi vi ønsket å se individets opplevelse av digitale konsultasjoner og samtidig deres erfaringer og motivasjon for digitale konsultasjoner, var det naturlig for oss å velge intervju som vår primære metode for datainnsamling. Måten vi innhenter data på er ved å engasjere informanter som har en god kjennskap til aktuelle tema som undersøkes.

For å effektivisere intervjuprosessen og forenkle analysefasen til dataene i ettertid, blir det tatt notater underveis under intervjuet samtidig som det gjøres lydopptak som senere blir transkribert for å sikre nøyaktighet og fullstendighet i datainnsamlingen (Jacobsen D. I., 2022). Dette gir oss da mulighet til å gå tilbake til vår samlet data for å fange opp alle detaljer i intervjuobjektens svar, og gir oss muligheten til å gå grundig gjennom materialet for analyseformål.

3.3 Utvalg

Vårt fokus i oppgaven er på helsepersonellers bruk av digitale konsultasjoner, og det er derfor viktig for oss at de individene vi intervjuer og bruker i vår oppgave har brukt og har erfaring med digitale konsultasjoner. Det er dermed vanlig å ha litt færre som deltar i studiet når man bruker kvalitativ metode, enn når man bruker kvantitativ metode. Dette er fordi man selv velger de man skal intervjuet, og velger gjerne dem man vet har den kunnskapen eller erfaringen vi ønsker å vite mer om. Samtidig som man går dypere og kan få ut mer informasjon når man fører dybdeintervjuer, i motsetning til spørreundersøkelser i kvantitativ metode. Ettersom vårt utvalg av intervjuobjekter er respondenter som vi mener kan ha god info eller kan gi oss et godt bilde av det vi antar, bruker vi kombinasjon av ulike metoder. (Jacobsen D. I., 2022)

I «kombinasjon av ulike metoder» bruker vi flere utvalgsriterier som i vårt tilfelle er «informasjon» og «det typiske». Ved utvalgsriteriet «informasjon», velger vi respondenter som vi mener kan ha god info, som i vårt tilfelle har vært blant annet fastleger på legekontorer. Vi har gjennom egen erfaring fått vite at digitale konsultasjoner blir brukt av fastleger på legekontorer, som førte til valget om å ta kontakt med legekontorer for å få intervjuet fastleger. Videre har vi også benyttet oss av utvalgsriteriet «Det typiske», der vi velger ut ifra en gruppe vi mener passer til vår oppgave. Dette gjorde vi når vi var på legekontorer for å intervjuer, der vi fikk tilbud om å intervjuer andre personell på kontoret dersom vi ønsket. Da valgte vi ut respondenter som vi mente at passet til vår studie.

3.3.1 Beskrivelse av intervjudeltakere

Deltakerne i vårt studium er helsepersonell som nevnt tidligere, og ble funnet ved at vi kontaktet rundt i vårt eget nettverk og forskjellige legekontorer. For å opprettholde anonymitet velger vi å bruke fiktive intervjunavn.

«Stine» jobber som helsesekretær og kontorleder på et legekontor i Oslo, og har jobbet der i ca 1 år. «Stine» bruker ikke digitale konsultasjoner, men har mye informasjon om hvordan verktøyet blir brukt på kontoret.

«Anders» er vår neste deltaker og har jobbet som spesialist i allmennmedisin i 20 år. Deltakeren har vært med å se utvikling av digitale konsultasjoner i helsevesenet, og har mye erfaring rundt verktøyet.

«Tove» jobber på det samme legekontoret og er en turnuslege, og jobber på kontoret som en del av hennes spesialiseringsløp. Hun har tidligere jobbet på sykehus også, og vi fikk et godt innblikk i hvordan nyutdannede leger opplever bruk av digitale konsultasjoner.

Den første deltakeren på det andre legekontoret vi besøkte var «Linn», som jobbet som helsesekretær på kontoret. Hun hadde et godt innblikk i bruken av digitale konsultasjoner hos leger, og ga oss viktig informasjon tilknyttet vårt studiet.

Neste ut på listen er «Unni», som jobber som allmennlege og er spesialist i allmennmedisin. «Unni» var ferdigutdannet som lege i 1998 og har siden jobbet som lege. «Unni» har holdt masse digitale konsultasjoner de siste årene og hadde mye å fortelle oss om verktøyet.

«Ingunn» er vår siste deltaker på legekontoret, og jobber som helsesekretær. Hun hadde som sine kolleger masse å fortelle om hvordan digitale konsultasjoner blir brukt på legekontoret.

«Alf» er vår siste intervjudeltaker, og jobber som turnuslege på A-hus. «Alf» hadde ikke brukt så mye digitale konsultasjoner, men ga oss innsikt i hvordan lege-pasient-forholdet er på sykehus.

3.3.2 Struktur av intervjuet

For å sikre at vi dekker alle relevante temaer for vår problemstilling, har vi utviklet en grundig intervjuguide som danner grunnlaget for strukturen i intervjuet. I kvalitative intervjuer varierer der veldig med strukturering, noen intervjuer er helt åpne og kan ligne på uformelle samtaler, hvor samtalen flyter fritt. Andre intervjuer er mer strukturerte, hvor intervjueren har en tydelig og ledende rolle i samtalen (Jacobsen D. I., 2022). Intervjuguiden vil fungerer som ett rammeverk, ved å følge intervjuguiden kan vi sikre at alle nødvendige emner blir dekt på en konsistent måte, slik at alle nødvendige emner blir dekt i henholdt til forskningsspørsmålet. Spørsmålene vi stiller er relativt åpne spørsmål, og deltakerne har friheten til å svare og dele det de anser som er relevant. Dette gir oss mer fleksibilitet i svarene (Jacobsen D. I., 2022). I motsetning til spørreundersøkelser der deltakerne kan begrense informasjonen de ønsker å gi, og ikke svare på alt man ønsker å vite. (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016)

Alle våre intervjuer har blitt gjennomført personlig, med en deltaker og intervjuer møtende ansikt til ansikt, og foregikk i en naturlig kontekst. Innholdet i intervjuet omhandlet hvordan deres arbeidshverdag fungerer og deres relasjon med digitale konsultasjoner. Vi bestemte oss for å gjennomføre alle intervjuene på informantenes arbeidsplass. Dette valget er basert på forskning som indikerer på at konteksten ofte har en innvirkning på atmosfæren og svarene som gis (Jacobsen D. I., 2022). Arbeidsplassen vil være et sted hvor informantene tilbringer mesteparten av tiden hvor de utfører konsultasjonene med pasientene sine. Dette miljøet gir ideell setting for å diskutere de utfordringene som vil være relevante for vår problemstilling. Vi valgte å besøke legekontorer som var i nærheten av oss, altså de lokale legekantorene, men hvor vi ikke hadde noe kjennskap til informantene. Vi valgte å bli kjent med informantene hvor vi brukte litt tid på uformell prat før intervjuene for å skape ett godt førsteinntrykk, noe som kan være med på å skape et godt førsteinntrykk, som kan være med på å påvirke tillitten intervjuobjektene fikk til oss (Jacobsen D. I., 2022).

Gjennomføringen av intervjuene foregikk på den måte at noen intervjuer gjorde vi sammen, og noen intervjuer holdt vi hver for oss. Vi valgte å ta opp lydopptak av samtlige intervjuer for å sikre nøyaktighet i datainnsamlingen. Det ble skrevet under på samtykkeerklæring og godkjent av intervjuobjektene, hvor lydopptak og datainnsamling kun ble brukt til masteroppgaven. Vi følte at vi fikk samlet inn en betydelig mengde nyttig data til vår

oppgave, det viktigste for oss var at vi ikke avbrøt informantene slik at vi kunne få så autentiske svar som mulig. Dette tillot oss å få innsikt i deres syn og erfaringer på en ærlig og grundig måte, og at vi er trykke på at den innsamlede informasjonen vil være verdifull i analysen og tolkningen av våre funn som vi vil diskutere senere i oppgaven.

3.4 Evaluering av metode

For å sikre at konklusjonen som presenteres i en studie er pålitelig og troverdig, er det essensielt at vi evaluerer den valgte metoden gjennom kritisk drøfting. Vi vil rette fokuset mot forskningens kvalitet, og vil drøfte dette gjennom ulike begreper. Siden denne avhandlingen tar i bruk en kvalitativ tilnærming, bruker vi begreper fra (Jacobsen D. I., 2022) for å ivareta studiens forskningskvalitet, begreper som er benyttet er; intern gyldighet, pålitelighet og ekstern gyldighet (Jacobsen D. I., 2022)

3.4.1 Intern gyldighet

Intern gyldighet referer til nøyaktigheten i resultatene fra en undersøkelse, og hvor godt de samsvarer med forskernes beskrivelse av virkeligheten og hvordan den faktisk er. Det innebærer altså å etablere en sammenheng mellom forskningens funn og faktisk funn som virkeligheten er (Larsen, 2017). Altså hvis flere forskere studerer det samme fenomenet, selv om de benytter seg av ulike metodiske tilnærminger, og ender opp med samme konklusjonen, vil det øke tillitten til resultatene og da vil den interne gyldigheten bli styrket. Data som blir anvendt i studie bør alltid komme fra en eller flere kilder. I vårt tilfelle er det viktig at vi sikrer at det er riktige personer som blir intervjuet, og som gir pålitelig og troverdig informasjon. For å evaluere intern gyldighet må man nøye vurdere de ulike stadiene i forskningsprosessen med et kritisk blikk (Jacobsen D. I., 2022).

For å kontrollere den interne gyldigheten i vår forskning, benytter vi oss av respondentvalidering. Respondentvalidering er en metode innen kvalitativ forskning hvor forskere søker å bekrefte/validere resultatene av studien ved å involvere deltakerne i de foreløpige funnene, og be dem gi tilbakemelding eller refleksjoner (Jacobsen D. I., 2022). Under dybdeintervjuene ble svarene som ble gitt av intervjuobjektene gjentatt og bekreftet for å sikre at det var korrekt forståelse mellom oss. Intervjuobjektene fikk muligheten til å

korrigere eller bekrefte at vår tolkning var i samsvar med deres opplevelse. På denne måten sikret vi oss om at alt som ble spilt inn på bånd og senere transkribert var i tråd med deltakernes virkelige oppfatninger og erfaringer. Dette bidro til å styrke troverdigheten og gyldigheten til dataene samlet inn i studien. I tillegg til dette har vi også diskutert en del om hvordan selve forskningsprosessen skulle gjennomføres, både imellom oss og med vår veileder. Formålet med denne diskusjonen har vært å styrke den interne gyldigheten til studien vår. Vi har reflektert over valgene vi har tatt fra forskningsdesign, metodevalg og datainnsamlingsprosessen, og vi har forsøkt å identifisere potensielle faktorer som kan ha påvirkning i resultatene våre som kan føre til feiltolkning av innsamlede data. Ved å gjøre dette har vi sørget for at våre resultater er pålitelige og representative.

3.4.2 Pålitelighet (reliabilitet)

Begrepet pålitelighet/reliabilitet brukes til selve undersøkelsesprosessen, der man skal se etter faktorer som kan ha påvirket resultatene man har fått. (Jacobsen D. I., 2022) Larsen (2017) forklarer at pålitelighet handler om at grunnprosessen er pålitelig. Dette innebærer at dersom noen andre følger samme prosessen og foretar det samme studiet, skal de kunne få lignende resultater. (Larsen, 2017) For at det skal være mulig å foreta den samme prosessen fra start til slutt er det viktig at man er åpen om hvordan hele prosessen foregikk. (Bell, Bryman, & Harley, 2019) Kvalitative undersøkelser har prosesser som påfører stimuli og signaler på undersøkelsesobjektene, og det er derfor viktig å se om disse kan ha påvirket resultatene vi har fått. (Jacobsen D. I., 2022)

Når vi utfører en kvalitativ undersøkelse, kan det gi 2 typer effekter på våre resultater:

- *Undersøkereffekt*, der resultatene av undersøkelsen reflekterer mer på hvordan den som intervjuer opptrer, enn det intervjuer ønsker å finne ut av. (Jacobsen D. I., 2022) Dette kan være tilfellet når flere intervjuere er tilstede under undersøkelsen. I våre intervjuer som har blitt utført, har vi hatt både 1 og 2 intervjuere. Vi har sett at dette ikke har påvirket resultatene våres og deltakerne har svart mye likt etter å ha sett på de forskjellige intervjuene som ble gjort.

- *Konteksteffekt* handler om i hvilke omgivelser og sammenhenger data blir samlet i. (Jacobsen D. I., 2022) Alle deltakere som valgte å delta i vår studie ble informert om at deres deltakelse er anonym og all data som blir samlet inn vil bli anonymisert. Samtidig har vi også holdt intervjuene i naturlige omgivelser, og forsøkt å påvirke deltakere så lite som mulig. Deltakerne ble på forhånd informert om at det ikke finnes riktige eller gale svar, og de fikk svare slik de ønsket.

Videre kan det også oppstå faktorer ved analysering og sortering av data som kan påvirke resultatet vårt:

- *Unøyaktig registrering av data* kan føre til at resultatene blir endret. (Jacobsen D. I., 2022) Det er derfor viktig å ha alt ordrett når en skal sortere dataene som er hentet fra intervjuene. For å opprettholde dette valgte vi å ta lydopptak av alle intervjuene, slik at vi fikk med oss absolutt alt av det som ble sagt av våre deltakere. Under transkriberingsprosessen av intervjuene som ble gjort, hørte vi også grundig på lydopptakene og skrev ordrett ned det som ble sagt i intervjuene.
- *Unøyaktig analyse av data* påvirker også resultatene i forskningen. (Jacobsen D. I., 2022) Ved behandling og analyse av innsamlet data har vi forsøkt å fremstille og vise det fullstendige bildet av det vi har klart å oppfatte, tolke og formidle. Gjennom forskningen har vi også forsøkt å henviser så mye som mulig slik at fremtidige forskere kan kunne etterligne vårt resultat.

3.4.3 Ekstern gyldighet

Ekstern gyldighet handler om i hvilken grad funnene fra en studie kan generaliseres eller overføres til andre sammenhenger eller situasjoner (Jacobsen D. I., 2022) (Bell, Bryman, & Harley, 2019). Kvalitative studier har ikke som mål å oppnå generaliserbare resultater på samme måte som kvantitative studier, da er spørsmålet om ekstern gyldighet er relevant. Funn fra kvalitative undersøkelser er normalt vanskelig å generalisere hovedsakelig på grunn av begrensinger knyttet til antall enheter som blir studert. I tillegg er utvalget ofte selektert basert på spesifikke kriterier, noe som begrenser bredden på utvalget av deltakere. Formålet med kvalitative undersøkelser er å forstå et fenomen som sjeldent kan generaliseres. For å styrke den eksterne gyldigheten i kvalitativ forskning, er det viktig å reflektere over hvorvidt funnene fra studien kan være relevant i andre settinger, samtidig om andre forskere kan

gjennomføre lignende studier i ulike kontekster (Jacobsen D. I., 2022, ss. 256-259). Fokuset på overførbarhet vil kunne bidra til å øke tilliten til funnenes relevans utenfor den spesifikke konteksten der studien ble gjennomført.

I vår studiet har vi benytte oss av kvalitativ tilnærming hvor det har blitt utført dybdeintervjuer. Utfordringen ved den kvalitative tilnærmingen vi møter på er at den eksterne gyldigheten er begrenset knyttet til generaliserbarheten. I denne oppgaven har vi hatt hovedfokuset på finne riktig personer for å få tilstrekkelig informasjon om vår problemstilling, enn å ha fokuset på å generalisere funnene til ett større populasjon. Gjennom grundig og detaljerte samtaler med de utvalgte intervjuobjektene oppnådde vi dypere forståelse og innsikt i deres hverdag som helsepersonell, og deres tilknytning til digitale konsultasjoner.

Deltakerutvalget som ble intervjuet ble valgt fra ulike helseinstitusjoner, noen deltakere var fastlegekontorer og noen fra sykehus. Tanken bak var at dette skulle bidra til å avdekke ulike perspektiver og erfaringer innen helsevesenet ved bruk av digitale konsultasjoner. Mye av svarene vi fikk av de ulike intervjuobjektene var det samme, svarene ble deretter presentert til intervjuobjektene i etterkant for å bekrefte gyldighet av resultatene (intern validering). Dette bidrar da til å sikre at funnene er representative og relevante for helsevesenet. Ved å gjennomføre strategiene som utvalg av deltakere fra ulike områder i helsevesenet og grundig og detaljerte samtalene med de utvalgte intervjuobjektene, samtidig ekstern validering av funne gjennom bekreftelse av gyldigheten av resultatene fra andre helsepersonell innen samme felt, kan vi si å ha styrket den eksterne gyldigheten. Vi fastslår derfor at den informasjonen vi har samlet inn basert på våre data er nøyaktig, og at de forholdene informantene anser som viktige, er representative for deres virkelighet.

4 Presentasjon av funn og diskusjon

I dette delkapittelet skal vi gjøre rede for funnene og redusere kompleksiteten og skape struktur i datamaterialet vi har samlet inn. Ett av viktigste punktene er å formidle forståelse til leserne (Jacobsen D. I., 2022). Vi begynner først med presentasjon av informantene, deretter presenterer vi funnene som omhandler digitale konsultasjoner. Vi utforsker da hvordan motivasjonen til helsepersonell har blitt påvirket ved bruken av digitale konsultasjoner, med særlig vekt på dybdeintervjuene vi utførte for å identifisere sentrale utfordringer og muligheter.

Funnene vil bli diskutert i lys av teori og tidligere forskning innen motivasjonsteori, målsetningsteori og selvbestemmelsesteori, samtidig andre faktorer som påvirker helsepersonells opplevelse av digitale konsultasjoner. Ved å legget fokuset på de ansatte gjennom dybdeintervjuene søker vi å gi et detaljert og klart bilde av hvordan motivasjonen til helsepersonell påvirkes av den økende grad av digitale konsultasjoner, som dem kaller for e-konsultasjon i helsevesenet. Hensikten med presentasjon av funn er å legge grunnlag for en diskusjon om problemstillingen i forbindelse med teorikapittelet, samtidig skal det utarbeides endelige konklusjoner.

4.1 Informantene

I dette avsnittet gjør vi rede for informantene som har deltatt i dybdeintervjuer i denne studien. Informantene vil da representere deres erfaringer og perspektiver i medisinsk kompetanse, og innsikt i digitale konsultasjoner. Under vil vi ta for oss en tabell som vil gi en kort presentasjon om informantenes beskrivelse av kjønn, deres bakgrunn og hvor lang erfaring dem har hatt som helsepersonell. Vi har valgt å bruke fiktive navn på informantene når vi tar for oss sitater fra intervjuene, som tidligere nevnt i forrige kapittel. Dette ble gjort for å ivareta informantenes personvern, samtidig vil det gjøre det lettere å lese og forstå presentasjon av resultatene. Ved at det blir brukt fiktive navn, ønsker vi å skape anonymitet og trygghet hvor informantene føler seg mer komfortable med å dele sine erfaringer og synspunkter for denne studien, samtidig sikrer vi oss at resultatene blir presentert på en etisk og forsvarlig måte.

Informant	Kjønn	Navn (fiktive)	Bakgrunn	Erfarig
Informant 1	Mann	Anders	Allmennlege Spesialist	20 + år
Informant 2	Kvinne	Tove	Turnuslege	1.år Lege
Informant 3	Kvinne	Stine	Helsesekretær	1 år
Informant 4	Kvinne	Unni	Allmennlege Spesialist	26 år
Informant 5	Kvinne	Linn	Helsesekretær	10 år
Informant 6	Kvinne	Ingunn	Helsesekretær	12 år
Informant 7	Mann	Alf	Turnuslege	1,5 år

Tabell 1: Oversikt over informantene

4.2 Målsettingsteori relevante funn

I lys av funnene fra studien om motivasjon blant helsepersonell ved bruk av digitale konsultasjoner er målsettingsteori relevant tilnærming. Ifølge målsettingsteorien er motivasjonen til en person avhengig av deres ønsker om å oppnå spesifikke mål og forutsetter seg til å oppnå dem. Målet skal fortelle hva man trenger å gjøre, og hvilken innsats som er nødvendig for å oppnå det målet. Spesifikke mål vil fremme ytelse bedre, mens vanskelige mål har større motiverende effekt enn lettere mål (Latham & Locke, 1991).

Under intervju av intervjuobjektene våre identifiserte vi iverksetting av digitale konsultasjonstimer oppleves tidskrevende hvor oppgavene påvirket legens opplevelse av målsettinger og motivasjon.

Flere av intervjuobjektene legger vekt på at det ikke var mulig å holde digitale konsultasjonstimer sammen med vanlig konsultasjonstimer, og hvor digitale konsultasjonstimer måtte holdes eller svares på etter arbeidstiden. Det var en grunn til at den vanlige svartiden for en e-konsultasjon (digital konsultasjon) var på mellom 1-5 virkedager, og dette skyldes den allerede store arbeidsmengden dem hadde. Som nevnt krever digitale konsultasjoner mengde ressurser, da i førsteomgang måtte de vanlige konsultasjonene og haste timer måtte prioritert.

Balansen mellom å tilby de tradisjonelle konsultasjonstimerne og håndtere digitale konsultasjonstimer var en utfordring legene hadde. Mål om å kunne håndtere både tradisjonelle og digitale konsultasjonstimer kunne oppfattes som utfordrende men oppnåelige, noe som potensielt reduserte legens motivasjon og engasjement da det er veldig uforutsigbart hvor mange digitale konsultasjoner som strømmer inn per dag.

Altså, det er mye forespørsler på digitale på e konsultasjoner nå. Og det noen dager, så har jeg kanskje 20 pasienter på kontoret, og så har jeg kanskje 20 e-konsultasjoner som må gjøres etter kontortid, og det er jo ikke satt av tid, så jeg bruker jeg kommer ofte en time før jeg starter med pasienter før. Ta unna litt. Men av noen dager så bare renner det inn gjennom hele dagen, sånn at du sitter til klokken 08.09 på kvelden før du er ferdig med alle de meldingene som har kommet.

Unni

«Det er klart det er blitt masse oppgaver til fastlegene. Så det kommer i tillegg. Det blir ikke ofte optimalt med disse, særlig hvis det er symptomer som bør undersøkes. Det er klart for noen pasienter som ikke kan komme og ikke har mulighet til å komme til oss, det fungerer. Men det beste hadde vært egentlig å komme hit for å bli undersøkt og lyttet på. Så en grundig utredning er det beste for de fleste pasienter. Men når oppgavene er så mye som nå, hender det ofte at vi dessverre sitter lenger utover dagen og ser gjennom på disse og jobber. Av og til sitter vi til natten og skriver tilbake på e-konsultasjonene.»

Anders

«Randi» og «linn» peker på en viktig problemstilling innenfor digitale konsultasjoner, hun peker på at alt av e-konsultasjoner går direkte til legen, og dette skaper en mer arbeidsmengde for legen. I stedet for å bli filtrert gjennom første leddet, helsesekretæren, må legen direkte håndtere konsultasjonene, som forårsaker betydelig mengde henvendelser som kunne ha blitt håndtert av helsepersonell på en mer effektiv måte.

En e-konsentrasjon er jo en melding som pasientenes sender til fastlegen da via helse Norge. Alle er e-konsultasjoner går jo rett inn til fastlegen ja.

Randi

Pasientene skriver går inn på helse Norge og legger inn beskjed på e-konsultasjon. Da kommer de med rett til legen, eller E-dialog

Linn

Mangelen på filtreringen, altså hvor digital konsultasjon fører til en økt arbeidsmengde for legen, og mindre arbeid for helsesekretærene i dag, skaper en ubalanse i arbeidsfordelingen

og ressursutnyttelse i helsetjenesten. Det er flere og flere som ønsker seg å benytte seg av e-konsultasjoner, gjerne yngre generasjonen, og når dette ikke blir filtrert på en effektiv måte, har vi allerede funnet et problem som kunne ha blitt løst annerledes.

Med e-konsultasjoner og nå er det flere og flere som kjenner til e-konsultasjonene, så det er mye som nå går utenom oss og går rett inn til legen. Mindre jobb på oss. Mer jobb for legen.

Flest yngre, det er klart at er du 80 år så har du gjerne ikke data. Samfunnet vårt ikke så god på eldre folk. Nei (i respons til om det er yngre generasjonen eller eldre generasjonen som unyttet e-konsultasjon)

Linn

En mulighet som kommer frem av helsesekretæren «Stine» er å implementere et system for e-konsultasjoner, der henvendelser blir vurdert og filtrert av helsepersonell på et tidligere tidspunkt før henvendelsene når til legen. Dette kan innebære å la helsesekretæren håndtere visse type e-konsultasjoner, for eksempel reseptbestillinger eller forespørsler om enkle medisinske råd, som ville ha vært gebyrfritt, mens legen kan fokusere på mer komplekse medisinske henvendelser som pasienten etterspør.

Så det er også en måte vi har mulighet til å hjelpe med å ha e-konsultasjon, og så er det jo selvfølgelig den andre del digitale korrespondansen mellom oss, sekretærer og pasienter.

E-konsultasjon automatisk genererer et regningskort, ikke sant? Hvis dem bare sender inn melding, for eksempel. Jeg ønsker reseptfornyelse, eller vi har et annet problem, Om vi skal kanskje bestille time, ikke sant? Det vil generer ingen takst hos oss, og vi vil kunne svarer på det.

Stine

Et system på hvor deler av henvendelser blir vurdert og filteret av helsepersonell, vil føre til at systemet bidrar til tydeliggjøring av ulike mål for både legen og helsesekretæren. Delegere visse type e-konsultasjoner til helsesekretæren, for eksempel reseptfornyelse og enkle medisinske råd setter klare og konkrete mål for hvordan arbeidsoppgavene skal fordeles. Dette vil også bidra til å skape et felles mål for helsesekretær og legen ved å sikre mer effektiv struktur i arbeidsflyten. Det vil også redusere svartiden som per nå er på 5 virkedager.

Ved å opprettholde en balansert ressursbruk som samsvarer med helsepersonellens kapasitet og kompetanse, vil det gi legen mer tilgjengelighet og bedre tid. Samtidig kan dette styrke motivasjonen til både legen og helsesekretæren, ved å gi dem ansvar og autonomi i håndtering av spesifikke henvendelser, vil det gi helsesekretæren følelse av mestring og tilfredsstillelse i arbeidet deres (Deci & Ryan, 2000).

Vanligvis er det vel en svar tide på eller 5 virkedager da på e-konsultasjoner, så da får pasienten tilbakemelding på den e-konsultasjonen i fra fastlegen. Mmm.

Ingun

Målsetting er en sentral driver for motivasjon. (Latham & Locke, 1991) identifiserer tre prinsipper for målsetting hvordan mål kan påvirke motivasjonen på individet. Videre i dette delkapittelet vil vi utforske målsetningsprinsipper, herunder «spesifikke mål, utfordrende mål og tilbakemelding», og undersøke deres relevans og anvendelse basert på innsikt fra dybdeintervjuene.

4.2.1 Spesifikke mål

Vi undersøker viktigheten av å etablere klare mål og retningslinjer av digitale konsultasjoner i helsesektoren. Vi vil fokusere på behovet for å opprettholde personvern og gi tilstrekkelig med opplæring til helsepersonell for å sikre trygg effektiv bruk av digitale plattformer. I funnene fra dybdeintervjuene gjenspeiles spesifikke mål som en del av deres arbeidshverdag. Målene fremkommer tydelige i deres diskusjon og reflekterer over konkrete mål som helsepersonell søker etter å oppnå innenfor deres arbeidshverdag av digitale konsultasjoner. Mål som er tydelige, klart definerte og spesifikke, vil gi dem retning og veiledning og gjør det lettere å sette søkelys på nødvendige tiltakene for å oppnå målet (Latham & Locke, 1991). Ved digitale konsultasjoner er det nødvendig å knytte spesifikke mål til personvern og opplæring.

Når vi snakker om personvern, knytter vi spesifikke mål til å sikre at all pasientinformasjon håndteres i samsvar med lover og retningslinjer for personvern. Det kan være i form av at man tar hensyn for at de digitale plattformene som blir benyttet, sørger for at sensitive opplysninger om pasienten ikke lekkes og kan lagres og deles trygt tvers gjennom digitale

plattformene ved en eventuell konsultasjon. Ved å følge gjeldende lover og retningslinjer for personvern, vil det kunne bygge tillit hos pasienten og sikrer at personlig data håndteres forsvarlig. Under dybdeintervjuene av legene våre Unni og Andreas kommer det fram fra at, de fleste e-konsultasjonene foregår gjennom «HelseNorge», som er en sikker nettside for pasienter som behandler personopplysninger på en sikker måte i henholdt til personopplysningsloven (Helsenorge, 2021).

Ja. Ja det tror jeg jo fordi jeg jo sikret både pasientsky som vi hadde før og helseNorge er jo ganske sikre plattformer å sende sånn hvis du nå skal sende sensitiv informasjon i det hele tatt.

Unni

Ja det er det er veldig strengt og man må gå gjennom flere nivåer av sikkerhet, så det er bra. Helsenorge er det vi har, og det er bra sikkerhet på det. Så vi sender ikke ut SMS eller vanlig e post på grunn av sensitive opplysninger.

Andreas

Når det gjelder opplæring, er spesifikke mål en del av å sikre at helsepersonell har nødvendig med kompetanse og kunnskap for å holde digitale konsultasjoner. Dette innebærer å ha tilstrekkelig læring til å kunne bruke utstyr, riktig plattform og digitale verktøy for å håndtere digital konsultasjon på en effektiv måte, samtidig ivareta pasientsikkerheten og personvern under konsultasjon. I tillegg til å ha spesifikke opplæringsmål, er det også viktig å oppdatere opplæringsprogrammene med dagens behov og utfordringer. Dette kan inkludere opplæring i nye systemer og relevant teknologi.

Det bør også foreligge kontinuerlig oppdatering av kunnskapen, slik at helsepersonell kan være oppdaterte og trygge for å holde digitale konsultasjoner hvis det skulle være endring i retningslinjene eller andre utfordringer. Etter samtale med nyutdannede leger «Tove og Alf» kommer det frem at det ikke blir gitt noe formell opplæring eller noe form for læring for digital konsultasjon på skolebenken.

Digital konsultasjon (e-konsultasjon) er noe helseorganisasjoner tilbyr, ikke noe som inkludert i den formelle medisinske utdanningen. Det fremkommer også at det kun er legekontorer som tilbyr digital konsultasjon, og ikke sykehus. Dette etterlater nyutdannede leger uten tilstrekkelig med kompetanse eller kunnskap om hvordan de utføre digitale konsultasjoner i begynnelsen av sin karriere som leger. Det kommer også frem under

dybdeintervju med «anders» at systemet ikke er vanskelig å anvende, og dem lærer fort hvis dem måtte tilpasse seg, som også har vært lege nå i over 20 år.

Ikke noe opplæring når det gjelder e-konsultasjoner, men jeg jobbet jo på legevaktsentralen hvor vi tok vurderinger på telefon her, men det er på.

Egentlig ikke jeg. Ja, nei, jeg har ikke vært borti det der. (i respons om Tove har utført digital konsultasjon tidligere)

Tove

Ingen digital Konsultasjon i offentlig helsevesen med tanke på spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjenesten mener jeg da sykehus for det meste, ikke sant? det er ingen form for sånn digital konsultasjon

Alf

Spesialist i allmenntidrett. Jobbet 20 år og har behandlet pasienter i forskjellige aldersgrupper.

Nei, ikke før det sto det inne. det har ikke vært tatt mye tid på en måte, for det er integrert i systemet. Sånn at det er lett å se på en måte hvordan man skal bruke verktøyet.

Anders

Selv om det ikke inkluderer digital konsultasjon som opplæring på skolen, mener vi det bør foreligge en felles opplæringsplan som legene kan gjennomgå når dem begynner på arbeidssted som tilbyr digitale konsultasjoner. Denne opplæringen bør omfatte den nødvendige kompetansen innen digitale konsultasjoner, som da lar deg bruke de digitale verktøyene og plattformene. På denne måten kan helsevesenet utføre digitale konsultasjoner på en trygg og profesjonell måte, uavhengig om de har fått opplæring tidligere. Dette sikrer de spesifikke målene om nødvendig kompetanse for å utføre digital konsultasjon.

4.2.2 Utfordrende mål

Prinsippet med utfordrende mål er sentrale prinsippene i målsettingsteorien, hvor mål bør være utfordrende nok til å motivere personen til å strekke seg utover sin komfortsone med nåværende ferdigheter (Klein & Alge, 2000). I denne sammenhengen vil vi belyse nærmere på hvordan under dybdeintervjuene helsepersonell satt seg ambisiøse mål, hvor vi så etter realistiske og oppnåelige mål i forbindelse med digitale konsultasjoner. Vi vil også belyse hvordan utfordrende mål påvirker deres motivasjon og ytelsen til helsepersonell, samt hvilken faktor som kan være med på å realisere deres mål i praksis. Gjennom dybdeintervjuene vil vi også belyse hvordan helsepersonell opplever og håndterer utfordrende mål som oppstår i deres arbeidshverdag med digitale konsultasjoner.

En av de største utfordrende målene som helsepersonell støter på er situasjonen hvor det er ett stort antall tradisjonelle konsultasjoner som må håndteres samtidig som det er en forespørsel om å inkludere digitale konsultasjoner iløpet av samme dag. Dette kan være utfordrende for legene da dette krever effektiv tidsstyring og en del mengde ressurser med å allokere tidsplanene for å kunne håndtere begge typer konsultasjoner på en tilfredsstillende måte. Denne situasjonen illustrerer hvordan utfordrende mål kan være knyttet til å balansere ulike oppgaver og målsettinger samtidig, og hvordan det kan kreve en betydelig innsats i å oppnå dem.

Legen Anders argumenterer at tid er noe som er utfordringen her, og det er helt umulig for han å prioritere digitale konsultasjoner før han rekker å gjøre ferdig de tradisjonelle/ vanlige konsultasjonene. Han argumenterer for at det potensielt ikke er gunstig for både han og pasienten ettersom det er flere arbeidsoppgaver for han, og for pasienten så vil det ta noe lengre tid å behandle en e-konsultasjon. De tradisjonelle konsultasjoner vil bli prioritert fremfor de digitale, da digitale konsultasjoner har en svartid på inntil 5 dager.

Målet for dagen er å få unnagjort de fleste konsultasjoner, da har vi både vanlige konsultasjoner og e-konsultasjoner. Det er ofte at vi tar det utenfor arbeidsdagen, og det blir ikke optimalt både for oss og pasienten og på grunn av mye mer oppgaver og ting og i tillegg for pasient, samtidig vil det ta noe lengre tid å behandle e-konsultasjoner.

Andreas

Gjennom dybdeintervju sammen med Andreas, forteller han at håndtering av utfordrende mål, som å få unnagjort både vanlige og digitale konsultasjoner innenfor begrenset tidsramme, er han villig til å gå utover den vanlige arbeidstiden og til og med jobbe i helgene for å oppnå målet. Dette viser hans engasjement og lidenskap til å levere helsetjenester til pasientene, selv når det krever ekstra innstas og tid. Dette er et godt eksempel på at legene velger å jobbe overtid for å kunne oppfylle målene som er satt, selv om det betyr å jobbe utenfor vanlige arbeidstider.

Situasjonen i dette scenarioet illustrerer hvordan utfordrende mål kan innebære å balansere ulike oppgaver og mål samtidig, og demonstrerer behovet for enorm innsats for å oppnå de. Andreas valg om å velge å jobbe overtid peker på en dypere motivasjon i jobben, hvor han mener at digital konsultasjon er et bra alternativ for dem som ikke har muligheten til å komme til fysiske konsultasjoner, hvor han ser dette som meningsfull jobb i å kunne hjelpe andre til tross for at det vil koste ekstra arbeid. Dette viser hvordan personlig engasjement og motivasjon kan være drivkraft for å møte utfordrende mål og oppnå dem.

Ja, det er ofte det vi gjør, også i helgene har vi e-konsultasjoner, eller når vi er hjemme da. (I respons av når tiden ikke strekker seg nok til å holde både digitale og tradisjonelle konsultasjoner)

det kan bli mye, altså. Det blir flere oppgaver. Men på en måte for noen pasienter fungerer bra fordi de ellers ikke har mulighet til å komme i den tiden til legen.

Andreas

Legen Unni, beskriver også samme utfordringer som Andreas hvor det er utfordringer å holde balansen mellom tradisjonelle konsultasjoner og digitale konsultasjoner. Unni argumenterer for at å sette av tid til e-konsultasjoner kan redusere antallet av de tradisjonelle konsultasjonene. Dette illustrerer hvordan utfordrende mål som å inkludere e-konsultasjoner under arbeidstiden, kan komme i konflikt med andre mål, som å opprettholde viss antall fysiske konsultasjoner på legekantoret. Unni vektlegger også at det er mulig å holde digitale konsultasjoner under arbeidstiden, men i bekostningen av at det blir færre fysiske konsultasjoner som prioriteres da. Unnis bekymring for å sette av tid til e-konsultasjoner som går ut over fysiske konsultasjoner kan føre til redusert motivasjon. Når Unni opplever at hun ikke oppnår målene sine, eller må ofre noe for å oppnå målene, kan det påvirke hennes

motivasjon negativt. Redusert timetall fører til frustrasjon, spesielt når helsepersonellet ikke oppfyller kravene eller forventningene som er satt av for dem.

Sånn at jeg kan gjøre det, men da går det jo utover timene, altså timeantallet er. Jo. Det er jo begrenset hvor mange konsultasjoner kan ha i løpet av en dag, ikke sant? Og hvis det skal sette av en time til å gjøre e-konsultasjoner, så får jeg jo færre konsultasjoner på kontoret, og vi trenger jo de konsultasjonene. Ja, men det er klart at det det er mulig. Det går an å sette av en halv dag i uka er ikke sant til å bare gjøre e-konsultasjon og det det er mulig å gjøre få det til, men. Men det er mangler vi jo da kanskje 10, 15 timer på kontoret som kunne ha vært brukt.

Unni

4.2.3 Tilbakemelding

Innen målsettingsteori av (Latham & Locke, 1991) er tilbakemelding et av de grunnleggende prinsippene, da tilbakemelding gir individet indikasjon på om noe er gjort riktig, og kritikk mot noe som blir gjort galt, og bør rettes ved justering når det er nødvendig (Latham & Locke, 1991). I helsevesenet er tilbakemelding relevant ved at det bidrar til å forbedre kvalitet på pasientomsorg eller kvaliteten på systemene som tilbys til pasientene. Imidlertid er det avgjørende at tilbakemeldinger oppfyller visse kriterier, tilbakemelding bør være rettferdig slik at det ikke favoriserer noen enkeltpersoner, den bør være relevant for den konkrete situasjonen og den bør være ærlig for å gi en meningsfull veiledning til forbedring.

I dybdeintervjuene av helsepersonell har vi undersøkt hvordan tilbakemelding brukes og oppfattes i praksis, gjennom funnene vil vi forså hvordan tilbakemelding har innvirkning på helsepersonets ytelse og motivasjon gjennom deres arbeidshverdag.

Ettersom det er digitale konsultasjoner vi undersøker, vil vi se på tilbakemelding fra helsepersonell og leverandør som vil gi innsikt og forståelse av teknologien for å forstå utfordringer og suksess knyttet til bruken av digitale konsultasjoner. Helsepersonell er de som er direkte involvert i bruken av den digitale plattformen, og vil kunne gi verdifull innsikt i brukervennligheten og funksjonaliteten.

Ettersom teknologien som blir benyttet for å holde e-konsultasjoner leveres av Helsenorger, så er det vanlig for helsepersonell å rette tilbakemeldinger mot dem. Disse tilbakemeldingene

kan omfatte om hvor godt systemet deres fungerer, eventuelle tekniske feil eller utfordringer som oppstår under bruken. Legen Unni deler sin erfaring med bruken av digitale konsultasjoner og bemerker at hun ofte gir tilbakemeldinger når ting går galt, men ikke like flink til å gi positive tilbakemeldinger. Unni påpeker at det er noen ganger det oppstår kommunikasjonsfeil mellom systemene, men roser også Helsenorge for deres raske respons for å løse slike problemer.

Dette indikerer at tilbakemelding fra helsepersonell spiller en sentral rolle i å identifisere og løse tekniske feil eller utfordringer i digitale konsultasjonssystemer. Dette understreker betydningen av å opprettholde en åpen kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell og deres leverandør for å sikre at digitale konsultasjoner fungerer optimalt, og muligheten for digital konsultasjon er der.

Vi gjør det. Vi gir jo tilbakemeldinger hvis ting ikke fungerer eller at det er noe som vi synes som ikke fungerer godt nok, så gir vi tilbakemelding, kanskje ikke like flink til å gi alle de positive tilbakemeldingene.

Det er ofte, at det kan være miss kommunikasjon mellom dataprogrammet og helseNorge, og at vi må snakke sammen (I respons av hva slags tilbakemeldinger dem gir)

Unni

Ettersom vi ikke har undersøkt tilbakemelding fra pasienter med dybdeintervju, mangler vi deres perspektiv på hvordan deres opplevelse av digital konsultasjon er. Pasientens opplevelse og meninger er avgjørende for fullstendig bildet, uten deres tilbakemeldinger risikerer vi å gå glip av faktorer som brukervennlighet, tilfredshet og eventuelle utfordringer. En ting som Linn legger merke til som respons på digitale konsultasjoner, er at det er flere i yngre generasjon enn eldre generasjon som velger å benytte seg av digitale konsultasjoner. Da eldre generasjon ikke er gode nok/ eller har forståelse for denne type teknologien. Dette er en viktig observasjon å legge merke til, at eldre pasienter kan ha ulike behov og utfordringer knyttet til teknologibruken, og at det er viktig å sikre seg at digitale helsetjenester er tilgjengelig og brukervennlig for alle aldersgrupper.

Flest yngre, det er klart at er du 80 år så har du gjerne ikke data. Nei samfunnet vårt ikke så god på eldre folk. Nei. ((i respons av hvem bruker digitale konsultasjoner mest).

Linn.

Basert på våre innsamlede data, vil vi summere opp relevans av målsettingsteorien. Spesifikke mål anvendes for å sikre pasientinformasjon i samsvar med personvern og samtidig sikre at helsepersonell har fått nødvendig kompetanse for å utføre digitale tjenester som konsultasjoner. Dette innebærer klare definerte mål for opplæring og implementering av retningslinjer for håndtering av sensitive opplysninger ved digitale konsultasjoner.

Ved utfordrende mål setter vi fokus på balanse mellom tradisjonelle og digitale konsultasjoner, hvor det er den økte tidsbruken som følger med implementering av digitale konsultasjoner.

Dette innebærer en utfordring for legene hvor tiden ikke strekker seg med hensyn til å håndtere begge former for konsultasjoner innen begrenset tidsramme. Balanseringen krever realistiske målsettinger for å sikre både pasientens behov og helsepersonellens arbeidsbelastninger blir håndtert på en tilfredsstillende måte.

Tilbakemelding til leverandøren (Helsenorge) av digitale tjenester spiller også sentral rolle i å identifisere feil og forbedringsområder. Med fokus på å gi konstruktive tilbakemelding av helsepersonell som bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenesten. Målet er å sikre at digitale løsninger møter behovet til helsepersonell og pasienter på en sikker måte.

Målene som er satt for digitale konsultasjoner, bør være i samsvar med prinsippene om realistiske, rimelige og akseptable mål fra målsettingsteorien (Latham & Locke, 1991) for at det skal gi noe effekt og være optimal. Dette innebærer å sette mål som helsepersonellet oppfatter som oppnåelige og meningsfulle. Ved å sikre at målene er realistiske og rimelige, vil helsepersonell være mer motiverte til å jobbe mot dere felles eller individuelle mål for implementering av digitale konsultasjoner. Dermed er målsettingsteoriens prinsipper (spesifikke mål, utfordrende mål og tilbakemelding) relevant for å sikre effektivt og målbevisst atferd for vekst i digitale konsultasjoner.

4.3 Indre motivasjon

Å måle indre motivasjon på andre mennesker er ikke alltid lett, ettersom det handler om hvordan personen har det inni seg. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Når vi intervjuet våre studiedeltakere prøvde vi å holde en naturlig samtale slik at vi kunne bygge en tillit som lot oss stille dypere spørsmål relatert til indre motivasjon. Deltakerne fikk heller ikke vite om at vi ønsket å måle deres motivasjon, og ble fortalt at vi

ville høre om deres tanker rundt bruk av digitale konsultasjoner i helsevesenet. Etter å ha stilt spørsmål rundt generell bruk av digitale konsultasjoner, spurte vi deltakerne hvordan de selv opplevde bruken av digitale konsultasjoner, som var et naturlig vendepunkt etter at vi hadde snakket generelt om digitale konsultasjoner.

Indre motivasjon øker dersom individet utfører en handling fordi handlingen er drevet av individets indre verdier, interesser eller ønsker. (Deci & Ryan, 2000) Flere av deltakerne forklarer at disse digitale konsultasjonene ikke er helt optimale. «Anders» og «Unni» forklarer at disse konsultasjonene ikke er særlig optimale på grunn av at det er vanskelig å undersøke eventuelle symptomer som har blitt nevnt og at det er best for de fleste pasienter å bli undersøkt fysisk. Dette kan være med å svekke den indre motivasjonen relatert til digitale konsultasjoner, fordi det ikke samsvarer med deres verdier og ønsker.

Videre svarer de at de ofte sitter langt utover arbeidsdagen for å klare å svare på disse konsultasjonene, og at det er med på å øke de allerede mange oppgavene de har fra før. Dette kan også forklarer hvorfor helsepersonell er utsatt for overbelastning, utbrenthet og manglende motivasjon. (Gardner, et al., 2018)

For vanskelige oppgaver fører til redusert motivasjon og stress (Scasserra, 2008) Deltakerne svarer at digitale konsultasjoner har ført til økt arbeid for dem, som gjør at de må jobbe lange dager for å kunne fullføre konsultasjonene. Dette er noe som er med å påvirke deres indre motivasjon negativt.

«Det er klart det er blitt masse oppgaver til fastlegene. Så det kommer i tillegg. Det blir ikke ofte optimalt med disse, særlig hvis det er symptomer som bør undersøkes. Det er klart for noen pasienter som ikke kan komme og ikke har mulighet til å komme til oss, det fungerer. Men det beste hadde vært egentlig å komme hit for å bli undersøkt og lyttet på. Så en grundig utredning er det beste for de fleste pasienter. Men når oppgavene er så mye som nå, hender det ofte at vi dessverre sitter lenger utover dagen og ser gjennom på disse og jobber. Av og til sitter vi til natten og skriver tilbake på e-konsultasjonene.»

Anders

«Ja det er alt for mye, men det er jo fordi at work-loaden er stor i allmennmedisin i utgangspunktet. Kanskje hatt noe positiv effekt med de e-konsultasjoner, men har også laget

masse mer jobb. Og alt kan ikke uansett gjøres på en e-konsultasjon. Det kommer jo av og til spørsmål om jeg har vondt i et kne, hva kan det være, ikke sant? Og du vet ingenting mer om det kneet er ikke sant? Det er jo en ting som må fysisk undersøkes, og folk skjønner ikke alltid at slike ting egner seg kanskje ikke for en e-konsultasjon.»

Unni

På den andre siden er selvbestemmelse og autonomi med på å styrke indre motivasjon. (Deci, Olafsen, & Ryan, 2017) Deltakerne svarer at de kan velge å gjøre ferdig disse digitale konsultasjonene hjemmefra eller når de har tid. Det kan dermed dukke opp konsultasjoner som trenger akutt behandling, og de må dermed sjekke opp regelmessig om det har dukket opp noe som kanskje trenger umiddelbar respons. Dette indikerer at legene har autonomi og kan selv bestemme hvordan de vil utføre disse konsultasjonene. Videre avgjør de selv basert på deres egen kompetanse om det er noen pasienter som trenger umiddelbar hjelp. Dette bidrar til økt indre motivasjon.

«Ja, det er ofte det vi gjør (I respons til om de har mulighet til å ta konsultasjonene hjemmefra), også i helgene har vi e-konsultasjoner.»

Anders

«Jeg går aldri hjem uten å ha gått igjennom alle konsultasjonene, og ser på hva som er akutt og hva som kan ventes med»

Unni

4.4 Ytre motivasjon

Ytre motivasjon oppstår når en person utfører en aktivitet eller en handling som svar på deres ytre belønninger eller press. Handlingen vil være drevet av ytre faktorer og individet vil føle mindre autonomi i handlingen vedkommende utfører (Deci & Ryan, 2000). Ytre motivasjon kan dermed ha ulike former for regulering slik som Gagne & Deci (2005) forklarer i integrasjonsteorien. Teorien viser at høy grad av integrert motivasjon kan virke som indre motivasjon hos ansatte, og at ytre motivasjon nødvendigvis ikke er kun påvirket av ytre insentiver. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Gjennom intervju med deltakerne har vi prøvd å måle hvor integrert digitale konsultasjoner, som aktivitet, er hos helsepersonell.

Ekstern regulering er den mest kontrollerte typen motivasjon, hvor individets motivasjon og atferd er kontrollert av ytre faktorer. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Her utfører individer aktiviteter kun for å oppnå egne fordeler og føler ingen tilhørighet til aktivitetene. Flere deltakere ser verdien i bruk av digitale konsultasjoner, og integrerer den i egen praksis som lege. Selv om det fører til mer arbeid for dem, erkjenner de at digitale konsultasjoner er med på å effektivisere enkelte prosesser som å tilby sykemeldinger eller resepter til pasienter. Derfor velger de likevel å gjennomføre disse konsultasjonene fordi de ser verdien av det i enkelte tilfeller for både pasient og seg selv. Dersom en aktivitet er ekstern regulert utføres den av individer på grunn av forventinger, press eller ytre pålegg, uten å se nytten eller verdien i selv handlingen. (Gagne & Deci, 2005)

«for eksempel en forlengelse av en sykmelding hvor en pasient hvor du vet at pasienten skal opereres om 3 måneder og må ha sykmelding frem til da, så er det veldig greit å kunne både for pasienten og slippe å måtte dra hit og og for meg også. Og bare kunne forlenge den sykmeldingen.»

Unni

«Men også en annen ting som e-konsultasjon kan hjelpe med. Det er når vi ikke har akutte timer ledig, så kan de heller sende inn en e-konsultasjon, for eksempel. Jeg er syk, og jeg trenger en sykemelding. Da har de på en måte kommentert på at jeg er syk fra den og den datoen, ikke sant, så hvis de eventuelt skulle få en time litt senere så da kan legen tilbake datere sykemeldingen.»

Stine

«Nei, det er det selyfølgelig hvis det litt kompliserte ting med symptomer og diverse ting, så bør man bare komme på en fysisk time, det er det beste. Men, det er ofte som sagt. Kan det være enkle ting som kan gjøres på den måten, så det beste er å komme hit hvis man har litt diffuse symptomer og som bør utredes. Men hvis det er enkle ting spørsmål om diverse ting, da kan det være greit å ha den rede for gjennom digitale konsultasjoner.»

Anders

Introjeksjon kommer også under kontrollert motivasjon, og forklarer at individer handler etter skam, skyldfølelse eller selvsentrisk engasjement i denne typen regulering. Ansatte er motiverte fordi de ønsker å vise seg frem og få anerkjennelse eller unngå skam og opprettholde sin verdighet. (Gagne & Deci, 2005) Deltakerne i studie ser verdien av å bruke digitale konsultasjoner og hvordan det er med på å gi en bedre pasientbehandling. Dette forklarer et bevisst valg som er i tråd med deres mål og verdier, og en dypere form for motivasjon. Dersom dette hadde vært en form for introjeksjon, hadde deltakerne utført digitale konsultasjoner for å unngå konflikt med eksterne autoriteter eller for å unngå negativ selvoppfatning. Vi fikk dermed ingen resultater som kan tyde på en slik motivasjon hos deltakerne i studie.

«Nei, jeg har ikke vært borti noe som tyder på at det er noe sånt, spesielt press utenfra.»

Stine

Identifisert regulering er en mer autonom og internalisert form for ytre motivasjon, der aktiviteten man utfører er mer i tråd med sine personlige verdier og mål. (Gagne & Deci, 2005) Aktivitetene i denne type regulering er mer autonome, selv om målene for aktivitetene er fastsatt av ledelsen, har de ansatte rom for å utføre aktiviteten slik de ønsker til en viss grad. Våre funn tyder på at mange av deltakerne internaliserer verdien av digitale konsultasjoner og integrerer denne i stor grad i deres profesjonelle praksis. Selv om det er utfordringer som oppstår ved bruk av digitale konsultasjoner, som økte begrensinger ved undersøkning av pasientenes symptomer og arbeidsbelastning, anerkjenner deltakerne verdien og nytten ved bruk av dette i enkelte tilfeller. De fører derfor disse konsultasjonene i henhold til en indre forståelse av verdien til denne praksisen.

Følelse av autonomi og selvbestemmelse er med på å støtte den indre motivasjonen til deltakerne. De føler en grad av autonomi i hvordan de ønsker å bruke konsultasjonene, som bidrar til et styrket engasjement til verktøyet. De prioriterer pasientene basert på deres egen kompetanse, i tillegg til at de kan velge hvor og når de vil utføre konsultasjonene. Slik som det er beskrevet i forrige regulering, opplever ikke deltakerne eksterne forventninger eller press knyttet til konsultasjonene. Funnene tyder på at digitale konsultasjoner har en identifisert form av regulering hos deltakerne. Dette kan forklares ved at deltakerne opplever autonomi til en viss grad når de utfører konsultasjonene, der de har mulighet til å velge tidspunkt og sted. Videre har de også muligheten til å håndtere pasienter basert på deres

kompetanse, og behandle dem basert på dem de føler har behov for det. Deltakerne anerkjenner også verdien av digitale konsultasjoner selv om verktøyet har begrensninger og bidrar til økt arbeid for dem.

Integrert regulering er den mest autonome typen av ytre motivasjon, der individers handlinger er i fullt samsvar med deres verdier og identitet. (Gagne & Deci, 2005) Handlingene i denne typen motivasjon ligner på indre motivasjon, men er likevel ytre motivasjon på grunn av at handlingen er påvirket av ytre faktorer. Handlingene i denne reguleringen føles naturlige og aksepterte hos individet, og utføres ved en stor grad av autonomi.

Våre funn viste ikke at integrert regulering var en dominerende drivkraft hos deltakerne, selv om deltakerne verdsetter og anerkjenner fordeler med digitale konsultasjoner i enkelte aspekter av deres arbeid. Resultatene viser dermed ikke en fullstendig integrasjon av aktiviteten hos helsepersonellers personlige identitet og verdier. Årsaker til dette kan være tekniske begrensninger, begrensninger ved interaksjon med pasienter, eller en følelse av at fysisk pasientkontakt og konsultasjoner ikke fullt kan erstattes av digitale konsultasjoner. Digitale konsultasjoner ble ikke brukt før noen år tilbake, der helsepersonell hadde andre måter å holde interaksjoner med pasienter.

«Vi har brukt det siden covid..»

Unni

«Det har blitt noen år nå, men det ble mer vanlig under covid.»

Anders

Denne sterke identiteten som er bygget rundt personlig interaksjon og direkte pasientkontakt kan være grunn for at digitale konsultasjoner ikke oppnår full integrering. Selv om digitale konsultasjoner bringer sine fordeler og er en frisk pust i pasientbehandlingen, kan den føles som en drivkraft som fører dere bort fra deres kjerneidentitet som omsorgsgivere. Den nye arbeidsmetoden kan være med på å skape et misforhold med de eksisterende verdiene som ligger i grunn for helsepersonell, som videre forårsaker at digitale konsultasjoner ikke blir fullstendig integrert i deres selvforståelse.

En annen viktig faktor for å oppnå full integrasjon kan være kulturell og organisatorisk støtte. Integrasjon av nye metoder og praksiser i profesjonelle miljøer krever full støtte fra

organisasjoner, og tiltak som viser verdsettelse og fremmelse av metoder og praksiser. Resultatene viser til manglende støtte og ressurser i bruk av digitale konsultasjoner som er essensielt for å oppnå en mer integrert regulering hos deltakerne. Eksempler på dette har vært mangelfull opplæring i bruk av verktøyet, der mange av deltakerne har måtte funnet ut mye på egenhånd, som igjen viser lite støtte til digitale konsultasjoner av helseorganisasjoner.

«Nei, fikk ikke noe opplæring før verktøyet var på plass»

Anders

«Nei, vi hadde vel en da vi gikk over til helseNorge, så hadde vi en sånn digital opplæring med en ifra helse Norge som viste oss litt ja rundt å si ja»

«var en halv time, så det var det var litt mye læring på egenhånd»

Unni

For å oppnå en integrert regulering av digitale konsultasjoner hos helsepersonell, er det viktig for helseorganisasjoner å iverksette tiltak som er med på å minke disse gapene som eksisterer. Dette kan gjøres ved å utvikle og forbedre de digitale plattformene konsultasjonene blir brukt på, slik at de er mer relevante og brukervennlige for helsepersonell. Videre er det også nødvendig med opplæring i bruk av digitale konsultasjoner, som kan starte på utdanningsløpet til helsepersonell. Dette kan være med på å skape tilknytning og gjøre digitale konsultasjoner og andre digitale verktøy som en del av deres profesjonelle identitet.

4.5 De 3 psykologiske behov

De 3 psykologiske behovene er presentert av Deci & Ryan (2002), som en miniteori under deres kjente selvbestemmelsesteori. Teorien hevder at menneskelig motivasjon kan bygge på tre grunnleggende psykologiske behov, autonomi, kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 2000). Disse behovene er viktig at blir tilfredsstilt hos mennesket, ettersom det fremmer trivsel, engasjement og ytelse. Dersom disse ikke blir tilfredsstilt kan det ha en negativ effekt på de nevnte fordelene. I teoridelen gikk vi detaljert inn på hvorfor og hvordan disse behovene bør/kan bli oppfylt ved bruk av digitale konsultasjoner.

4.5.1 Kompetanse

Behovet for kompetanse er et av de 3 psykologiske behov, og forklarer viktighetene av å føle seg effektiv og dyktig i de aktivitetene man gjør som videre bidrar til motivasjon og personlig vekst. (Deci, Olafsen, & Ryan, 2017) For helsepersonell som bruker digitale konsultasjoner er det viktig at de opplever at de er kompetente nok til å bruke verktøyet, ettersom det kan være avgjørende for deres generelle jobbtilfredshet og deres tilpasningsevne. Resultatene fra dybdeintervjuene viser til at deltakerne hadde svært god kontroll på bruk av verktøyet, og klarte ganske enkelt å komme seg inn i det når det skulle bli brukt i jobbsammenheng. Dette kan vise til at deltakerne hadde god erfaring og klare for de faglige og tekniske aspektene av denne typen pasientbehandling. Selv om deltakerne forklarer at de ikke hadde en veldig grundig opplæring, kan bra infrastruktur på konsultasjonssystemet forklare deres tilpasning til verktøyet.

«det har ikke vært tatt mye tid på en måte, for det er integrert i systemet. Sånn at det er lett å se på en måte hvordan man skal bruke verktøyet.»

Anders

«Ja, det er enkelt å bruke ja»

«Ja, for oss så er det, for det snakker jo med journalsystemet, så jeg kan bare skrive i journalsystemet mitt og konsultasjonen kommer direkte inn dit. Det var litt verre da vi hadde pasientsky, for det var jo et eget system utenom journalsystemet, så da var det mye sånn klipp og lim og klipp og lim tilbake igjen, ikke sant, for å få det til så det er lettere nå.»

Unni

«Ja det, det har vi jo, vi har jo fått opplæring, så vi veit hvordan vi skal utføre en digital konsultasjon.»

Stine

Videre viser resultatene til deltakernes tilpasningsdyktighet og en positiv holdning til å utvikle sin kompetanse og ferdigheter, og implementere nye arbeidsmetoder på arbeidsplassen. Slik ønske om å kontinuerlig utvikle sin kompetanse som helsearbeidere kan forklare en sterk yrkesidentitet og ønske om å stadig forbedre pasientomsorg slik at det blir gjort på den mest effektive og beste måten.

Selv om det viser seg at deltakerne har god kompetanse gjennom dybdeintervjuene, ble det også rapportert enkelte utfordringer og mangler med digital konsultasjon. Enkelte deltakere

ønsket en bedre teknologisk integrasjon slik at de kunne håndtere flere forskjellige situasjoner gjennom digitale konsultasjoner, for eksempel undersøkning av symptomer. Det kom også frem at det ble foretrukket fysiske konsultasjoner, på grunn av dårlig kommunikasjon mellom pasient og lege gjennom digitale konsultasjoner, førte til unødvendig sløsing av tid.

Tilbakemeldingene viser til at deltakerne har brukt mye digitale konsultasjoner og har stor kompetanse rundt det, som gjør at de vet hvilke smutthull som må fylles for at verktøyet skal bli mer effektivt og brukbart for pasientbehandling.

«skal du svare tilbake igjen og spør om ting, ikke sant? Og så må du vente på at det kommer et svar fra den andre enden igjen, ikke sant? Og det er absolutt ikke tidsbesparende. Kunne spart mye mer tid på å ha dem inne på kontoret.»

Unni

Det er kanskje greit at vi har det og at det finnes, men da skal man være veldig obs på at man ikke overser viktige ting som kan kanskje være tegn på en alvorlig. så det at man er litt obs på det, for pasienten skriver kanskje litt kort om symptomene, men det kan ofte være feiltolkning av disse, altså at de har tolket ting feil selv, så det er derfor bør man være litt i tvil ved det, og kanskje komme til en vanlig fysisk time da.

Anders

For å oppsummere viser resultatene fra dybdeintervjuene høy kompetanse i bruk av digitale konsultasjoner hos deltakerne, men det var enkelte aspekter av verktøyet som deltakerne mente krevde forbedringer. Dette viser at helsevesenet må investere mer i utviklingen av digitale konsultasjoner og kompetanse, for å forbedre kvaliteten på digitale konsultasjoner og tilby en mer effektiv pasientbehandling. Samtidig viser resultatene at behovet for kompetanse er i stor grad oppfylt hos deltakerne, som videre er med på å øke motivasjon.

4.5.2 Autonomi

Autonomi er et av de 3 psykologiske behovene som er viktig at blir oppfylt hos individer, slik at de er mer motiverte og effektive til å utføre deres oppgaver. (Gagne & Deci, Self-determination theory and work motivation, 2005) Gjennom dybdeintervju med deltakerne har vi ønsket å finne ut om digitale konsultasjoner er med på å dekke behovet av autonomi, og hatt det som et sentralt element som kan påvirke deres motivasjon.

Resultatene fra intervjuene viser til at deltakerne opplever autonomi til en viss grad, iform av at de selv kan velge hvordan de vil gjennomføre disse konsultasjonene. Dette kommer frem ved at flere av deltakerne svarer at de har mulighet til å gjennomføre dem på ønsket sted iløpet av 1-5 virkedager. Samtidig tar de også egne vurderinger og prioriterer pasienter utifra deres vurdering av pasientenes behov for behandling.

«Det er mer fleksibilitet. Ja, så vi får gjennomført dem når det passer meg på ettermiddager, en annen dag for eksempel, så lenge det ikke er noe akutt»

Anders

«Nei, det kommer i det. Det står når du går inn på helse Norge, så står det at e-konsultasjonene besvares innen 5 døgn, så det egner seg jo ikke for akutte ting, men du får jo stadig spørsmål om det, ikke sant? Akutt vondt i halsen, høy feber, sårne ting og det kommer jo inn, så jeg ser alltid igjennom. Jeg går aldri hjem uten å ha sett igjennom. Hva kan vente og hva må jeg besvare med en gang.»

Unni

På den andre siden blir også autonomien begrenset ved enkelte aspekter av digitale konsultasjoner. Deltakerne forklarer blant annet at verktøyet har begrenset funksjonalitet og er ikke brukervennlig for pasientomsorg i alle situasjoner. Dermed bidrar dette til at deltakerne ikke får fullt utøvet autonomi. Det kom også frem gjennom dybdeintervjuene at deltakerne hadde 1-5 virkedager på å svare, noe som kan være med å gi tidspress på grunn av mange andre arbeidsoppgaver legen har å gjøre. Dermed vil dette også være med på å virke negativt på følelsen av autonomi hos deltakerne.

«Vanligvis er det vel en svartid på 1-5 virkedager da på e-konsultasjoner, så da får pasienten tilbakemelding på den e-konsultasjonen i fra fastlegen.»

Ingun

«Og alt kan ikke uansett gjøres på en e-konsultasjon. Det kommer jo av og til spørsmål om jeg har vondt i et kne, hva kan det være, ikke sant? Og du vet ingenting mer om det kneet ikke sant? Det er jo en ting som må fysisk undersøkes, og folk har ikke helt skjønt at dette egner seg kanskje ikke for en e-konsultasjon.»

Unni

Videre viser resultatene fra dybdeintervjuene at deltakerne ikke er helt fornøyde med interaksjonen mellom lege og pasient. Det kommer frem at det personlige forholdet og den direkte ansikt-til-ansikt kontakten, som kommer frem ved fysiske konsultasjoner, blir hemmet i stor grad gjennom digitale konsultasjoner. Dette gjør at deltakerne har begrenset autonomi til å velge metoder de ønsker å behandle pasient med og har ikke kommunikasjonsformer som er med på å opprettholde det emosjonelle og profesjonelle forholdet mellom pasient og lege.

«Jeg syntes det mangler ganske mye i den nonverbale kommunikasjonen mellom pasient og lege.»

«En ting er jo hvis pasienten gir kjapt svar tilbake igjen, men det er det jo ofte ikke, ikke sant? Fordi jeg har sendt en melding og spurt om noen ting og så venter du time for å få svaret»

Unni

«man være veldig obs på at man ikke overser viktige ting som kan kanskje være tegn på noe alvorlig. så det at man er litt obs på det, for pasienten skriver kanskje litt kort om symptomene, men det kan ofte være feiltolkning av disse, altså at de har tolket ting feil selv, så det er derfor bør man være litt i tvil ved det.»

Anders

Resultatene fra intervjuene viser at behovet for autonomi hos deltakerne blir oppfylt til en viss grad ved bruk av digitale konsultasjoner. Dermed er det også enkelte aspekter av konsultasjonene som påvirker behovet for autonomi negativt, som helseorganisasjoner kan forbedre. Resultatene viser til at funksjonaliteten til digitale konsultasjoner må forbedres slik at helsepersonell kan løse mer komplekse problemstillinger gjennom verktøyet. Deres autonomi til å ta i bruk forskjellige behandlingsmetoder blir hemmet på grunn av redusert kapabilitet til å tilby optimal pasientomsorg gjennom digitale konsultasjoner. Det oppstår også en usikkerhet rundt verktøyet på grunn av at symptomer som kan bli tolket feil, og det er derfor enda viktigere for helsepersonell å gå gjennom disse på en nøye måte.

Dårligere kommunikasjon mellom pasient og lege er også med på å påvirke deltakernes autonomi negativt, ettersom de ikke får uttrykt full selvbestemmelse på grunn av mangel på opplysninger og realiteten av situasjon. Dette er på grunn av som vi tidligere har nevnt, at helsepersonell ikke vet om symptomene er tolket riktig av pasient og kan derfor begrense behandlingsmetoder på grunn av usikkerhet rundt pasientens tilstand. Utifra funnene virker

«Live-konsultasjoner på video» som et godt alternativ som kan løse mange av disse problemene, og dekke behovet for autonomi hos helsepersonell i større grad. Det er dermed viktig å merke at helsepersonell også må håndtere de fysiske konsultasjonene som de har i mye større grad enn digitale konsultasjoner, og at de har en viss grad av arbeidskapasitet.

4.5.3 Tilhørighet

Tilhørighet er det behovet vi referer til en persons opplevelse av å være en del av ett felleskap eller en gruppe, Opplever sosial støtte og tilhørighet. Mennesket blir motivert når de får en følelse av å være en del av et felleskap, og har positive relasjoner og interaksjoner med andre (Deci & Ryan, 2000) Resultatene viser at digitale konsultasjoner har vært med å styrke kommunikasjon mellom helsepersonell. Deltakerne forklarer at de lettere kan utveksle informasjon med andre helsepersonell på tvers av avdelinger innenfor helsesektoren (sykehus, hjemmesykepleien og andre helseinstitusjoner).

«Vi kan overføre og kommunisere med kolleger gjennom e-konsultasjon og overføre informasjon om pasienter hvis det er nødvendig. Utifra informasjon kan de vurdere om pasienten må på sykehuset. Også er det mulig å kommunisere med leger fra sykehus angående pasienter som har vært der, og utveksle informasjon som kan være viktig for behandlingen av pasienten.»

«Det har blitt mye bedre, synes jeg, etter at e-konsultasjoner har kommet. Det er lettere å kontakte, komme i kontakt med de vi ønsker. Ja, det er det.»

Anders

Det er faktisk en av de tingene som har hjulpet mye. Du kan i stedet for å ringe å sitte og vente i evigheter på å snakke med denne spesialist, så kan du nå sende en plo melding,

Unni

God kommunikasjon mellom ansatte er med på å skape gode relasjoner, noe som er tilfelle hos deltakerne. Dette er da med på å styrke følelse av tilhørighet, og styrker båndet mellom

helseorganisasjoner. Det fører til at helsepersonell som bruker verktøyet får en følelse av å være en del av et større profesjonelt felleskap.

Videre viser funnene også at alle deltakerne hadde erfaring med digitale konsultasjoner, selv om ikke alle hadde brukt det. Dette er også med på å styrke det profesjonelle felleskapet og skape følelse av tilhørighet, der alle kan diskutere erfaringer og komme med innspill til alternative metoder å bruke verktøyet på. Det gjør også at helsepersonell føler at de kan samarbeide og har et felles mål de jobber mot. Dette skaper bedre trivsel på arbeidsplassen og øker motivasjon.

En faktor som er med på å redusere behovet for tilhørighet, er manglende muligheter og begrensinger ved bruk av digitale konsultasjoner som hindrer helsepersonellers forhold og samhørighet til pasientene. Deltakerne har forklart at foretrekker fysiske konsultasjoner på grunn av at de kan forstå situasjonen til pasienten bedre når de kommer fysisk fremfor digitalt. Videre er forholdet mellom pasient og lege ganske tett, ettersom de håndterer personlige problemstillinger til pasienter. Dette forholdet blir da i stor grad påvirket på en negativ måte, fordi de ikke lenger har fysisk interaksjon og kun kommuniserer gjennom digitale konsultasjoner.

«Jeg syntes det mangler ganske mye ut av den nonverbale kommunikasjonen i seg selv»

Unni

På den andre siden har helsepersonell en fin blanding av fysiske og digitale konsultasjoner, som gjør at deres følelse av tilhørighet, spesielt til pasienter, ikke blir påvirket i like stor grad, som hvis de kun hadde digitale konsultasjoner.

«Og det noen dager, så har jeg kanskje 20 pasienter på kontoret, og så har jeg kanskje 20 e-konsultasjoner som må gjøres etter kontortid.»

Unni

Vi kan se gjennom funnene at digitale konsultasjoner har hatt en påvirkning på følelsen av tilhørighet hos deltakerne. Konsultasjonene har vært med å styrke kommunikasjon på tvers av helseorganisasjoner og avdelinger. De føler en sterkere tilknytning og kommuniserer mye bedre med hverandre enn tidligere. Mer effektivitet og lettere tilgjengelighet har gjort de kan samarbeide mye mer effektivt enn tidligere, som gjør at deltakerne kan føle seg en del av et større felleskap som jobber mot et større mål.

Det er også funn som indikerer enkelte utfordringer knyttet til digitale konsultasjoner som påvirker deltakernes opplevelse av tilhørighet. Blant annet tap av personlig interaksjon med pasient og det profesjonelle forholdet som ellers er tilstede ved fysiske konsultasjoner. Vi ser likevel at deltakerne ikke kun bruker digitale konsultasjoner, og har en balanse mellom digitale og fysiske konsultasjoner, som gjør at deltakerne ikke taper alt av personlig interaksjon med pasient.

5 Konklusjon og implikasjoner

Gjennom denne oppgaven har vi fått innsiktsfulle og interessante funn på hvordan digitale konsultasjoner har vært med å påvirke motivasjonen til helsepersonell. Motivasjon er et av de viktigste faktorene som får et individ til å utføre en handling, og mangel på motivasjon kan resultere til negativ effekt på handlingen. (Deci & Ryan, 2000) Digitale konsultasjoner var noe som ble introdusert under covid, og har siden vært en del av pasientomsorgen. Vi har i denne oppgaven brukt sentrale motivasjonsteorier til å måle motivasjon til helsepersonell ved bruk av digitale konsultasjoner. Rammeverkene som har blitt brukt er sentrale teorier innenfor motivasjonsemne, som blir brukt til å måle motivasjon hos individer. Det har vært gjort mange studier tidligere på motivasjon, men har ikke blitt koblet opp mot digitale konsultasjoner. Funnene våres i denne oppgaven viser at digitale konsultasjoner har hatt positive innvirkninger på motivasjonen til helsepersonell samt enkelte negative aspekter som bidrar til redusert motivasjon.

Et av de teoretiske rammeverkene som ble brukt var teorien om de 3 psykologiske behovene av Deci & Ryan (2002), som er med på å styrke motivasjon dersom de blir møtt.

På den ene siden har funnene vist at digitale konsultasjoner er med på å oppfylle behovet for autonomi og selvbestemmelse, der deltakerne kunne i stor grad utøve autonomi og selv bestemme hvordan de ønsket å utføre konsultasjonene. Dette er med på å styrke deres motivasjon til å utføre digitale konsultasjoner.

Videre viste funnene at deltakerne hadde oppfylt behovet for kompetanse i stor grad, og hadde god kontroll på hvordan verktøyet skulle brukes. Et overraskende funn viser også at helsepersonell som ikke bruker digitale konsultasjoner også visste hvordan konsultasjonene foregår. Dette viser at verktøyet er godt designet, som gjør det enkelt å integrere verktøyet i det eksisterende systemet som blir brukt av helsepersonell. Dette er en faktor som bidrar til økt kompetanse og lettere/raskere tilpasning og læring.

Videre viser også resultatene at deltakerne har en sterk yrkesidentitet og er villige til å konstant forbedre pasientomsorgen, som er en drivkraft for positive holdning til å ta imot nye arbeidsmetoder, tilpasse og videre utvikle sine ferdigheter som omsorgsgivere. Det er dermed behov for videre utvikling av verktøyet og krever derfor investering fra helsevesenet.

Teknologiske begrensinger fører til begrenset kvalitet på pasientbehandling fra helsepersonell, som også er med på å begrense deres behov for kompetanse. Investering av helsevesenet kan

også innebære å investere i gjennomgående evalueringer av digitale konsultasjoner slik at ønsker og krav av pasienter og helsepersonell kan bli møtt. Dette vil ytterlig være med på å oppfylle behovet for kompetanse hos helsepersonell.

Begrenset tilbud av omsorg gjennom digitale konsultasjoner er også med på å begrense autonomi hos helsepersonell, der de ikke får fullt utøvet autonomi og selvbestemmelse på grunn av teknologiske begrensinger. Selv om deltakerne også har inntil 5 dager på å svare digitale konsultasjoner, kan dette føre til tidspress på grunn av mange andre oppgaver som deltakerne forklarer at de har. Videre blir også autonomien til deltakerne påvirket der de har begrenset med behandlingsmetoder, og har derfor en begrenset autonomi til å ta beslutninger. Resultatene viser også kommunikasjonsutfordringer mellom pasienter og leger, som kan føre til feiltolkning av informasjon, tidssløs og begrenset autonomi til å ta beslutninger på grunn av mangel/uklar informasjon fra pasienter.

Mulige implikasjoner for disse funnene er å ha en «live-konsultasjonsløsning», hvor lege og pasient setter av en spesifikk tid som fysiske konsultasjoner, og holder en konsultasjon. Dette kan være med på å øke følelsen av interaksjon og tillit mellom pasient og lege, samtidig som det gir økt følelse av autonomi for legen som får en klarhet på hvilke behandlingsmetoder som bør brukes for pasienten. Videre kan det også bli tatt i bruk retningslinjer for pasienter som er satt av helsepersonell, som bidrar til at pasientene kan beskrive deres symptomer på en mer nøyaktig måte, slik at helsepersonell kan bruke informasjonen de får til å behandle pasienten mer effektivt. Deretter kan helsevesenet investere i teknologien som støtter for raskere og tydeligere interaksjon og kommunikasjon mellom pasient og lege.

Funnene viser også en styrket tilhørighet blant helsepersonell der konsultasjonene har bidratt til bedre kommunikasjon og lettere tilgjengelighet. Dette skaper et større felleskap blant helsepersonell på tvers av avdelinger som sammen jobber mot et større mål. Deltakere som ikke selv benyttet verktøyet, men hadde peiling på hvordan verktøyet fungerer, vil også klare å oppfylle behovet for tilhørighet ettersom de kan diskutere og snakke om verktøyet sammen med andre uten å bli ekskludert. Videre har deltakerne en kombinasjon og balanse mellom digitale og fysiske konsultasjoner, som gjør at de kan opprettholde den personlige interaksjon og tilhørigheten til pasientene. Resultatene viser til at behovet for tilhørighet er oppfylt hos deltakerne i stor grad, som videre bidrar til styrket motivasjon. Det er dermed mangel på god interaksjon og kommunikasjon ved digitale konsultasjoner, som kan være med på å redusere

tilhørigheten hos deltakerne. For å styrke og håndtere disse begrensingene er «live-konsultasjoner» et godt alternativ som kan minske kommunikasjonsgapet som finnes idag. Videre er det viktig at helsevesenet tar imot kontinuerlige tilbakemeldinger fra både pasient og lege, slik at de kan løse utfordringene som finnes og kommer til å oppstå. Dette vil bidra til en økt tilknytning og tilhørighet til digitale konsultasjoner for begge parter.

Vi har også gjennom oppgaven prøvd å måle integrasjonsnivået av digitale konsultasjoner hos helsepersonell ved hjelp av integrasjonsteorien til Gagne & Deci (2005). Funnene viser at digitale konsultasjoner kommer under reguleringsnivået, identifisert regulering, der digitale konsultasjoner er i stor grad integrerte og autonome hos deltakerne og i tråd med deres profesjonelle identitet og verdier. Det er dermed enkelte aspekter av verktøyet, som teknologiske begrensinger og arbeidsbelastning, som gjør at den ikke oppnår et fullt integrert reguleringsnivå.

For å styrke og integrere digitale konsultasjoner ytterligere kreves teknologiske utviklinger innenfor digitale konsultasjoner slik at det blir mer brukervennlig, og seriøse håndtering av tilbakemeldinger til helsepersonell som bruker verktøyet slik at det blir vist at helseorganisasjoner støtter deres meninger. Dette vil videre bidra til sterkere integrasjon og tilknytning til digitale konsultasjoner. Videre er det også viktig at det blir vist støtte og tilbudt grundig opplæring i bruk av digitale konsultasjoner tidlig i studieløpet til helsepersonell. Dette vil være med på å internalisere verdien av digitale konsultasjoner tidlig i deres karriere og bidra til at digitale konsultasjoner er en integrert verdi og en del av deres profesjonelle identitet.

Tilslutt har vi også brukt målsettingsteorien til Latham og Locke (1991), som forklarer at spesifikke mål, utfordrende mål og tilbakemeldinger er essensielt for å oppnå høyere ytelse og motivasjon. Funnene viser til at digitale konsultasjoner krever bedre fordeling av arbeidsoppgaver, der alle konsultasjoner renner inn til legen. Spesifikke og klare fordelinger av oppgaver, som fornyelse av resepter eller sykemelding, kan bli filtrert gjennom andre helsepersonell, som vil bidra bedre ressursutnyttelse og økt ytelse hos helsepersonell.

Videre viser resultatene også at deltakerne har utfordrende mål, der de måtte strekke seg utenfor arbeidstiden for å kunne gjennomføre digitale konsultasjoner, som skal virke som motiverende drivkraft til å konsultasjonene. Vi fant derimot at det var mye overbelastning på

grunn av digitale konsultasjoner, og deltakerne svarte at det er blitt altfor mange oppgaver for dem å håndtere. Dette kan være med å gi en negativ effekt istedenfor en positiv motivasjonseffekt. og det er derfor viktig at det blir en bedre balanse mellom fysiske og digitale konsultasjoner, slik at det kan bli en motiverende drivkraft for helsepersonell.

6 Begrensinger i oppgaven

I denne delen skal vi identifisere og diskutere begrensninger som er knyttet til vår oppgave. Selv om studien har skapt verdifull innsikt i vår problemstilling om hvordan motivasjonen til helsepersonell har blitt påvirket ved bruk av digitale konsultasjonstimer, er det viktig å anerkjenne og identifisere begrensninger.

I utgangspunktet kunne vi styrket studien og innsikt i vår problemstilling, men på grunn av den begrensede tidsrammen har det begrenset i antallet av dybdeintervjuer og antallet på våre intervjuobjekter som har blitt inkludert i vår studie. Et større antall deltakere ville ha gitt et bredere spekter av ulike synsvinkler i vår problemstilling. En begrensning i studien var mangelen på erfaring med digitale konsultasjoner blant de nyutdannede legene. Siden nyutdannede ikke har vært borti digitale konsultasjoner i praksis før, hadde de lite kjennskap til digitale konsultasjoner.

Studien ville ha oppnådd en dypere forståelse av problemstillingen hvis vi hadde kunne intervjuet mer erfaren leger (minimum jobbet mellom 5-10 år) basert på deres omfattende erfaring innen helsesektoren og tilnærmingen til digitale konsultasjoner. En betydelig begrensning i denne studien var utfordrende tilgjengelighet til leger for dybdeintervjuer. På grunn av deres hektiske timeplan og begrenset tilgjengelighet, kunne vi kun gjennomføre dybdeintervju i felles pausen, eller under korte pauser mellom deres konsultasjoner. Dette resulterte til at antallet intervjuer var begrenset, og en stressende hverdag kan ha påvirket kvaliteten på svarene som ble samlet inn.

En annen ytterlig begrensning var tilgjengeligheten av legekontorer. Vi måtte begrense utvalget av legekontorer som var geografisk tilgjengelig for oss, noe som muligens kan ha påvirket variasjon i data, refleksjoner og erfaringer som ble samlet inn. På grunn av anonymiteten til intervjuobjektene har det vært nødvendig å begrense hvor mye detaljer som ble delt om hver enkel informant. Dette fører til utfordringer med å gi fullstendig bildet av deres perspektiver og erfaringer. Til tross for dette har vi forsøkt å presentere våre funn så informativt som mulig innenfor gitte retningslinjer for anonymisering.

En annen begrensning som vi ønsker å belyse er mangel på flere perspektiver, selv om vi var to personer som samarbeidet med å skrive i gruppen. Flere deltakere i forskningsprosessen kunne ha bidratt med et bredere spekter av innsikt, ideer og erfaringer som potensielt ville ha beriket vår analyseprosess og styrket relevant av funnene i studien.

7 Videre forskning

I dette kapitlet vil vi ta for oss fremtidig forskning på tema om hvordan bruken av digitale konsultasjoner har påvirket helsepersonellens motivasjon. For å få en dypere forståelse av tema, er det behov for videre forskning på dette området.

En måte å sette i gang videre forskning på, kan være å undersøke hvordan digitale konsultasjoner påvirker pasientens opplevelse og tilfredshet av pleie. Dette kan innebære å gjennomføre kvantitative studier, gjerne spørreundersøkelser som fokuserer direkte på pasientens erfaring med digitale konsultasjoner, og hvordan det påvirker pasientens tillit til helsepersonell.

En annen interessant forskning kan være å utforske ulike faktorer som pasientens digitale ferdigheter (da det ble argumentert av intervjuobjektet Linn at den eldre generasjonen er noe dårligere på å bruke «data») og helsepersonellens opplæring i digitale konsultasjoner. Det for å identifisere barrierer og utfordringer som kan påvirke brukervennligheten av digitale konsultasjoner, som kan være med på å utvikle mer tilpassende løsninger som samsvarer med behovene til helsepersonell og pasienten.

Tid er essensielt for helsesektoren, en forskning som undersøker tidsutfordringene legen står ovenfor, da tidsmangel har vist seg å være betydelig utfordring i balanse mellom tradisjonelle og digitale konsultasjoner. Det kan innebære å utforske metoder for å effektivisere arbeidsmåter, og prøve å utelukke overfladisk jobb som kan tas over av helsepersonell, vil frigjøre mer tid til legen for direkte pasientbehandling.

8 Referanser

- Andreas, E. S. (2022, mars 13). *Å motivere ansatte: Hva tidligere forskning kan lære oss om arbeidsmotivasjon i fremtiden*. Hentet fra Fagbokforlaget:
<https://oa.fagbokforlaget.no/index.php/vboa/catalog/download/6/7/83?inline=1>
- Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2019). *Business Research Methods (Fifth Edition)*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Braut, G. S. (2020, Juni 15). *Telemedisin*. Hentet fra Store Norske Leksikon:
<https://sml.snl.no/telemedisin>
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Duriez, B., . . . Ryan, R. M. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, ss. 216-236.
- Creswell, J. W., & Creswell, D. J. (2017). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: SAGE Publications.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000, Januar). *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. Hentet fra American Psychologist: DOI: 10.1037110003-066X.55.1.68
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-Determination Theory in Work Organizations: The state of a science. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, ss. 19-43.
- Fakta om legenes arbeidstid*. (2020, oktober 26). Hentet fra KS:
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/legetjenester/fakta-om-legenes-arbeidstid/>
- Gagne, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, ss. 331-363.
- Gagne, M., Forest, J., Vansteenkiste, M., Braud, L. C., Broeck, A. V., Aspeli, A. K., . . . Rous. (2014). The multidimensional work motivation scale: Validation evidence in seven languages and nine countries. *European Journal of work and organizational psychology*.
- Gardner, C. R., E., H., J., H., D., P. A., S., K., & M., L. (2018, Desember 5). Physician stress and burnout: the impact of health information technology. *Journal of American Medical Informatics Association*, ss. 106-114.

- Golz, C., Peter, K. A., Zwakhalen, S. M., & Hahn, S. (2021). Technostress among health professionals- A multilevel model and group comparisons between setting and professions. *Taylor & Francis: Informatics for health and social care*, ss. 137-149.
- Hans, k. R. (2023, April 18). *Lege jobbet 241 ekstravakter på ett år*. Hentet fra NRK: https://www.nrk.no/buskerud/legene-har-ingen-regler-om-arbeidstid-eller-hviletid-_allmenlegeforeningen-bekymret-1.16349528
- Hauglid, S. R. (2023, mai 11). *Stor mangel på helsepersonell: – Jeg sluttet da barn nummer to kom* . Hentet fra VG - Verdens Gang: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Knqj0G/nav-rapport-helsevesenet-mangler-13-000-ansatte>
- Helsedirektoratet. (2019, November 1). *E-KONSULTASJON OG TRIAGE HOS FASTLEGE*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20trriage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_/attachment/inline/498cccf064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c0283165
- Helsenorge. (2021, september 15). *Bruksvilkår for tjenester på Helsenorge – behandling av personopplysninger*. Hentet fra Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/personvern-og-nettsikkerhet/bruksvilkar-for-tjenester/>
- Hveem, E. B. (2015, Januar). *Forkning.no*. Hentet fra <https://www.forskning.no/arbeid-norges-handelshoyskole-partner/ledere-ma-hjelpe-ansatte-med-teknostress/519708>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (utgave 5)*. Abstrakt - Forlag.
- Klein, H. J., & Alge, B. (2000, Januar). *Goal Commitment and the Goal-Setting Process: Conceptual Clarification and Empirical Synthesis*. Hentet fra Journal of Applied Psychology : DOI: 10.1037//0021-9010.84.6.885
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Latham, G. P., & Locke, E. A. (1991, April). *A Theory of Goal Setting & Task Performance*. Hentet fra Article in Academy of Management Review: DOI: 10.2307/258875
- Lee, S.-g., Mun, S. K., & Levine, B. A. (2000, Januar). *Telemedicine: Challenges and opportunities*. Hentet fra Journal of High Speed Networks: https://www.researchgate.net/publication/220200890_Telemedicine_Challenges_and_opportunities
- Menom economics . (2022, mars). *TEKNOLOGI OG INNOVASJON I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN – MULIGHETER OG BARRIERER*. Hentet fra InFuture: https://www.nho.no/contentassets/6f72ebb49cbc46ddba2ce2038af36173/teknologi-og-innovasjon-i-helsesektoren-mulighetsrom-og-barrierer-notat-menon-infuture_endelig.pdf
- Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO). (2022, Mars). *TEKNOLOGI OG INNOVASJON I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN – MULIGHETER OG BARRIERER*. Hentet fra Menom Echnomics inFuture: https://www.nho.no/contentassets/6f72ebb49cbc46ddba2ce2038af36173/teknologi-og-innovasjon-i-helsesektoren-mulighetsrom-og-barrierer-notat-menon-infuture_endelig.pdf
- Parks, L., & Guay, R. P. (2009, November). Personality, values, and motivation. *Elsevier*, ss. 675-684.
- Regjeringen.no. (2020, Januar 30). *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000, Januar). *intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. Hentet fra University of Rochester: doi.org/10.1006/ceps.1999.1020
- Scasserra, D. (2008, juli 5). *The influence of perceived task difficulty on task performance*. Hentet fra Rowan Digital Works : <https://rdw.rowan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1753&context=etd>
- Silkoset, R., Olsson, U. H., & Gripsrud, G. (2021). *Metode, Dataanalyse og innsikt (utgave 4)*. Nydalen: Cappelen Damm Akademisk.

9 Vedlegg

9.1 Intervjuguide

- Takk for at du ønsker å stille til intervju og delta i studiet vårt
- Kort om vår studie og vårt formål
- Vi vil stille spørsmål angående bruk av digitale konsultasjoner i din arbeidshverdag, og det finnes ingen rette eller gale svar.
- Du kan selv velge om du ønsker å svare på spørsmålet eller ikke
- Dersom du føler at spørsmålet var uklart kan du gjerne spørre om å omformulere eller (Jacobsen & Thorsvik, 2007)oppklare spørsmålet
- Bekrefte at deltaker har lest informasjon i samtykkeerklæring og gitt samtykke
- Lydopptaket som blir tatt under intervjuet vil bli transkribert og lydfilen vil deretter bli slettet. Transkripsjonen vil også bli slettet etter at studie er fullført
- Ønsker du å stille noen spørsmål før vi starter?

Spørsmål om bakgrunn til deltaker

- Kan du beskrive kort om din rolle og dine arbeidsoppgaver?
- Hvor lenge har du jobbet som lege?
- Har du jobbet på andre steder i helsevesenet tidligere?

Generelle spørsmål angående bruk av digitale konsultasjoner

- **Kan du fortelle litt om hvordan du bruker digitale konsultasjoner?**
- Hvor lenge har du brukt digitale konsultasjoner i jobbsammenheng?
- Har det blitt mer bruk av digitale konsultasjoner de siste årene?
- Hvor ofte bruker du digitale konsultasjoner i jobbsammenheng? (hver dag, noen ganger i uken)
- Hvordan opplever du bruken av digitale konsultasjoner generelt i jobbsammenheng?

Digitale konsultasjoners effekt på motivasjon

- **Kan du fortelle litt om hvordan du selv opplever bruk av digitale konsultasjoner?**
- Ser du frem til å utføre digitale konsultasjoner? Når du går fra andre arbeidsoppgaver til digitale konsultasjoner
- Føler du at du har kontroll på det tekniske når du skal utføre konsultasjonene?
- Føler du deg ekstra stresset eller mer press når du utfører digitale konsultasjoner fremfor vanlig fysiske konsultasjoner?
- Fikk du opplæring i hvordan du skal utføre digitale konsultasjoner? Hvis ja, var den god nok eller måtte du finne ut av mye selv?

Målsettingsteorien

- **Kan du fortelle om hvordan opplæringen har vært for bruk av digitale konsultasjoner?**
- Fikk du noen opplæring i retningslinjer knyttet til personvern og sikkerhet ved bruk av digitale konsultasjoner? Har det vært viktig for deg?
- Gir du tilbakemeldinger på dine erfaringer av bruk av digitale konsultasjoner?
- Syntes du det noen ganger kan være utfordrende å bruke digitale konsultasjoner?
- Har det oppstått situasjoner hvor det har vært problemer eller noe vanskelig med verktøyet, der du selv har klart å ordne opp?
- Får dere tilbakemeldinger eller tips til forbedringer som kan gjøres av dere i bruken av digitale konsultasjoner?
- Hvis ikke, føler du at det ville hjulpet med å få tilbakemeldinger på hva du kan gjøre bedre?
- Føler du har klart å mestre og blitt bedre i bruken av digitale konsultasjoner over tid?
- Merker du noen forskjell i pasientene når du utfører digitale konsultasjoner fremfor fysiske konsultasjoner? (Er de mer åpen, føler de seg komfortable)

De 3 psykologiske behovene

Autonomi:

- **Hvordan strukturerer du digitale konsultasjoner du skal holde?**
- Kan du selv velge om du vil utføre digitale eller fysiske konsultasjoner?
- Har du en fast tidsperiode hvor du utfører digitale konsultasjoner, eller kan tiden variere fra dag til dag?
- Kan du utføre konsultasjonene fra steder utenom legekontoret? Fra hjem, hytte osv
- Syntes du at du enklere kan følge opp pasienter når du bruker digitale konsultasjoner?
- Syntes du at digitale konsultasjoner bidrar til en mer effektiv tiddstyring og tidsbruk? Der du baserer tidsbruken på pasientens situasjon?
- Syntes du at digitale konsultasjoner bidrar til mer autonomi og frihet i arbeidsdagen din? På hvilken måte?

Kompetanse:

- Fikk du tilstrekkelig med opplæring i bruk av digitale konsultasjoner?
- Ettersom dette ikke er en del av helsefaget, syntes du at dette var med på å øke din kompetanse som en lege?
- Var det en naturlig og enkel overgang fra å kun ha fysiske konsultasjoner, til å ta i bruk digitale konsultasjoner?
- Syntes du at det er en fordel at dere bruker digitale konsultasjoner eller ønsker du at det kun var fysiske konsultasjoner med pasienter?

Tilhørighet:

- **Bruker dere digitale konsultasjoner i andre aspekter av jobben?**
- Kolleger?
- Syntes du at dere er lettere tilgjengelige for hverandre med digitale konsultasjoner?
- Har du opplevd at det blir vanskeligere med fysisk kontakt med kolleger pga mye kommunikasjon digitalt?
- Syntes du at dine kolleger mestrer digitale konsultasjoner i lik grad som du gjør? Hva tror du skiller denne forskjellen?

9.2 Samtykkeerklæring

Dette skjemaet er en samtykkeerklæring for datainnsamling til vår masteravhandling ved Universitetet i Sør-Øst-Norge, og deltakelse i intervju om «bruk av digitale konsultasjoner i helsevesenet». All innsamlet data vil bli behandlet konfidensielt, og slettes ved prosjektets avslutning i juni 2024.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og du kan når som helst under studiet trekke tilbake ditt samtykke om deltakelse uten å oppgi grunn.

Forskere:

- Mohammad Ibrahim Hussain
- Osman Sindhu

Veileder:

- Håvard Hansen

Jeg har fått informasjon om hva det innebærer å delta i studiet, og gir herved mitt samtykke til å delta i studiet

Navn:

Dato og sted:

Signatur.....

9.3 Brev (Mail)

Hei!

Mitt navn er Osman Sindhu, og jeg er en masterstudent ved Universitet Sør-Øst Norge som for øyeblikket arbeider med min avhandling.

Jeg tar kontakt med deg fordi jeg er interessert i å undersøke hvordan implementasjon av digitale konsultasjoner har vært for deres ansatte

Deres organisasjon har kanskje verdifull innsikt bruken av digitale konsultasjoner, og jeg håper dere kan bidra til å belyse dette temaet gjennom deres erfaringer og perspektiver.

Studien vil være av stor betydning for å forstå utfordringene og mulighetene som følger med overgangen til digitale konsultasjoner i helsesektoren.

Jeg ønsker å invitere dere til å delta i studien gjennom et intervju

All informasjon som deles vil bli behandlet konfidensielt, og resultatene vil kun bli brukt til akademiske formål med sikkerhet for anonymitet.

Hvis dere er interesserte i å bidra eller har spørsmål angående studien, vennligst ikke nøl med å kontakte meg på min e-postadresse om når det eventuelt kunne passe dere at vi tar en tur innom for å ha samtale med noen leger / helsepersonell.

Jeg setter stor pris på deres mulige deltakelse og ser frem til å høre fra dere.

Takk for deres oppmerksomhet og vurdering av denne henvendelsen!

Med vennlig hilsen,

Osman Sindhu

Masterstudent ved Universitet Sør-Øst Norge