# MASTEROPPGAVE

Emnekode: MKL 310

Navn: Fossland, Camilla Monslaup
Heglum, Hanne
Børstad, Kristian

# Bruk av videokonsultasjoner i Helse Nord-Trøndelag

Dato: 30.08.2021

Totalt antall sider: 124

NORD universitet

www.nord.no

# Sammendrag

Som studenter ved Master i kunnskapsledelse, har vi i siste del av studiet hatt en interesse for digitalisering av helsetjenestene. Med denne masteravhandlingen ønsker vi å få en økt forståelse for de årsaker som kan ligge til grunn for lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Dette ved å forstå betydningen av ledelse, samt hvilken forståelse ansatte har for bruken av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

For å belyse temaet bruker vi kvalitativ metode ved å intervjue ansatte fra både psykiatriske og somatiske avdelinger.

Gjennom vår analyse har vi fått bekreftet at det er lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord-Trøndelag. Våre funn viser at det er ulike årsaker til dette. Et av funnene viser at psykiatriske avdelinger har bedre tilgang på areal og teknologi for å gjennomføre videokonsultasjoner. Videre viser funnene mangel på meningsskapende prosesser i avdelingene. For å skape en kultur der videokonsultasjoner er akseptert som metode for god pasientbehandling, vil slike prosesser ha en betydning.

Funnene våre viser også en positiv holdning blant ansatte til å ta i bruk videokonsultasjoner til enkelte pasientgrupper. Psykiatriske avdelinger synes å ha en større kultur for bruken. Dette kan skyldes at videokonsultasjoner, med bakgrunn i våre funn, er et verktøy som samsvarer mer med pasienter i målgruppen til psykiatriske avdelinger. Somatiske avdelinger er i større grad avhengig av å gjennomføre fysiske undersøkelser, noe som krever oppmøtekonsultasjoner i større grad. I tillegg viser funnene våre at egne barrierer hos ansatte, kan være til hinder for å ta videokonsultasjoner i bruk.

# Abstract

As students at the Master of Knowledge Management program, we have in the last part of the study had an interest in the digital transformation of the health services. With this master's dissertation, we want to gain an increased understanding of the reasons that may underlie the different degrees of use of video consultations in Nord-Trøndelag Hospital Trust. This by understanding the importance of management practices, as well as the understanding employees have for the use of video consultations in patient care.

To shed light on the topic, we use a qualitative method by interviewing employees from both psychiatric and somatic wards.

Through our analysis, we have been able to confirm that there is a difference in the extent of use of video consultations in patient treatment in Nord-Trøndelag Hospital Trust. Our findings show that there are various reasons for this. One of the findings shows that psychiatric wards have better suited premises and access to technology for conduct video consultations. Furthermore, the findings show a lack of meaning-creating processes in the different departments. To create a culture where video consultations are accepted as a method of good patient care, such processes will be important.

Our findings also show a positive attitude among employees to use video consultations for certain patient groups. Psychiatric wards seem to have more widespread use. This may be due to the fact that video consultations, based on our findings, are a tool that corresponds more with patients in the target group of psychiatric wards. Somatic wards are to a greater extent dependent on conducting physical examinations, which requires attendance consultations to a greater extent. In addition, our findings show that internal barriers for employees can be an obstacle to using video consultations.

# Forord

Vi er tre ledere som nå avslutter vårt 3-årige studium i kunnskapsledelse ved Nord Universitet, avdeling Levanger. Et studium som har ført til både faglig utvikling, og et større nettverk etter å ha møtt medstudenter som vi har hatt gode diskusjoner sammen med.

Å levere denne masteroppgaven markerer slutten på en reise som har vært både lærerik og krevende. Det har vært krevende med tanke på at vi har tatt utdannelsen samtidig som vi alle har vært i full jobb som ledere. I tillegg kom pandemien som ga oss nye utfordringer som skulle håndteres på best mulig måte. Vi har i større grad vært avhengige av å benytte oss av digitale hjelpemidler underveis, som ved gjennomføring av intervjuene til denne oppgaven, men også i forbindelse med skolesamlingene siste del av studiet.

Livet består selvsagt av mer enn jobb og studier da vi alle er etablerte med egne familier. Vi ønsker å rette en takk til familiene våre, som har vært tålmodige med oss under hele studietiden, når vi har vært bortreist på samlinger, eller vært opptatt ellers på helger og ettermiddager med arbeid relatert til studiet.

Vi vil også takke vår veileder Hege Eggen Børve for hjelp underveis med støtte og gode råd, og ikke minst for at hun ga oss tro på at dette var noe vi ville klare å gjennomføre.

Vi takker klinikere og andre ansatte i Helse Nord-Trøndelag for bistand og hjelp i forbindelse med gjennomføring av dette prosjektet.

Namsos, 30.august 2021

Camilla Monslaup Fossland Hanne Heglum Kristian Børstad

# Innhold

Sammendrag .....
Abstract .....
Forord .....
1.0 Innledning ..... 1
1.1 IKT i helsetjenesten ..... 1
1.2 Problemstilling og formål ..... 4
2.0 Forskning på bruk av IKT i helsetjenesten ..... 7
2.1 Betydningen av lokale tilpasninger av IKT-systemer i offentlig sektor ..... 7
2.2 Tidligere forskning på IKT og avstandsoppfølging i helsesektoren ..... 8
Bruk av videokonsultasjoner i pasientsammenheng ..... 8
Forskning på innføring av videokonsultasjoner under covid-19 pandemien ..... 10
Bruk av avstandsoppfølging i Helse Midt-Norge ..... 11
3.0 Teoretisk rammeverk for å studere IKT i helsesektoren ..... 13
3.1 Valg av teori ..... 13
3.2 Teknologi ..... 13
Velferdsteknologi og avstandsoppfølging ..... 14
Implementering av IKT – systemer i helsesektoren ..... 16
3.3 Ledelse ..... 17
Kunnskapssyn og ledelse av kunnskapsarbeidere ..... 18
Ledelsesstrategier ved endring ..... 19
Meningsledelse ..... 20
Endringsledelse ..... 23
Andre ledelsesstrategier ..... 28
3.4 Kultur og meningsskaping ..... 29
Organisasjonskultur ..... 30
Subkulturer ..... 31
Meningsskaping ..... 33
4.0 Metode ..... 36
4.1 Vitenskapsteoretiske ståsted ..... 36
4.2 Studiens design og formål ..... 38
4.3 Innsamlingsmetode ..... 39
4.4 Kriterier for utvalgsmetode ..... 40
4.5 Utforming av intervjuguide ..... 42
4.6 Intervjuprosessen ..... 43
4.7 Bearbeiding av data ..... 44
Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold ..... 45
Koder, kategorier og begreper ..... 45
Kondensering ..... 46
Sammenfatning ..... 46
4.8 Forskningsetikk ..... 47
4.9 Å forske på egen organisasjon ..... 48

4.10 Datamaterialets kvalitet ..... 50
Validitet ..... 50
Reliabilitet ..... 50
5.0 Behandlernes erfaringer med ledelsens introduksjon og tiltak for å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling ..... 52
5.1 Helse Nord – Trøndelag som organisasjon ..... 52
5.2 Behandlernes forståelse av ledelsens introduksjon av videokonsultasjoner ..... 54
Ulike informasjonskanaler om videokonsultasjoner ..... 54
Ledelsesstrategier og utydelige forventninger ..... 56
Varierende grad av tilrettelegging, manglende opplæring i bruk av videokonsultasjoner ..... 59
Lederadferd og samspill ..... 62
6.0 Behandlernes forståelse av videokonsultasjoner i pasientbehandling ..... 64
6.1 Behandlernes arbeidshverdag ..... 65
6.2 Videokonsultasjoner: Økt fleksibilitet og effektivisering av helsetjenester ..... 65
6.3 Forutsetninger for «god» pasientbehandling ..... 68
Fysiske møter er viktig for å gi god pasientbehandling ..... 68
Pasientens forutsetninger for bruk av videokonsultasjoner ..... 71
6.4 Behandlernes barrierer for bruk av videokonsultasjon i pasientsammenheng - manglende kunnskap, kameraskrekk og frykten for det ukjente ..... 75
Videokonsultasjoner – fraværende samtaletema på arbeidsplassen ..... 76
Egne barrierer ..... 78
7.0 Diskusjon ..... 81
7.1 Fravær av ledelsesstrategier for implementering ..... 82
Ledelsens igangsetting ..... 82
Utydelige forventninger og varierende grad av tilrettelegging ..... 84
Manglende prosesser – avgjørelsen ligger hos behandleren selv ..... 86
7.2 Behandlernes barrierer for bruk ..... 89
Barrierer knyttet til forestillinger om pasienter ..... 89
Behandlernes egne barrierer ..... 90
Videokonsultasjoner – et supplement, ikke en erstatning ..... 93
8.0 Oppsummering – samspillet mellom ledelsens strategier og behandlernes barrierer ..... 99
9.0 Konklusjon ..... 101
10.0 Videre forskning ..... 104
Referanser ..... 105
Figuroversikt ..... 108
Vedlegg 1 Informasjonsskriv ..... 109
Vedlegg 2 Intervjuguide ..... 112
Vedlegg 3 Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ..... 118

# 1.0 Innledning

Teknologifeltet har vært i enorm utvikling siste 100 år, noe som også gjelder teknologi innenfor helsetjenestene. Helsetjenesten har lange tradisjoner med å bruke informasjons- og kommunikasjonsteknologi (heretter IKT) i sitt arbeid. Både gjennom elektronisk pasientjournal, medisinskteknisk utstyr brukt i pasientbehandling, og digitale verktøy som hjelp i kommunikasjon (telefon, e- post osv.). De mulighetene vi har for å utrede og behandle pasienter i dag ved hjelp av blant annet teknologi, ville vært helt utenkelig for bare noen tiår siden.

Helseminister Bent Høie satte for alvor bruk av IKT i helsetjenesten på dagsordenen i sin sykehustale allerede i 2014. Han lanserte da idéen om "pasientens helsetjeneste" og økt satsing på IKT i helsetjenesten. Høie sin ambisjon var den gang først og fremst at IKT skulle bidra til bedre kommunikasjon og pasientens helsetjeneste. Ambisjonen var også at helsepersonell skulle kunne utføre en bedre jobb på en tryggere måte. Pasientene skulle få bedre tilgang til digitale tjenester, og data skulle bli mer tilgjengelig for kvalitetsforbedring, styring, forskning og helseovervåkning (Helse- og omsorgsdepartementet , 2014).

Bruk av IKT og avstandsoppfølging i pasientbehandling er et område vi har engasjert oss i, både som kunnskapsledere i sykehus og gjennom masterstudiet. Vi ønsker spesielt å se på bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord- Trøndelag (heretter HNT), da det er der vi har vårt arbeidsforhold. Før vi redegjør for vår problemstilling og mål med oppgaven, vil vi gi et tilbakeblikk på politiske målsettinger gitt vedrørende bruk av IKT, før vi deretter beskriver retningslinjer for bruken i Helse Midt- Norge (heretter HMN). Dette for å forstå de føringer som ligger til grunn for IKT som satsningsområde i helsesektoren.

## *1.1 IKT i helsetjenesten*

Helse- og omsorgssektoren over hele verden bruker i økende grad IKT- baserte tjenester. Målet er å effektivisere og koordinere helsevesenets aktiviteter, forbedre kostnadseffektiviteten og forbedre kvaliteten og likheten på kontroller (Petersson, 2015). Fra 2005 har WHO oppfordret sine medlemsland til å utvikle infrastrukturen for IKT innen helse. Dette fordi det anses som hensiktsmessig for å fremme rettferdig, rimelig og universell tilgang

til tjenestene, samt redusere kostnader og gjøre e- helse vellykket (Zonneveld, Patomella, Asaba, & Guidetti, 2019).

I Norge har det vært satset betydelig på bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren for pasienter og brukere, samt helsepersonell og befolkningen generelt. Norge tok i bruk IKT i denne sektoren tidlig på mange områder, også sammenlignet med mange andre land. Mulighetene for videreutvikling er likevel mange, og det er fortsatt store forventninger fra politisk ståsted for å utvikle IKT- tjenestene ytterligere. Gode IKT- systemer er viktige for at helse- og omsorgssektorens skal kunne levere god kvalitet, samt sikre pasientsikkerhet. IKT- løsninger bidra til delaktighet og demokratisering, samt at løsningene bidrar til kontakt mellom helsetjenesten og brukerne slik at brukerne sin stemme kommer mer tydelig frem. I 2012 var regjeringen sine mål for utvikling av IKT innen helse og omsorg, å sikre at helsepersonell hadde enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger, samt å gi innbyggerne tilgang på digitale tjenester på en enkel og sikker måte. I tillegg var det et mål om å sørge for å sikre at nødvendige data ble gjort tilgjengelig for forskning, styring, helseovervåkning og kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Etter dette har de politiske føringene gått enda et skritt videre, og i 2014 satte helseminister Bent Høie seg mål om å etablere pasientens helsetjeneste, der et av målområdene for å få til dette var satsing på IKT og kommunikasjon. Pasienten skulle settes i sentrum blant annet ved å styrke personvernet. Kontakt mellom helsetjenesten og pasienten skulle forenkles, og pasienten skulle gis tilgang til egne helseopplysninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I ettertid har det også blitt etablert et eget direktorat for e- helse, der hovedformålet er økt satsing på digitalisering av helsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2020).

Velferdsteknologi er innført som et begrep som skal sikre at pasienten settes i sentrum. Teknologien har kommet lengre, og nå er blant annet varsling- og lokaliseringsteknologi (GPS) og elektroniske medisineringsstøtte tatt i bruk. Data viser at velferdsteknologi kan føre til store besparelser i helse- og omsorgssektoren, og har blitt et viktig verktøy for å skape bedre og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Det ble i 2015 startet et prosjekt på nasjonalt nivå for avstandsbehandling av kronisk syke. Mobile sensorer og nettbrett gjorde det mulig å kunne følge opp pasienter med blant annet KOLS, diabetes og psykiske lidelser fra eget hjem, noe som har bidratt til mer frihet og trygghet for pasientene. Grunnet dette kan

også antall legebesøk og sykehusinnleggelser reduseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023 er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Her fremheves flere områder for hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell skal oppleve helse- og omsorgstjenesten, og mye baseres på nettopp det å ta i bruk ny teknologi, gode IKT-systemer og digitalisering. I tillegg er det fokus på ledelse, og det at lederne gjennomfører endringene som må til i godt samarbeid med de ansatte. Teknologisk utvikling gir muligheter for bedre tjenester og tjenester som ytes nærmere pasienten. Det angis en klar retning for hvordan spesialisthelsetjenesten skal nyttiggjøre seg av teknologien, og hvordan nasjonale virkemidler må justeres for å understøtte dette (Helse- og omsorgsdepartementet , 2019)

For å møte kravet om økt satsing på IKT- tjenester, har HMN i sin regionale utviklingsplan, som en av sine målsettinger å sikre helhetlige helsetjenester blant annet ved hjelp av økt digitalisering (Helse Midt-Norge RHF, 2018). I oppdragsdokumentet for 2021 gitt til HMN er det beskrevet at bruk av video- og telefonkonsultasjoner er avgjørende for å kunne sikre et trygt tilbud til pasientene gjennom pandemien. Mål for 2021 er at andelen av polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 % (Helse- og omsorgsdepartementet , 2021).

Styringskrav og rammer gitt til Helse Nord-Trøndelag av HMN for 2021, beskriver et mål om å øke bruk av video- og telefonkonsultasjoner der det kan bidra til bedre ressursbruk og lik eller bedre kvalitet for pasientene. Av hensyn til kvalitet i pasientkonsultasjonen er video foretrukket fremfor telefon. Helseforetaket må vurdere kvaliteten på konsultasjonene og hvilke fagområder som er aktuelle for digitale konsultasjoner i tråd med pasientforløp, og hva som er best for pasienten. Det har blitt gjort en betydelig innsats med digitalisering som en del av responsen på pandemien, det har blant annet understøttet pasientbehandling og oppfølging av pasienter under pandemien (Helse Midt-Norge, 2021).

## *1.2 Problemstilling og formål*

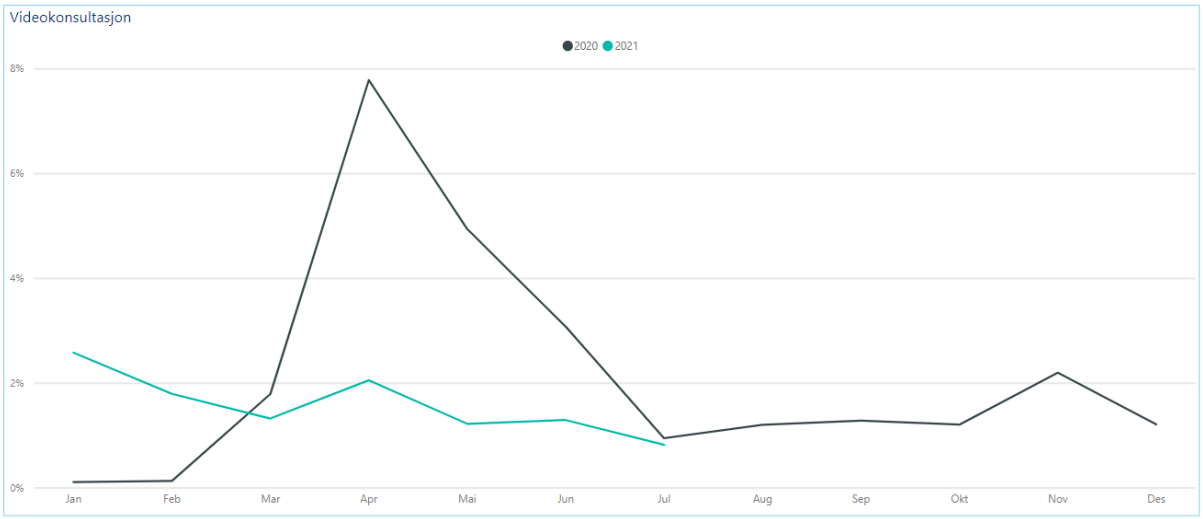
Selv om vi har politiske føringer og regionale planer som støtter oppunder økt bruk av digitalisering, ser vi at bruk av videokonsultasjoner i varierende og liten grad er brukes i HNT.

Figur 1: Graf 1 Videokonsultasjoner totalt i Helse Nord-Trøndelag, utvikling 2020/2021

Kilde: Interne dokumenter fra Helse Nord- Trøndelag

Tallmaterialet viser at bruken var lik 0 før februar 2020. Fra februar økte bruken av videokonsultasjoner i pasientbehandling dramatisk. Dette ses i sammenheng med covid- 19 pandemien. Bruken nådde sitt toppunkt i april, der 11, 2% av alle konsultasjoner i HNT ble gjennomført som videokonsultasjoner. Fra april og frem til juli 2020, ser vi en dalende frekvens, før grafen flater ut frem til januar 2021. Her ser vi igjen en økning, noe som sammenfaller med økt smittetrykk i perioden. Utover i 2021 ser vi på ny en fallende tendens.

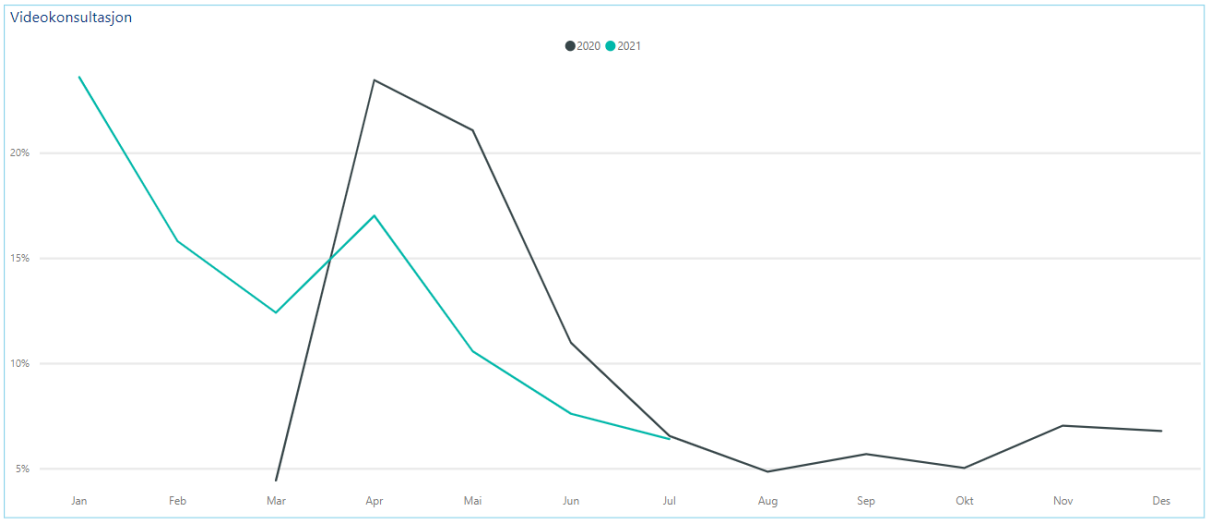
Figur 2: Graf 2 Bruk av videokonsultasjoner ved somatiske avdelinger 2020/2021




Kilde: Interne dokumenter fra Helse Nord- Trøndelag

Tallmaterielat viser videre at det er variasjoner i bruken av videokonsultasjoner i pasientbehandling. På sitt høyeste gjennomførte somatiske avdelinger 7,8% (april 2020) av konsultasjonene som videokonsultasjoner. Tendensen viser at forekomsten etter juli 2020 har stabilisert seg i underkant av 2%.

Figur 3: Graf 3 Bruk av videokonsultasjoner ved psykiatriske avdelinger 2020/2021




Kilde: Interne dokumenter fra Helse Nord- Trøndelag

Psykiatriske avdelinger har generelt en høyere forekomst av videokonsultasjoner enn somatiske avdelinger. Psykiatriske avdelinger hadde en topp på 23,5% av konsultasjonene

som videokonsultasjoner i april 2020. Tendensen etter dette har variert i tråd med smittetrykk og har fra april 2021 vært dalende.

Studien vår omhandler å forstå mulige årsaker til varierende og liten grad av bruk av videokonsultasjoner i HNT. Vi vil undersøke hvilke forståelser behandlere har av å bruke videokonsultasjoner som verktøy i pasientbehahandling, og hvilken betydning ledelse har i denne forbindelse.

Med bakgrunn i dette har vi valgt å jobbe ut fra følgende problemstilling:

*"Hvordan kan vi forklare lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord-Trøndelag?"*

For å hjelpe oss med å kunne svare ut problemstillingen har vi valgt oss ut følgende forskningsspørsmål, som vi vil jobbe aktivt med underveis:

- Hvilke forståelser og erfaringer har ansatte med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling.
- Hvordan forstår ansatte bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling?

I neste kapittel presenteres tidligere forskning på temaet, for deretter å redegjøre for det teoretiske perspektivet vi har som grunnlag. Dette etterfølges av et metodekapittel, og vi avslutter med analyse, diskusjon og konklusjon, med mål om å besvare problemstillingen ved hjelp av forskningsspørsmålene.

# 2.0 Forskning på bruk av IKT i helsetjenesten

Som redegjort for over, er IKT i helsesektoren et politisk satsningsområde. Dette er et område det også er gjort mye forskning på. Vi har valgt å fokusere på tidligere forskning som omhandler bruk av IKT i offentlig sektor, samt avstandsoppfølging og bruk av videokonsultasjoner spesielt i helsesektoren. I tillegg vil vi belyse forskning på bruk av videokonsultasjoner i pasientsammenheng og bruk av videokonsultasjoner i Helse Midt-Norge. Dette for å innhente kunnskap om erfaringer om bruken av videokonsultasjoner i helsetjenesten, samt for å kunne se våre funn opp imot tidligere forskning på området.

Ledelsens betydning for innføring og implementering av IKT, er godt beskrevet i teori som omhandler ledelse og endringsledelse. Derfor prioriteres ikke tidligere forskning på dette området.

Forskningen vi presenter i fortsettelsen, teori redegjort for i kapittel 3, samt datamaterialet vi har innhentet gjennom intervju, vil være tilstrekkelig for å kunne besvare problemstillingen vår.

## *2.1 Betydningen av lokale tilpasninger av IKT-systemer i offentlig sektor*

Det er tidligere forsket mye på innføring av informasjonsteknologi i offentlig sektor.

Innføring av IKT- systemer er komplekst og kunnskapskrevende. For å lykkes med blant annet videokonsultasjoner i pasientbehandling, må teknologisk utstyr tilpasses behov og lokale praksiser (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019). Western (2015) sier at de prinsippene ledelsen legger til grunn for styring og ledelse, vil være en avgjørende faktor for vellykket bruk av informasjonsteknologi.

IKT- eksperter har tradisjonelt fått delegert arbeidet med å tilpasse nødvendig teknologisk utstyr til lokal bruk. Dette innebærer at utøvende helsepersonell i liten grad har innflytelse over gjeldende IKT- systemer i sin kliniske hverdag (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019).

Hovedproblemet med å flytte IKT-tjenestene fra offentlig sektors kjerneaktivitet, er at offentlig sektor da mister styringsmuligheter, kunnskap og kompetanseoppbygging som i mange tilfeller viser seg å være nødvendig for å kunne bruke IKT- tjenestene på en hensiktsmessig måte. Dette understreker betydningen av å holde kunnskapen og kompetansen på IKT innad i organisasjonen (Western, 2015).

## *2.2 Tidligere forskning på IKT og avstandsoppfølging i helsesektoren*

Det er gjort flere studier på IKT innenfor helsesektoren. Zonneveld, Patomella, Asaba, & Guidetti (2019) har publisert en artikkel der de sammenligner 11 studier gjort på bruk av IKT i helsesektoren (inkludert mobilteknologi), der målet er å forbedre hverdagen for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Den mest brukte teknologien, ifølge artikkelen, er videokonferanser og telefon. 10 av 11 studier rapporterte om endring i deltagelse i hverdagsliv ved hjelp av denne teknologien, og bruk av IKT ser ut til å være like god som oppfølging ansikt til ansikt. Artikkelen hevder videre at bruk av IKT i helsevesenet viser et stort potensial for å forbedre livskvaliteten blant eldre mennesker, ved å legge til rette for støtte til et selvstendig liv for personer med tilstander som Alzheimers og hjerneslag. Videre har IKT vist potensial for å forbedre samarbeid mellom pasienter og helsepersonell. Det kan likevel hevdes at det er behov for forskning for å støtte bevis for bruk av teknologi i klinisk praksis.

### *Bruk av videokonsultasjoner i pasientsammenheng*

Folkehelseinstituttet har også gjennomført flere undersøkelser med fokus på bruk av videokonsultasjoner i helsesektoren, der de har sammenlignet kvaliteten på disse med fysiske konsultasjoner. Dette er gjort ved såkalt mini-metodevurdering. Det er en nedskalert form av den tradisjonelle metodevurderingen, og er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas på sykehusnivå. Litteratursøket er systematisk, men noe begrenset. Funnene tyder på at videokonsultasjoner kom bra ut med tanke på kvalitet, sammenlignet med fysiske konsultasjoner. Videokonsultalsjoner kom i enkelte tilfeller bedre ut sammenlignet med fysiske konsultasjoner på sykehus. Særlig med tanke på tilfredshet, kliniske utfallsmål og tidsbruk for pasienter og pårørende. Studiene har imidlertid flere metodologiske svakheter

som gjør at det er knyttet usikkerhet til resultatene (Arentz-Hansen, Giske, Nilsen, & Jor, 2020).

Artikkelen," Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling", viser til en studie gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning. Funnene viser at digital samhandling er et enkelt, billig og effektivt steg mot bedre informasjonsutveksling i helsetjenesten. Det ble gjennomført 18 videointervjuer av personer med helsefaglig bakgrunn. Målet var å finne ut om oppfølging av eldre, skrøpelige pasienter med komplekse og sammensatte behov, kunne utføres gjennom digital samhandling. De fleste helsearbeiderne fortalte at det gikk overraskende bra å bruke digital kommunikasjon i pasientbehandling. Dette til tross for at teknologien var utfordrende, og at de hadde lite erfaring med videomøter i klinisk praksis. De understreket at digitale kommunikasjonsverktøy var best egnet til å følge opp kjente pasienter, og for å koordinere tiltak for pasienten. Fysisk kontakt og nærhet er fortsatt nødvendig for å gjøre en helhetlig klinisk vurdering og diagnostisering, ifølge informantene i studien (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020).

Studien viser videre at digital kommunikasjon kunne spare pasientene for mange slitsomme reiser til sykehuset. Video fungerte bedre enn telefon. Funnene viser at helsearbeiderne, ved mild overtalelse og teknologisk støtte, gikk over til å benytte video i stedet for telefon. Pasientene koblet seg opp hjemmefra slik at både sykehus og kommunene kunne gjennomføre videomøter med dem. Videomøter ble også benyttet i forbindelse med hjemreise fra sykehus. Sykehuspersonell kunne da snakke med hjemmetjenesten i kommunene, eller pårørende, for å koordinere hjemreise. Helsepersonell erfarte at det kunne være krevende å kommunisere på video med de som for eksempel hadde redusert syn og hørsel. På tross av dette, sier flere at videomøter kan være hensiktsmessig for de dårligste, nettopp fordi pasientene kan delta i konsultasjonen hjemmefra med støtte fra pårørende eller ansatte i kommunene. Informantene erfarte også at deltakerne i all hovedsak var godt forberedt til samarbeidsmøter på video, og at de på denne måten fikk løst problemstillinger hurtigere enn gjennom et fysisk møte (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020).

Informantene henviser til flere utfordringer og barrierer med tanke på å skulle anvende digital kommunikasjon. Det refereres blant annet til utfordringer knyttet til bruk av teknologi. Studien peker på at helsepersonell har lite tid til å lære seg teknologisk utstyr, med bakgrunn i en travel arbeidshverdag. Dersom teknologien fungerer greit, er det større sjanse for at

helsepersonell og pasienter er mer positive til å ta digital kommunikasjon i bruk ved senere anledninger. De informantene som oppga at de fikk tilrettelagt for nødvendig teknologisk hjelp, samt tid til å bli kjent med utstyret, hadde de mest positive opplevelsene vedrørende bruken. Informantene i studien etterlyste en overordnet strategi for bruk og support av videoteknologi (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020).

### *Forskning på innføring av videokonsultasjoner under covid-19 pandemien*

Det er gjort flere studier som viser en økt bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling med bakgrunn i covid- 19 pandemien. En studie gjennomført Spania i april og mai 2020, inkluderte 53 behandlere i helsesektoren. Den viste at 83 % av behandlerne ikke hadde brukt videokonsultasjonen før pandemien, men at 96,2 % vurderte det som et hensiktsmessig hjelpemiddel i forbindelse med pandemien. Før pandemien var telefon det mest vanlige innenfor telemedisin i landet. Behandlerne i studien fortalte om flere aktuelle pasienter og områder, der videokonsultasjoner kunne være et alternativ. Dette omhandlet både kroniske pasienter og pasienter med mer akutte lidelser. Etter å ha gjort seg erfaring med bruken av verktøyet, viser funnene at videokonsultasjoner kan benyttes til alle pasienter som har tilgang på teknologien (Jiménez-Rodríguez, et al., 2020).

Behandlerne fortalte om flere positive sider ved bruk av videokonsultasjoner, slik som blant annet redusert smittespredning, redusert reisebehov og bedre tilgang på helsetjenester. Videokonsultasjoner kunne innføres raskt med bakgrunn i at teknologien allerede var tilgjengelig. Metoden oppgis også å være tidsbesparende og brukervennlig. Behandlerne fortalte at videokonsultasjoner kunne bidra til reduserte ventelister, fordi det åpner for raske konsultasjoner på mindre alvorlige lidelser. Funnene viser at videokonsultasjoner kan reduserte både arbeidsmengde og kostnader, samt medførte økt effektivitet i helsetjenesten (Jiménez-Rodríguez, et al., 2020).

Den største utfordringen ved videokonsultasjoner oppgis å være bruken av teknologien. Dette gjelder både behandlere og eldre pasienter med redusert kognitive ferdigheter. Studien viser derfor et stort behov for praktisk trening. Funnene viser også en utfordring med tanke på å gjennomføre fysiske undersøkelser ved bruk av videokonsultasjoner (Jiménez-Rodríguez, et al., 2020).

Studien oppsummerer med at videokonsultasjoner kan benyttes bredt, og at tilbudet om dette ikke bør opphøre når pandemien er over. Den konkluderer med at det bør gis overordnede helsepolitiske føringer og utarbeides systemer som støtter opp om bruk av videokonsultasjoner (Jiménez-Rodríguez, et al., 2020).

### *Bruk av avstandsoppfølging i Helse Midt-Norge*

Helse Midt- Norge avsluttet i 2021 et prosjekt om avstandsoppfølging. Rapport er tilgjengelige internt for ansatte i HMN. Målet var å skape varig endring og permanent bruk av avstandsoppfølging. Viktigheten av dette blir begrunnet med bakgrunn i utfordringer som en kommende eldrebølge i befolkningen, samt rekrutteringsutfordringer og krav om digitalisering av helsetjenesten. I tillegg vil krav om redusert klimaavtrykk, tvinger frem nye måter å jobbe på. Geografiske avstander og spredt bosetning utfordrer målet om å tilby likhet i helsehjelp for innbyggerne, og avstandsoppfølging kan bidra til å redusere denne ulikheten.

Prosjektet viser til at pasientbehandling tradisjonelt har vært gjennomført ved fysisk oppmøte. Innføring av teknologiske metoder for pasientbehandling har blitt sett på som utfordrende, spesielt hos eldre pasienter. Fysisk oppmøte er derfor ansett som beste form for pasientbehandling. Koronapandemiens smittevernrestriksjoner førte til svært reduserte muligheter for oppfølging av pasienter slik helsepersonell tradisjonelt sett er vant til å jobbe. Mange fysiske konsultasjoner måtte erstattes med konsultasjoner over telefon og video.

Som en del av prosjektet ble det gjennomført intervjuer med ansatte og pasienter. Prosjektet konkluderer med at videokonsultasjoner er en del at grunnlaget for utadvendt virksomhet. Funn viser stor økning av bruk av videokonsultasjoner under koronapandemien, men tilsvarende tilbakegang da smittetrykket ble lavere. Prosjektet har kartlagt tiltak for å opprettholde bruken av videokonsultasjoner, og resultatet er at de enkelte enhetene i helseforetaket må få eierskap til, og ta ansvar for mange av disse tiltakene selv. Noen enheter har i dag kommet mye lengre enn andre med tanke på dette. Prosjektet peker på at systematisk arbeid med igangsetting av kartlagte tiltak som er tilpasset situasjonen i de forskjellige enhetene, samt god lederforankring i alle ledd, er av betydning for varig endring i bruk av video og avstandsoppfølging.

Forskningen beskrevet ovenfor viser at IKT er at satsningsområde i helsesektoren, og at videokonsultasjoner er et verktøy som kan benyttes, og gir noen fordeler i pasientbehandling. Det er samtidig mellom ulike utfordringer som det er viktig å ta hensyn til.

# 3.0 Teoretisk rammeverk for å studere IKT i helsesektoren

I dette kapittelet redegjør vi for teoretiske rammeverk for å studere IKT i helsesektoren. Dette ved å beskrive teorier som belyser problemstilling og forskningsspørsmål.

## *3.1 Valg av teori*

Bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling innebærer innføring av ny teknologi, og teknologi blir det fenomenet vi undersøker og presentere dermed det først. Dette innebærer også å redegjøre for bruk av IKT i helsesektoren.

Innføring av ny teknologi fordrer at ledelsen gjør noe, og teori om ledelse er dermed av betydning. Med tanke på at ansatte i sykehus er kunnskapsarbeidere, vil teori om ledelse av kunnskapsarbeidere være et relevant teoretisk perspektiv. Vi benytter også teori om endringsledelse og meningsledelse. Det vil også presenteres andre relevante ledelsesstrategier i teoridelen. Vi anerkjenner at det også er andre måter å utøve ledelse på enn det vi har fokusert på, men velger å avgrense til denne teorien på ledelse i vår besvarelse.

Det kan være flere årsaker til lite og varierende i bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Det å innføre noe nytt innebærer endring av forståelse, og også en endring av kultur. Dette kan sees på som en meningsskapende prosess.

Kultur og meningsskaping utgjør interessante teoretiske rammeverk i denne forbindelse, noe vi belyser i siste del av kapittelet.

## *3.2 Teknologi*

Tradisjonelt har teknologi blitt sett på som ulike instrumenter eller verktøy som kan hjelpe mennesker eller organisasjoner til å nå sine mål, øke produktiviteten og øke kvaliteten på arbeidet. I dette ligger det at mennesker og/ eller organisasjoner først setter seg et mål, for så å finne teknologi som kan passe for å nå dette målet. Teknologi har derfor alltid spilt en viktig rolle innenfor organisasjonsteori. Teknologi er tekniske innretninger som kan brukes som et middel i organisering av arbeidet (Hernes, 2016).

Teknologi har hatt en eksplosiv utvikling de siste 100 årene, og vi har etter hvert blitt helt avhengig av teknologi for utføre dagligdagse gjøremål. Samtidig kan teknologi også forstås som en trussel, ved frykten for at teknologi kan overta for menneskelig arbeidskraft. Dette er ikke noe nytt fenomen. Helt tilbake i på 1950-tallet studerte Tavistock- forskerne Trist og Bamforth innføring av teknologi i gruver i England. Disse studiene peker på at teknologi kan ødelegge relasjoner mellom arbeidere. Her ble teknologi og det sosiale sett på som to ulike systemer. Senere studier peker derimot i retning av at teknologi og menneskelig handling sees på som sammenvevde fenomener. Teknologien kan sees på som en integrert del av praksis ved at den samtidig kan ha en organiserende effekt. Dette er det Hernes kaller for praksisbasert teknologiforskning (Hernes, 2016).

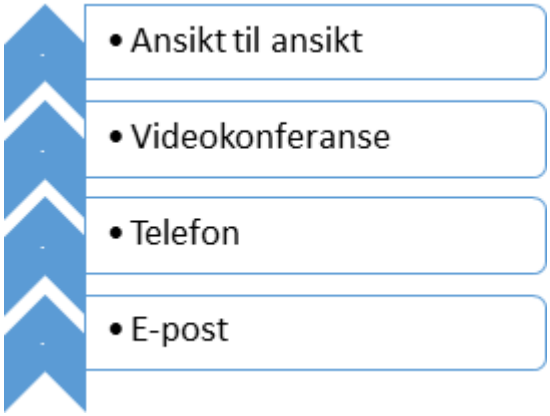
Senere har også aktør- nettverksteorien (ANT) gjort seg gjeldende. Denne teorien vektlegger relasjonen mellom menneskelige og materielle aktører. Mennesket heves ikke over materielle aktører, men antar at de skaper sin identitet i forhold til hverandre og at det skapes en sømløs relasjon mellom dem. Teknologi kan i tillegg ha egenskaper ved seg som kan motivere for samarbeid (Hernes, 2016).

### *Velferdsteknologi og avstandsoppfølging*

Teknologi for avstandsoppfølging er innført med visjonen om å fjerne tid og rom, samt for å levere pleie mer effektivt. Teknologi kan også muliggjøre mer sømløse og informasjonsbaserte helsetjenester som er preget av flyt, overføring og mobilitet. Muligheten for å bekjempe geografi er et av hovedmålene for telehelseomsorg. Feltet for telehelseomsorg blir i økende grad brukt for å koble de tradisjonelle helseinstitusjonene til enkeltpersoners hjem og hverdagsmiljø. Dette gjennom kontinuerlig overvåking av individers helse ved hjelp av digitale nettverk kom er koblet til ulike programvarer. Denne typen overvåking gir helsepersonell tilgang til individer på helt nye måter. Utviklingen er også påvirket av det økonomiske presset mange land opplever med tanke på økene antall eldre og pasienter som trenger kronisk omsorg. Dette krever at omsorgstilbudet gjøres mer kostnadseffektivt, samtidig som det er knyttet til ideer om frigjøring og viktigheten av selvstyring. Troen på muligheten for denne type helsetjenester henger sammen med en “politikk med optimisme”, der det er mulig å “avskaffe rommet” og “avstandens tyranni”. Samtidig kan denne samhandlingen mellom mennesker og maskiner gjøre at enkelte ting blir synlige, mens andre ting blir utelatt fra bildet (Petersson, 2015).

Det hersker uenighet rundt hvorvidt teknologi faktisk kan erstatte mellommenneskelig kunnskapsdeling, da de sosiale faktorene i kunnskapsprosesser vil gå tapt gjennom bruk av teknologien. Enkelte hevder derfor at kunnskapsdeling gjennom IKT- verktøy mest sannsynlig vil lykkes der det allerede er etablert et positivt eksisterende forhold mellom aktørene. Kommunikasjon vil begrenses ved bruk av IKT alene, men verktøyet kan spille en rolle dersom det kombineres med samhandling ansikt til ansikt. Ved implementering av IKT-verktøy, er det viktig å samtidig kartlegge sosiale, kulturelle og politiske faktorer. Dette fordi de som skal bruke verktøyet må finne mening i bruken av det. Dersom de som skal bruke verktøyene ikke finner mening i bruken, vil implementering mest sannsynlig feile (Hislop, Bosua, & Helms, 2018).

Grad av mediarikhet er brukt som en skala for å gi verdi til ulike former for kommunikasjon. Bruk av e- post for eksempel, vil score lavt på denne skalaen mens kommunikasjon ansikt til ansikt vil ligge på toppen. Videokonsultasjoner eller –konferanser ligger tett opp mot kommunikasjon ansikt til ansikt, mens telefonkontakt vil ligge ned mot e-post (Hislop, Bosua, & Helms, 2018).




Figur 4: Mediarikhet basert på Hislop, Bosua, & Helms (2018)

### *Implementering av IKT – systemer i helsesektoren*

Det har altså blitt satset stort på IKT og velferdsteknologi fra et politisk ståsted siste tiår, men likevel er det viktig å huske på at implementering og bruk av IKT i helsetjenesten er vanskelig. Suksess blir gjerne satt i sammenheng med at systemene må kunne tilpasses etter behov og lokale praksiser av de ansatte. Dette er ikke lenger mulig, grunnet kompleksiteten av IKT- systemer. Arbeid med å tilpasse verktøyene til klinisk praksis ligger i dag hos IKT-ansvarlige, noe som kan ha ført til at helsepersonell har mindre innflytelse over sin kliniske hverdag og bruken av IKT- systemer. IKT- systemer i helsetjenesten er ment til å bedre samarbeid, kunnskap, økt effektivitet og økt kvalitet (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019).

Andreassen, Obstfelder og Lotherington (2019) har skrevet om IKT i helse- og omsorgssektoren, basert på tre studier av elektroniske journal- og meldesystemer. De poengterer at det ikke finnes noen klar grense mellom hva som kan betegnes som e- helse og hva som kan betegnes som velferdsteknologi. Antall personer som jobber innen IKT-implementering og drift i helsesektoren har økt de siste årene. Forskere som har et sosioteknisk perspektiv peker på at det er en tendens til å overse kompleksiteten som knyttes opp imot implementering av nye digitale systemer.

Tidligere var det slik at hver enkelt virksomhet innenfor helse- og omsorgssektoren selv hadde ansvar for anskaffelse og implementering av egne IKT- systemer. Dette medførte store variasjoner i hvilke løsninger som ble tatt i bruk. For å sikre bedre samhandling og informasjonsflyt mellom helsetjenestene, kom det i 2012 politiske føringer som tilsa at helse- og omsorgssektoren skulle modernisere sin IKT- plattform og arbeide mot felles IKT-løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Uansett tilnærming, krever innføring av nye IKT- systemer lokal implementering, noe som kan by på utfordringer (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019).

Når nye teknologiske løsninger introduseres, stilles det spørsmål ved gode og dårlige konsekvenser av innføringen, såkalte framtidsscenarioer eller hva som er god omsorg og behandling. Det vil alltid være forventninger knyttet til bruk av ny teknologi, men det er ikke uvanlig at brukerne av ny teknologi ikke forholder seg strengt til disse forventningene. Skriptbegrepet er situasjoner der teknologi og mennesker møtes. Videre beskrives det som

kalles for de- skripting, der menneskelige og teknologiske aktører må justere seg etter hverandre gjennom justeringsprosesser. Slike prosesser kan være vanskelige og langvarige. Dette stiller store krav til de IKT- ansvarlige. Ulike behov hos brukerne av tjenestene, og ulikt syn på hvilke muligheter systemene gir dem, kan være motstridende. Ulike faglige idealer kommer til syne i diskusjonen rundt hva som er god og riktig bruk av IKT- systemer (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019).

IKT- systemer i helse- og omsorgstjenesten krever at det jobbes kontinuerlig med koordinering av teknologiske muligheter opp mot fag og politikk. Det stilles spørsmål ved om det egentlig finnes noe slikt som en vellykket implementering, da kontinuerlig arbeid med endringer og ulike behov, alltid vil forekomme. Implementering av IKT i helsetjenesten kan sees på som en balansekunst i å balansere teknologi, enkeltmennesker, profesjonsidealer, organisasjoner og politiske visjoner (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019).

Innføring av IKT fordrer med dette at ledelsen gjøre noe, og neste kapittel vil omhandle ulike ledelsesstrategier.

## *3.3 Ledelse*

Jacobsen & Thorsvik (2013) beskriver ledelse som en spesiell adferd som utvises for å påvirke andre menneskers tenkemåte, deres holdninger og deres adferd. Dette kan utføres på ulike måter, og vil da kunne beskrives som direkte eller indirekte ledelse. Den direkte utøvelsen av ledelse kan vise seg gjennom møter og annen samhandling og kommunikasjon mellom ledere og ansatte. Indirekte ledelse omhandler leders måte å påvirke ansatte uten å samhandle direkte med dem. Den indirekte ledelsen kan videre deles opp i to hovedformer, der den første vil være å formulere mål og visjoner for organisasjonen og dens ansatte. Den andre formen vil være påvirkning av de ansatte gjennom utvikling av kulturen. Ved utøvelse av ledelse vil det være behov for å fokusere på lederroller. Dette omhandler adferd som lederen faktisk utviser i sin jobb. I tillegg kommer de forventninger andre har til denne adferden.

Når det kommer til forvalting av kunnskap som finnes i en organisasjon, viser Gotvassli (2015) til informasjonsteknologi som kunnskapsstøttesystemer. Systemene har til oppgave å bidra til både kunnskapsdeling, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring. Det ligger ulike

kunnskapssyn til grunn når noe nytt innføres, og man kan ha ulike forståelser for hvordan en slik prosess skal gjennomføres. Studien vår omhandler innføringa IKT i helsesektoren og systemene benyttes av kunnskapsarbeidere. Vi belyser nedenfor teori om kunnskapssyn og kunnskapsarbeidere, som ligger til grunn når vi går videre til ulike ledelsesstrategier.

### *Kunnskapssyn og ledelse av kunnskapsarbeidere*

Kunnskapsledelse handler om hvordan vi leder kunnskapsarbeidere, noe som er tilfelle ved innføring av videokonsultasjoner i HNT. Det handler om å ha oversikt over ulike perspektiver på kunnskapsdeling, og å kunne anvende ulike perspektiver og ofte kombinere dem. For en mellomleder som skal formidle kunnskap på en god måte vil det ikke finnes et fasitsvar på hvordan dette skal gjøres. Formidling av kunnskap forutsetter god kjennskap til egen organisasjon. Vi tar for oss to av Gotvassli (2015) sine kunnskapssyn. Strukturperspektivet på den ene siden og det sosiokulturelle perspektivet på den andre siden. Disse to perspektivene står langt fra hverandre, og derfor er de interessante å benytte som motpoler. Det er også interessant å se at to så ulike perspektiver ofte benyttes samtidig i større eller mindre grad.

Strukturperspektivet handler om at kunnskapen er eksplisitt. Det betyr at den kan kartlegges og beskrives, struktureres og deles opp. Når denne form for kunnskap skal deles, gjøres det gjennom ulike rutiner og strukturer. Elementer for kunnskapsutvikling gjennom perspektivet er bruk av ulike databaser og informasjonsteknologi (Gotvassli, 2015).

For å kunne drive kunnskapsutvikling i en organisasjon, kan man velge å basere seg på utvikling av prosedyrer, slik at behovet for informasjon reduseres. Det kan også gjøres ved at organisasjonen går til anskaffelse av avanserte informasjonssystemer, der målet vil være at kunnskapen til individuelle medarbeidere skal kunne gjøres kjent for flest mulig. Det kan ligge en fare i at selve verktøyet får større fokus enn det verktøyet faktisk brukes til. Ifølge ham, vil bruken av teknologi føre til blant annet struktur og tempo, men det vil også kunne gå på bekostning av kreativitet og de nødvendige sosiale relasjoner som trengs for å lære (Gotvassli, 2015).

Muligheten for å delta i praksisfellesskap den sentrale drivkraften i den sosiokulturelle forståelsen av kunnskapsutvikling i en organisasjon. Praksisfellesskapet beskrives som en

grupper, som gjerne består av få medlemmer, som kan ha felles oppgaver, felles interesser og som kan være opptatt av de samme problemstillinger (Gotvassli, 2015).

Kunnskapsarbeidere ønsker større grad av autonomi og mobilitet enn tradisjonelle arbeidstakere. Høy kompetanse tilegnet gjennom utdannelse og praksis er det tydeligste kjennetegnet. Kunnskapsarbeidere drives av en sterk indre motivasjon og blir ofte inspirert av andre faktorer enn de mer vanlige. Det betyr at arbeidsgivere må tilrettelegge for faktorene som fremmer dette. Desentraliserte beslutninger, fleksible og dynamiske arbeidsforhold, mulighet til å jobbe selvstendig og i selvstyrte arbeidsgrupper er også faktorer som er av betydning for kunnskapsarbeidere. Dette vil kreve gode ledere som kan følge opp sine medarbeidere på andre premisser enn tradisjonell ledelse (Newell et al. (2009) i (Irgens & Wennes, 2011). Drucker hevder at kunnskapsarbeideren først og fremst vil utføre sitt arbeid med bakgrunn i tilegnet kunnskap, og i mindre grad med bakgrunn i ordrer og prosedyrer (Irgens & Wennes, 2011).

Det å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling i HNT innebærer en endring for kunnskapsarbeiderne. Det finnes ulike ledelsesstrategier og tiltak ledere kan benytte for å skape en prosess der varig endring er målet.

### *Ledelsesstrategier ved endring*

Ledelse er et fag som har endret seg gjennom årenes løp, fra det å ha fokus på å styre og kontrollere andre, til å støtte og motivere. Klev og Levin hevder at ledelse av endringsprosesser har blitt normalen innenfor ledelse, og at ledelse av stabile tilstander må sees på som særtilfeller. Ledelse av endringsprosesser består ifølge Klev og Levins av to ulike nivåer; Et strategisk nivå, og et operativt nivå. På det strategiske nivået består ledelse i å utvikle menneskelige, teknologiske og økonomiske ressurser, slik at man settes i stand til å sikre den langsiktige utviklingen og overlevelsen av organisasjonen. På det operative nivået vil ledelse bestå av oppgavene med å håndtere de muligheter og utfordringer som faktisk vil vise seg å oppstå (Klev & Levin, 2013).

Klev & Levin (2013) påpeker viktigheten av at man som leder sørger for at det skapes arenaer for læring og endring i forbindelse med endringsprosesser. Her er det viktig at man som leder

har en forståelse for hvordan de ulike arenaene kan bidra til å håndtere ulike utfordringer man kan stå ovenfor ved endringsprosesser.

Hernes (2016) skriver at endringsledelse har som grunnlag at ledelse er relasjonelt, i motsetning til den tradisjonelle måten å se på lederskap på, hvor lederskap kun angår ledelsen. Han viser til at for å få til endringer så trenger man at de ansatte har et medeierskap i endringene, og at man som leder involverer de ansatte. Et annet aspekt som Hernes (2016) også omtaler, er viktigheten av at man som leder har et klart budskap, da det er lettere for ansatte å akseptere, enn om man har et uklart budskap.

Motstand mot endring forstås gjerne som at ansatte ønsker at alt skal være slik det alltid har vært. Dette mener Klev & Levin (2013) er feilaktig. De hevder at de aller fleste ansatte er positive til endring så lenge de selv får være delaktig i endringsprosessen. Ansatte ønsker ikke å bli passive objekter i andres endringsprosesser. Dersom ansatte ikke skjønner eller stoler på hva utfallet av endringen vil bli, kan det føre til usikkerhet. Ut fra dette mener Klev og Levin at ledelse består i å redusere den usikkerheten som ansatte kan oppleve i endringsprosesser. De hevder at videre at leder, ved å redusere usikkerhet, kan bidra til at involverte parter få en reell opplevelse av medvirkning. I tillegg blir ansatte, ifølge dem, rustet med en trygghet for å håndtere de utfordringene som måtte komme som en følge av endringsprosessen.

Vi belyser først meningsledelse, for så å knytte det sammen med endringsledelse.

### *Meningsledelse*

Organisering kan forstås som ulike prosesser som tar sikte på å oppnå organisasjonens mål. I en organiseringsprosess vil både ledere og medarbeidere være delaktige, og ledere vil ha et særlig ansvar i å gjennomføre tiltak for å påvirke prosessen. Hernes (2016) refererer til ledelsesforskerne Smircich og Morgan som var tidlig ut med å beskrive meningsledelse. De påpeker at organisering er å definere meningen bak handlingene. Meningsskaping blir beskrevet som en kollektiv prosess, hvor lederne skal være tilretteleggere for meningsskaping. Meningsskaping beskrives nærmere i underkapitlet Meningsskaping sammen med kultur (Hernes, 2016).

Hernes (2016) utdyper ulike elementer som er vesentlige for meningsskapingsprosesser, og for å utøve meningsledelse. Det legges vekt på sammenhenger mellom lederskap, innramming og samhandling som får betydning for tilslutning mot et narrativ og kan bidra til å finne svar på en problemstilling.

Innramming er et aktivt og pågående arbeid, og kan sees på som en situasjon som fører til stabilisering. I modellen som beskrives tre typer innramming som har betydning for meningsskaping i en organiseringsprosess. Det skilles mellom materialitet, fortellinger og ledelsesadferd. Den grunnleggende antakelsen er at verden er i bevegelse og i kontinuerlig endring, og at ting har en iboende mulighet til å bli noe annet enn slik det er akkurat her og nå. I en slik verden i endring, har vi behov for å anta at noe er stabilt og disse tre områdene er viktige for innramming, og får dermed betydning for meningsskaping (Hernes, 2016).

Materialitet kan sees på som evnen til å stabilisere de relasjoner som finnes mellom aktører i en prosess. Man kan skille mellom regulerende og mobiliserende materialitet. Regulerende materialitet kan for eksempel være kontrakter eller målesystemer, og kan for eksempel være å sette mål for andel videokonsultasjoner. Mobiliserende materialitet kan for eksempel være design som kan være motiverende i seg selv ved at aktørene sammen vil søke å finne nye og bedre designmessige løsninger sammen. Hernes sier" Mens regulerende materialiteter kan virke styrende på prosesser, kan mobiliserende materialiteter gi prosesser energi og retning". Teknologi i seg selv kan ha en motiverende effekt, samtidig som det muliggjør arbeid mellom ulike grupper. At mennesker arbeider sammen gjennom materielle objekter, muliggjør i fortsettelsen meningsskaping. Dette gjør det igjen mulig for mennesker å skape mening sammen. Utfra denne teorien, kan vi si at teknologi er et verktøy som kan fremme meningsskaping i organisasjoner (Hernes, 2016). Til tross for dette, hevder Orlikowski (2007) at organisasjonsstudier tradisjonelt sett, har oversett betydningen av interaksjonen mellom mennesker og materialitet.

Lederadferd handler om den enkelte leders evne til å utvikle meningsskaping basert på samhandling og tilslutning til et narrativ. Hernes (2016) presiserer et skille på ledelse og lederskap, hvor man ved ledelse kan bruke ulike verktøy og midler for å etablere meningsskaping, mens man ved lederskap snakker om personlige egenskaper hos lederen, herunder evner til kommunikasjon, tillitskapning, konfliktløsing etc.

Det neste område som er viktig for innrammingen og meningsskapelsen, er fortellinger, også kjent som narrativ. Narrativ er en overordnet fortelling om hva en organisasjon har vært, og hvor den er på vei. Man kan si at narrativ dreier seg om en strategi, altså viser en retning og et mål for aktørene i organisasjonen. Samtidig blir narrativet også formet av blant annet hvilke historier, viktige hendelser og suksesser en organisasjon har med seg. Narrativet blir påvirket av fortellingene de ulike aktørene i en organisasjon bringer med seg. Et narrativ blir tydelig når flere aktørers fortellinger settes sammen og skaper en overordnet mening for en organisasjon. En enkelt fortelling vil ikke være meningsskapende i seg selv, men når den settes inn i en sammenheng skapes det mening og dermed et narrativ for organisasjonen (Hammer & Høpner, 2014 og Hernes, 2016). Narrativet bidrar til å danne en meningsfylt helhet som gjør at aktører kan finne måter å arbeide sammen på, til tross for motsetninger (Hernes, 2016).

I følge Boje (1991) er fortellinger er en sentral del av medarbeidernes meningsskaping, dette ved å supplere individuelle minner med organisasjonens hukommelse. Boje hevder at når vi hører fortellinger, blandes våre personlige erfaringer inn i det vi hører og ser, og som lyttere er vi samskapere av fortellingene sammen med den som forteller. Det er en prosess hvor vi fyller inn med våre egne erfaringer som en respons til det vi fanger opp av ledetråder i fortellingen. På bakgrunn av hva som ikke sies, men likevel deles, blir den hørbare fortellingen bare en liten del av den koblingen individene har i denne samskapningen. Rollen som samskaper blir samtidig enda større etter som vi forsyner fortelleren med nye ledetråder og responderer med våre egne data. På denne måten formidler ingen fortelling den komplette historien, men er derimot en pågående prosess med bekreftelse av nye data og nye tolkninger etter som disse blir en del av historien. Dermed handler fortellinger om å skape mening i en tvetydig situasjon, noe Boje sammenlikner med at saker i en rettsal skaper presedens (Boje, 1991).

Handling er det vi gjør, mens samhandling dreier seg om hva vi gjør i forhold til andre. Når man i en prosess gjentar arbeidet, eller snakker om et tema gjentatte ganger vil man kunne se at aktørene skaper en gjensidig forpliktelse til den samhandlingen som skjer. Når aktørene etablerer slike samhandlingsmønstre vil man se at det etter hvert dannes tilslutning til selve prosessen.  Helhetsforståelsen påvirker handlinger, samtidig som handlingene på sin side påvirker helhetsforståelsen. Handlingene understøttes av tilslutning som skapes underveis i

prosessen. Hernes´ teori er basert på at menneskene i en organisasjon arbeider for å skape mening (Hernes, 2016).

Filstad (2014) gjorde flere funn i sin undersøkelse med tanke på hvordan ulike prosesser påvirker meningsskapelse og meningsledelse blant toppledere, mellomledere og økonomiske rådgivere i Norwegian Bank. Det konkluderes med at topplederne ofte stoler på egen ekspertise og ekskluderer andre fra beslutningsprosesser. Dette forhindrer topplederne i å fange opp kompleksiteten i organisasjonen, og forhindrer dem i å inkludere andre perspektiver i egen meningsskapelsesprosess. Ettersom mellomlederne ikke blir inkludert i beslutningsprosesser, blir deres meningsskapelse påvirket av toppledernes. Mellomlederne ble fortalt at de skulle fokusere på implementering av endring og holde virksomheten i gang. Mellomlederne måtte akseptere topplederens meningsskapelse i stedet for å administrere sin egen, og i stedet for bistå de økonomiske rådgiverne med hvordan de skal endre praksis. Dette påvirket mellomledernes meningsledelse. Dette viser hvordan prosessen med meningsskapelse påvirker tilretteleggingen av meningsledelse. Topplederes og mellomlederes meningsledelse resulterte i at de økonomiske rådgivere sin meningsskapelse ble preget av å arbeide for etablert praksis, i stedet for en utforskning av hvordan endre praksis. De hadde egne tolkninger av endringsprosessene, med det resultat at endring ikke ble implementert i samsvar med toppledelsens hensikt. Disse funnene understøtter den nære koblingen mellom meningsskapelse og tilrettelegging av prosesser som fremmer meningsledelse. Det fremhever samtidig betydningen av en kunnskapsrik mellomleder med strategiske egenskaper og som er gode formidlere (Filstad, 2014).

### *Endringsledelse*

Hernes (2016) refererer til ledelsesforskerne Bolman og Deal, som plasserer lederskap i fire ulike rammer, som også er sterkt forankret i meningsledelse. Rammene kan bidra til innsikt i ledelse, samt innsikt i hindringer for endring og mulige strategier for å fremme endring.

Den første rammen beskrevet av Bolman og Deal, er det de betegner som den strukturelle rammen. Den omhandler at lederen, gjennom sine sosiale egenskaper, kan påvirke måten organisasjonen utfører sine oppgaver på. Dette med bakgrunn i kommunikasjonslinjer, ansvarfordeling og gjøremål. I det praktiske lederskapet vil lederne vektlegge samhandling, tilslutning og narrativ som påvirker meningsskapingen. Den strukturelle rammen vil i stor

grad påvirke samhandlingen (Hernes, 2016). I denne rammen vil hindringer for endringer være tap av retning og stabilitet samt kaos og forvirring. Viktige strategier for å fremme endring vil være kommunikasjon, omstilling og forhandling om nye formelle mønstre og strategier (Bolman & Deal, 2014).

Den andre rammen beskrevet av Bolman og Deal, er "Human Resource-rammen". Den omhandler de personlige egenskapene en leder besitter, og hvordan ledere opptrer for sine medarbeidere. I denne sammenheng spiller de personlige egenskaper til lederen en viktig rolle. Lederen bør kunne motivere og samspille på en god måte med sine medarbeidere. Det fokuseres på egenskaper som for eksempel gode kommunikasjonsferdigheter, evnen til å se ansattes behov samt evnen til å skape samhold. Etter dette synet har medarbeidere et behov for å føle seg verdsatt og ivaretatt, og ledere spiller en viktig rolle i å møte disse behovene. I situasjoner hvor medarbeidere gjør feil, bør leder forsøke å tolke situasjonen ut ifra hvilken tilslutning til narrativet som ligger bak feilen. Dette kan generelt gi lederen en bredere forståelse av hvordan narrativet utvikler seg hos den enkelte, og videre hvordan man som leder kan bidra til at medarbeidere får en sterkere tilknytning til narrativet (Hernes, 2016).

Man kan ut fra et human-resource perspektiv anta at de har gode grunner for å motsette seg endringer. Noen ganger kommer en endring som resultat av at ledelsen på arbeidsplassen er blitt fascinert av noe nytt, men som kan føre organisasjonen i feil retning. Selv om endringene som kan komme i utgangspunktet virker å være positive kan det føre til motstand, da gjerne for at ansatte ikke har mulighet til å si ifra om at de føler seg engstelige og inkompetente. Å gjøre endringer i de rutiner man er vant til, og fremgangsmåter, kan føre til at man undergraver de kunnskaper og ferdigheter som eksisterer i organisasjonen. Dette kan igjen føre til at de ansatte ikke kan utføre sine oppgaver på en sikker og god måte. Hvis de ansatte ikke har mulighet til å være med på å bestemme i forhold til endringen, at de ikke forstår det man blir bedt om å gjøre, eller ikke har tro på endringen, kan de bli usikre og engstelige. Dette er da elementer som kan føre til motstand, eller at de i verste fall saboterer endringen, med håp om at det skal føre til at man går tilbake til det gamle og velkjente. Sannsynligheten øker for at ansatte vil både forstå og finne seg til rette med endringen, hvis de får mulighet til å medvirke, og får opplæring og psykologisk støtte. Bolman og Deal (2014) viser også til Kotter, som har påpekt at det er viktig å sette av tid til å høre på de ansattes tanker og bekymringer. Man må i tillegg sikre at alle som involveres i endringen, har de ferdigheter og den trygghet og spesialkunnskap som trengs for å kunne utføre de nye oppgavene. Disse

elementene menes å være forutsetninger for at en organisasjon skal kunne lykkes med innovasjoner (Bolman & Deal, 2014).

Den tredje rammen kaller Bolman og Deal (2014) for den politiske rammen. I denne rammen bør ledere fokusere på å oppnå resultater gjennom forhandlinger med medarbeidere. Gjennom forhandlinger kan ledere bruke makt og overtalelse for få frem meningsskaping. Ved å bruke makt i forhandlinger kan et hierarki i organisasjonen være nødvendig, slik at de har belegg for å styre ressurser i form av økonomi og ansatte. Ledere kan da sette en dagsorden etter det som må til for å oppnå resultater. Ledere bør likevel være bevisste på et par ting ved bruk av makt. For det første kan makt forstyrre meningsskaping ved at det kan begrense kreativitet og tenkning utenfor boksen. En annen ting ledere bør tenke på er tidsaspektet ved bruk av makt. Dersom man oppnår ønsket resultat ved å påtvinge meningsskaping på ansatte, kan effekten avta etter en periode, og i verste fall virke mot sin hensikt (Hernes, 2016). Meningsskaping presenteres nærmere i underkapitlet *Meningsskaping*. Med bakgrunn i den politiske rammen kan man si at endringer gjerne er til det beste for noen, mens andre igjen kan bli oversett, eller få sin eksisterende situasjon forverret, og det er derfor ikke unaturlig at endring kan føre til konflikt. Noen ganger kan endringene og motsetningene mellom de ulike ansatte rett og slett før føre til åpne konflikter. Man må altså ta tak i de konflikter som kan oppstå og sørge for at det dannes arenaer der man kan håndtere uenighetene og forsøke å få til gjennomførbare avtaler for å kunne komme videre med endringer (Bolman & Deal, 2014).

Den fjerde rammen til Bolman og Deal er den symbolske (Hernes, 2016, s.62). Her fremstår lederen som en slags predikant, og de ansatte som en overbevisst forsamling i en menighet. Predikanten forkynner sitt budskap både overbevisende og motiverende, slik at organisasjonens visjon blir tydelig. I den symbolske rammen vil ledere ha en god oppslutning blant ansatte i opp- og nedturer. Det symbolske karaktertrekket ved en leder kan være et viktig verktøy for å kunne utrette noe stort, da den gir en sterk påvirkningskraft i meningsskapingen. Symbolene kan være alt fra følelser til fysiske objekter. Fordelen ved å skape symboler er å skape et felleskap samtidig som man dyrker unike prestasjoner. I en organisasjon med sterke symbolske rammer, vil det bygge meningsskaping hvor narrativet kommer tydelig frem, og lederen sees i sammenheng med narrativet (Hernes, 2016). Hindringer for endring i denne rammen er tap av mening og hensikt og det og klamre seg til fortiden. Viktige strategier for å fremme endring vil være å skape overgangsritualer som gir anledning til å sørge over fortiden og hilse fremtiden velkommen (Bolman & Deal, 2014).

Kotter, i Bolman & Deal (2014), har beskrevet åtte stadier som ofte er til stede ved vellykkede endringstiltak. Disse stadiene viser en dynamisk prosess som foregår over tid, men det påpekes at det likevel ikke nødvendigvis er slik at de følger hverandre lineært. I det daglige virket vil disse i realiteten overlappe hverandre, og det vil i noen tilfeller også være nødvendig å gå tilbake til et tidligere stadium. Kotter sine åtte stadier presenteres i tabellen nedenfor. Vi synes tabellen er en god oppsummering av Bolman og Deal sine rammer for lederskap i kombinasjon med Kotters åtte stadier, og har valgt å legge inn tabellen i sin helhet.

Om man kombinerer Bolman og Deals organisasjonsforandring i ulike perspektiver som beskrevet ovenfor her, med Kotters åtte stadier, får man følgende oversikt over tiltak som kan anvendes av endringsaktører:

| ***Kotters endrings-stadium*** | ***Den strukturelle rammen*** | ***Human resource-rammen*** | ***Den politiske rammen*** | ***Den symbolske rammen*** |
|---|---|---|---|---|
| *Opplevelse av prekær situasjon* | | *Involvere folk i hele organisasjonen, be om innspill* | *Nettverks-arbeid overfor viktige aktører, bruke maktgrunnlaget* | *Fortelle en overbevisende historie* |
| *Styrende team* | *Utarbeide strategier for samordning* | *Holde teambyggings-øvelser med styringsteamet* | *Bemanne teamet med troverdige og innflytelsesrike medlemmer* | *Gi teamet en øverst-kommanderende* |
| *Stimulerende visjon og strategi* | *Utforme en plan for implementering* | | *Kartlegge det politiske terrenget, utforme handlingsplaner* | *Utforme en visjon full av framtidshåp og rotfestet i organisasjonens historie* |
| *Formidle visjon og strategi gjennom ord, handlinger og symboler* | *Skape strukturer som støtter opp om endrings-prosessen* | *Holde møter for å formidle retningen framover og få tilbakemelding* | *Skape arenaer, bygge allianser, nøytralisere opposisjonen* | *Synlig engasjert ledelse, "dra i gang"-seremonier* |
| *Fjerne hindringer og sette folk i stand til å gå videre* | *Fjerne eller endre strukturer og prosedyrer som støtter opp om det gamle* | *Sørge for opplæring, ressurser og støtte* | | *Iscenesette "offentlige henrettelser" av "kontra-revolusjonære"* |
| *Tidligere seirer* | *Planlegge kortsiktige seirer* | | *Sette inn ressurser og makt for å sikre tidlige seirer* | *Feire og videreformidle tidlige tegn på suksess* |
| *Stå på når det røyner på* | *Holde folk til planen* | | | *Holde oppbyggelses-møter* |
| *Ny kultur som støtte til ny praksis* | *Justere strukturen etter det nye* | *Bygge opp et "kulturteam", bredt engasjement i kulturutvikling* | | *Sørge over fortiden, feire "revolusjons-heltene", dele beretninger om "veien vi har gått"* |

Figur 5: Tabell, perspektiver på endring (Bolman & Deal, 2014, s. 434)

### *Andre ledelsesstrategier*

Det eksisterer flere ulike beskrivelser av måter å utføre ledelse på. Det vil i denne oppgaven ikke være hensiktsmessig å gå inn på alle beskrivelsene av hensyn til oppgavens størrelse, men også på grunn av vår vurdering av de ulike beskrivelsenes relevans opp mot temaet som vi ønsker å belyse nærmere. Vi beskriver her kort tre andre metoder å utføre ledelse på som vi tenker er relevant i vår studie. Disse strategiene vil også kunne sammenlignes med meningsledelse og endringsledelse som beskrevet ovenfor.

Den første metoden baseres på top-down ledelse, som kan forstås som nedenfra og opp, og bottom-up ledelse kan forstås som ovenfra og ned. Prosesser hvor man som leder benytter seg av top-down, kan karakteriseres av man har klare kommandolinjer og instrukser nedover i organisasjonen. Her vil det bli utformet strategier og planer i toppen av organisasjonen, og så vil ledere nedover i systemet få ansvaret for å implementere dette. Krav om økt digitalisering og bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i HNT kan sees på som en slik prosess. Det er kommet beskjed fra øverste hold i organisasjonen om å iverksette disse endringene. I motsetning til en prosess som starter på toppen og formidles nedover i organisasjonen, finnes annen strategi som består av enkeltindivider, selvorganisering og støttende ledere. Der vil prosessene vokse fram nedenfra med støtte fra nærmeste leder, og det omtales som bottom-up. Dette er basert i større grad på involvering av ansatte og samarbeid. I et slikt fokus vil de ansatte ikke være særlig opptatte av overordnede strukturer, men heller praksisfellesskapet (Gotvassli, 2015).

Ut fra dette kan det fremstå som at ledelse er et enten eller. Nonaka og Takeuchi, i Gotvassli (2015), har lansert en posisjon som de mener befinner seg midt imellom top-down og bottom-up, som de kaller fra midtenopp-ned. Her kommer det fortsatt beskjeder fra toppledelsen i organisasjonen, men mellomledernes oppgave vil være å oversette disse oppgavene slik at de kan bli forståelige for de ansatte som skal utføre arbeidet. I tillegg tenkes det at mellomlederen i en slik tankegang også skal vurdere den informasjonen som kommer fra de ansatte, og sjekke dette opp mot den strategiske retningen som toppledelsen har vedtatt (Gotvassli, 2015).

En annen måte å utføre ledelse på er å skille mellom lederfokusert og medarbeiderfokusert ledelse. Det å få med seg de ansatte for å få gjennomført strategiske endringer, er en del av

den vestlige tankegangen om lederskap. Tannenbaum og Schmidt, i Hernes (2016), har gradert lederadferd hvor man som leder på den ene siden er lederfokusert med mer bruk av makt, og det andre ytterpunktet som de tenker er medarbeiderfokusert, med mindre bruk av makt og økende selvstendighet hos de ansatte. Der hvor man som leder er mest mot å være lederfokusert, så vil man ta beslutningene, og informere om disse nedover i organisasjonen. På den andre siden vil man som leder heller la de ansatte jobbe selvstendige innenfor visse grenser (Hernes, 2016).

Den tredje måten å utføre ledelse på som vi kort presenterer her er det å benytte lederstil med bakgrunn i situasjon slik på bakgrunn av Hersey og Blanchard, i Hernes (2016), hvor det vises til at ulike situasjoner vil stille ulike krav til de evner som trengs hos en leder. Om man har ansatte som ikke er motiverte, eller har den kompetansen det er behov for, så kan man måtte benytte seg av en instruerende lederstil. Videre kan det være sånn at man i organisasjonen har ansatte som ikke har den rette kompetansen, men likevel er motiverte. Da kan man benytte seg av en rådgivende lederstil. Så kan det også være slik at ansatte innehar kompetansen, men ikke er motiverte for å utføre oppgavene, og da kan det være på sin plass å benytte en deltagende lederstil. Har man ansatte i organisasjonen som både har kompetansen det er behov for, og er motiverte til å utføre arbeidet, så kan man som leder bruke den delegerende lederstilen.

Vi har nå redegjort for ledelse med fokus på tiltak for å skape en endring. Til sist belyser vi teori om meningsskaping og kultur.

## *3.4 Kultur og meningsskaping*

Det å innføre noe nytt innebærer endring av forståelse, noe som kan innebære kulturendring. Dette kan sees på som en meningsskapende prosess. Kultur og meningsskaping ligger til grunn for vår forståelse av organisasjonsendring og hvorfor mennesker gjør som de gjør. Vi velger derfor disse teoretiske perspektiver i vår besvarelse.

### *Organisasjonskultur*

Organisasjonskultur defineres som troen og adferden som deles av organisasjonens medlemmer angående hva som utgjør en passende måte å tenke og handle på (Hislop, Bosua, & Helms, 2013).

En stor del av eksisterende litteratur som omhandler organisasjonskultur, argumenterer for at organisasjonskultur er en kultur som kan styres. Hislop, Bosua, & Helms (2013) hevder at det er flere fordeler ved å ha en sterk organisasjonskultur. Dersom de ansatte aksepterer viktigheten og validiteten av verdiene som kulturen representerer vil ansatte være lojale mot organisasjonen. Lojalitet og aksept kan føre til at ansatte både støtter og forsterker den allerede eksisterende kulturen i organisasjonen.

I følge Schein, gjengitt i Hernes (2016), er organisasjonskultur de samlede verdier og normer som hersker i en organisasjon, og består av tre ulike nivåer. Dette observerbare artefakter, verdier og til sist grunnleggende antagelser. Det første nivået, observerbare artefakter, er blitt sammenlignet med den øverste delen av et isfjell. Dette nivået representerer det som er synlig over vannoverflaten. Dette kan være symboler eller fysiske objekter som kan observeres om man studerer organisasjonen. Det andre nivået, verdier i en organisasjon, er det som påvirker hva de ansatte gjør og hvordan de gjør det. Verdiene er blitt til gjennom mellommenneskelig aktivitet, og formes ved at det settes grenser i organisasjonen for hva som er, og ikke er akseptabelt. I tillegg formes disse verdiene av hva ansatte tenker gir mening, og hva som ikke gir mening. Hvis man ser på isfjellet som et bilde av organisasjonskulturen, befinner verdiene seg under vannoverflaten og kan således ikke sees med det blotte øyet. På bunnen av isfjellet, og lengst unna det som kan observeres, finner vi det tredje nivået som omhandler grunnleggende antagelser. Dette omhandler om forestillinger som er innlært i organisasjonen gjennom mange år. De er vanskelige å endre (Hernes, 2016).

Kultur knyttes opp mot en gruppe innad i organisasjonen. Organisasjonskultur blir også sett opp imot læring. I denne sammenhengen betyr læring at ansatte tilpasser seg ulike måter oppgaver blir utført på i organisasjonen. Nye ansatte vil bli opplært i gjeldende kultur. De lærer hva som er passende adferd på arbeidsplassen, og hva som kan oppfattes som rett og galt. Kulturen må oppfattes som riktig av de ansatte for at organisasjonskulturen skal opprettholdes (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Klev & Levin (2013) påpeker at ledere fungerer som rollemodeller på godt og vondt for sine ansatte. I kraft av sin stilling som leder, følger også en rolle som kulturskaper og kulturbærer i organisasjonen, ikke minst gjennom adferd. Leder legger gjennom adferd føringer for hvordan normer og verdier skal råde i organisasjonen.

Rollen som leder kan være konfliktfylt. På den ene siden kan leder stå i press mellom det å skulle formidle prestasjonskrav, samtidig som lederen skal ta vare på sosiale behov de ansatte måtte ha. Dersom leder ofte må ty til makt som middel i utøvelse av sin ledergjerning, kan dette føre til at det blir utfordrende å fremstå som troverdig ved utvikling av organisasjonskulturen. Særlig dersom lederen samtidig fremsnakker en organisasjonskultur der de ansatte skal ha mulighet til å medvirke i de avgjørelser som skal tas. Å benytte seg av makt som leder, trenger ikke være ensbetydende med noe negativt. Som et middel for å forebygge feil, og ved opplæring av nyansatte, kan makt noen ganger ha en positiv effekt. Det ser likevel ut til at de fleste som utøver sitt lederskap med makt gjør dette på grunn av at de mangler alternativer. Det påpekes at det likevel at det kan være et legitimt behov for makt og instruksjon i alle former for ledelse (Colbjørnsen, Ledere og lederskap, 2004).

Dersom vi knytter kultur opp imot innføring av teknologi så sier Andrè og Sjøvold (2017) at for å få til en vellykket endring i helsevesenet er det viktig å balansere fokus på menneskelige ressurser og teknologien. Deres undersøkelser viser at det er forskjell i hvordan helsepersonell beskriver kulturen i enheter hvor endringer har vært gjort med hell, og hvordan kulturen beskrives av ansatte i enheter hvor det ikke har gått som planlagt. I enheter som har hatt suksess i endringsprosesser, blir arbeidsmiljøet beskrevet som engasjerende, empatisk og lojalt. De ansatte jobber selvstendig, og har fokus på arbeidsoppgavene.

### *Subkulturer*

Jacobsen og Thorsvik (2013) mener at det medfører mest riktighet å forholde seg til at organisasjoner består av ulike former for kulturer, heller enn at det finnes en sterk og enhetlig kultur. De refererer til dette som subkulturer. Det at det eksisterer subkulturer innad i en organisasjon kan gjerne oppleves som problematisk. Dette skyldes opplevelsen av koordineringsproblemer og konflikter som kan oppstå mellom de ulike subkulturene. Det påpekes likevel at subkulturer i en organisasjon ikke nødvendigvis medfører problemer. Dette begrunner de med at ansatte innenfor de ulike subkulturene, gjerne kan støtte opp under de

gjeldende mål og den overordnede visjonen til organisasjonen de er en del av. Problemene med subkulturer oppstår gjerne når subkulturene representerer en motkultur, som da utfordrer organisasjonens dominerende kultur.

Subkulturer beskrives som ansatte, som blant annet har sine egne kjøreregler, egne standarder for hva de anser som godt utført arbeid, og disse er ikke en del av den formelle strukturen i organisasjonen. Dette er også noe som gjør at man som leder ikke kan forholde seg til subkulturene som sidestilte parter eller underordnede ansatte da de består av uformelle strukturer (Colbjørnsen, Subkulturer - bedre enn sitt rykt, 2017). Det finnes ulike former for subkulturer. Subkulturer kan dannes som profesjonskulturer, der medlemmene er del av en spesiell profesjonsgruppe. Andre subkulturer kan dannes med bakgrunn i alder, altså alderskulturer, der ansatte med ulik alder er formet i ulike historiske perioder (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Colbjørnsen fremhever at subkulturene kan fremstå både som en ressurs og som en motmakt til ledelse. Medisinske subkulturer i sykehus, preges ofte av en sterk kollegial norm der faget settes først. Ledelsens ønske om styring, av blant annet økonomi, kommer i andre rekke. Nettopp dette kan føre til misnøye mellom disse subkulturene og den administrative ledelsen, og denne misnøyen kan fungere som en motkultur, og komme til syne i form av sterke uttrykk. Likevel sier Jacobsen og Thorsvik, referert i Colbjørnsen (2017) at slike faglige subkulturer i sykehus vil være viktige for å ivareta faglige standarder, yrkesnormer og spisskompetanse. Om subkulturer fungerer som ressurser eller motkrefter, avhenger av om de kan sameksistere med den dominerende kulturen som er i organisasjonen for øvrig. Colbjørnsen hevder videre at subkulturer som motmakt innen sykehussektoren ofte handler om lojalitet til faget, og at fagpersoner kan henvise til fare for liv og helse. Dette kan benyttes som et effektivt pressmiddel ovenfor ledelsen (Colbjørnsen, Subkulturer - bedre enn sitt rykt, 2017).

Subkulturer så kan de være vanskelig å endre når de først har fått fotfeste. Endringer kan av ansatte oppfattes som brudd på en inngått implisitt kontrakt, og i tillegg som et angrep på deres identitet. Forandringer vil også kunne oppleves som en trussel mot en arbeidstilværelse som de ansatte synes er ordnet og forutsigbar. Som leder i en organisasjon kan man likevel stå ovenfor at det ikke finnes alternativer til endring. Innføring av ny teknologi kan føre til at endringer må gjennomføres. Endringene kan påvirke både hvordan arbeidet utføres og det

gjeldende verdigrunnlaget i eksisterende subkulturer i organisasjonen. Endringer kan i slike tilfeller gjennomføres ved at leder legger til rette for endringer som står i stil med gjeldende verdier og oppfatninger i subkulturene (Colbjørnsen, Subkulturer - bedre enn sitt rykt, 2017).

### *Meningsskaping*

Meningsskaping og meningsledelse er teorier som handler om ledelse, og de prosesser som foregår. Dette teoretiske perspektivet beskriver prosessene som foregår blant mennesker på en god måte, og gir en bred forståelse for hvorfor mennesker handler som de gjør (Hernes, 2016).

"Meningsskaping er grunnlaget for meningsledelse. Mens meningsskaping er den prosess som til enhver tid pågår blant mennesker, er meningsledelse de tiltak som ledere setter i verk for å påvirke og opprettholde meningsskapingen" (Hernes, 2016, s. 35).

Organisasjonsforskeren Karl Weick bruker begrepet "sensemaking" for å forstå prosesser hvor mening etableres og endres i fellesskap. Begrepet meningsskaping benyttes som oversettelse på "sensemaking". Denne teorien peker i likhet med andre organisasjonsteorier på hvorfor mennesker handler som de gjør i en organisatorisk sammenheng. Ved å ta utgangspunkt i teorien om meningsskaping, kan man se at mennesker handler som de gjør, fordi handlingen stemmer overens med den mening de skaper. Dette med andre ord at man kan forklare mennesker handlinger ved å analysere den meningsskapingen de gjør (Murphy, 2015). Meningsskaping er forankret i handling og ikke begrenset til menneskers tankeprosesser, og utfordrer konvensjonelle syn på organisasjon og ledelse. Dette som forestillinger om at vi handler fordi vi drives av tvang, sosiale normer eller økonomiske intensiver (Hernes, 2016).

Weick, i Hammer og Høpner (2014), beskriver meningsskaping som:
"at virkeligheten er en kontinuerlig realisering, som oppstår av våre anstrengelser for å skape orden og konstruere retrospektiv mening av det vi opplever. Vi forsøker å gjøre våre opplevelser rasjonelle for oss selv og andre – vi forsøker å skape mening" (Hammer & Høpner, 2014, s. 94).

Meningsskaping handler her om at vi kontinuerlig forsøker å skape mening i det vi ser eller opplever. Man skaper aktivt sin virkelighet (Hernes, 2016). I teorien om meningsskaping peker Weick (1995), i Hammer og Høpner (2014), på et tydelig skille mellom fortolking og meningsskapelse. Han presiserer at meningsskaping er noe mer enn forståelse eller fortolking. Mens fortolking fokuserer på det resultatet man sitter igjen med etter for eksempel å ha lest en tekst, handler meningsskaping mer om prosessen frem til fortolking, den aktivitet, handling eller utvelgelse man gjør før man fortolker.

Weick beskriver meningsskaping som en prosess med 7 dimensjoner. Disse dimensjonene indikerer hva meningsskaping er, hvordan det fungerer og hva som kan gå galt, og kan dermed fungere som en retningslinje for analyse av meningsskapingsprosesser (Murphy, 2015).

Inspirert av Weick sitt arbeid har Hernes (2016) formulert 6 dimensjoner som beskriver meningsskaping:

1. Handlingsdimensjonen – en av meningsskapingens hovedelementer er at meningsskaping er handlingsbasert, at forståelse skapes gjennom handling. Når en handling går fra å være en vane, gjort i automatikk, til at man tenker over hva man gjør og hva man kan gjøre annerledes fordi vanen ikke er en god nok handling lenger, blir handlingen til forståelse. Handlinger i en organisasjon skjer avhengig av andre handlinger og må forståes i relasjon til hverandre, enten basert på tid eller avhengighet til hverandre.
2. Relasjonsdimensjonen - i denne dimensjonen er det relasjonelle er et grunnleggende element i meningsskapingsprosessen. Meningen alle aktører, begreper og handlinger innehar står i relasjon til noe annet, og kan ikke gi mening alene. Handlingen mellom mennesker er koplet sammen, og at meningsskapingen dermed er sosial.
3. Fortellingsdimensjonen – begrepet fortelling benyttes for å beskrive de små erfaringsutvekslinger, forklaringer og opplevelser som påvirker meningsskapingen. Narrativ er den overordnede fortellingen som gir mening gjennom to aspekter; det viser hendelser gjennom tiden som belyser hvordan en utvikling har vært og dermed hvordan utvikling kan skje videre. Samtidig viser narrativet hvilke elementer og aktører som er sentrale for videreutvikling.
4. Tilslutningsdimensjonen – denne dimensjonen er en forutsetning for meningsskaping at man oppnår tilslutning. Tilslutning vises gjennom aktørers handlinger eller mønster

av handlinger seg imellom, ved at man slutter seg til det narrativet det organiseres etter.

5. Valgdimensjonen – meningsbegrepet ikke gir mening dersom aktørene ikke har valgmuligheter, men at mening derimot skapes ved at man har muligheten til å veie ulike konsekvenser opp mot hverandre og ta et valg basert på de alternativene man har.
6. Tids- og mulighetsdimensjonen – dreier seg om at meningsskaping handler om både fremtid og fortid. Fortiden oppleves her og nå og den blir farget av den konteksten man befinner seg i, Dette kan endre seg, og det er mulig og velge å hente opp andre inntrykk enn det man først gjorde. Bildet av fortiden blir dermed endret. På sammen måte kan man velge hvordan man konstruerer fremtiden, basert på hvordan man tar inntrykkene fra fortiden med seg.

Vi har nå redegjort for det teoretiske rammeverket vi vil bruke for å besvare vår problemstilling. Vi vil i fortsettelsen beskrive valgt metode for vår besvarelse.

# 4.0 Metode

I dette kapittelet belyser vi vår metodiske fremgangsmåte, og vi presenterer og drøfter hvordan vi har utviklet våre data og analysert disse.  Metode beskrives som å følge en bestemt vei for å nå et mål. Gjennom vår studie søker vi å gi innsikt i årsaker til varierende og liten grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Vi har valgt å støtte oss på Johannessen, Tufte, & Christoffersen (2019) som vektlegger at forskningen må være transparent. Dette for at leseren skal få innsikt i fremgangsmåte, og ha mulighet til å vurdere kvaliteten, i tillegg til å forstå funn (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

Kapitlet har som formål å redegjøre for de metodiske valg vi har tatt, og vil presenteres i kronologisk rekkefølge som samsvarer med vår forskningsprosess. Vi vil innledningsvis redegjøre for vårt vitenskapsteoretiske ståsted, da dette legger grunnlaget for videre metodisk tilnærming i oppgaven. Deretter redegjøres det for studiens formål og design, etterfulgt av innsamlingsmetode og kriterier for utvalgsmetode. Videre kommer utforming av intervjuguide og beskrivelse av intervjuprosessen og bearbeiding av data. Til slutt i kapitlet vil det redegjøres nærmere for forskningsetikk og datamaterialets kvalitet.

## *4.1 Vitenskapsteoretiske ståsted*

Vitenskapsteoretisk ståsted og kunnskapssyn handler om å rette oppmerksomheten mot et spesielt område, og å avgrense og utelukke andre områder fra det som skal forskes på (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Justensen og Mik-Meyer (2010) beskriver tre grunnleggende vitenskapsteoretiske perspektiver, det realistiske perspektiv, det fenomenologiske og det konstruktivistiske.

Gjennom vår studie søker vi å få innsikt i ansattes forståelse av videokonsultasjoner i pasientbehandling. I den forbindelse kan studien knyttes til fenomenologisk forskning. Dette ved at fenomenologien vektlegger subjektive handlinger, og hvilken mening ulike aktører tillegger sine handlinger. Formålet i en fenomenologisk studie, er å fortolke og forstå ulike subjektive oppfatninger. Oppfatningen er at flere forskjellige virkeligheter finnes. Dette fordi virkeligheten blir sett som en subjektiv fortolkning. Studien vår vil søke å beskrive forskjellige og subjektive meningsunivers. Begrepet livsverden brukes om den tolkede verden

sog understreker at forskerens evne til innlevelse og empati i andres situasjon og livsverden vektlegges i fenomenologien (Justensen & Mik-Meyer, 2010).

Videre har studien også et konstruktivistisk perspektiv, der ansatte søker en forståelse av den verden de lever og arbeider i. Hvordan ansatte forstår og forholder seg til disse endringene skapes i samspill med andre aktører innenfor den konteksten de inngår i. Dette innebærer at for å forstå og kunne forklare praktisering av videokonsultasjoner i pasientbehandling må det tas utgangspunkt i den konteksten de inngår i. Konstruktivismen vektlegger sosiale prosesser med tanke på hva som er gyldig kunnskap (Thagaard, 2018). Konstruktivismen bygger på antagelsen av at vår forståelse av verden vil være konstruksjoner av virkeligheten i en eller annen forstand. Virkeligheten vil derfor være et resultat av enkeltindividets fortolkning av samfunnet. Konstruktivismen hevder videre at alt rundt oss er konstruksjoner, og dermed kunne sett annerledes ut gitt andre omstendigheter. Fenomener blir derfor sett på som sosialt eller historisk betinget. Virkeligheten er ikke uavhengig av hvordan vi som mennesker forstår den utfra den verden vi lever i (Justensen & Mik-Meyer, 2010). Konstruktivismen forstår kunnskap som at den blir konstruert i sosiale sammenhenger av de mennesker som deltar (Thagaard, 2018).

Ifølge Justesen og Mik- Meyer- (2010) vil det ikke være mulig å lage et klart skille mellom deler av konstruktivismen og fenomenologien. Dette fordi begge perspektivene fokuserer på det intersubjektive, på kontekst og på hvordan betydning blir skapt. Men ettersom konstruktivismen ser alt som konstruksjoner vil analysen være mer flytende og dermed endre seg underveis. Fenomenologien preges av å leve seg inn i individene sin stabile livsverden.

Med bakgrunn i vår problemstilling ønsker vi å få innsikt i, og å forstå årsakssammenhenger mellom varierende og liten grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Behandlerne søker med dette en forståelse av den verden de lever i, en verden som skapes gjennom interaksjon i en kontekst. Dette tenker vi kan knyttes til et konstruktivistisk vitenskapssyn. Likevel vil vår inngangsport være en forståelse av informantens subjektive opplevelser, der vi søker innsikt i informantenes livsverden og hvordan de tolker virkeligheten, noe samsvarer med et fenomenologisk vitenskapssyn. Det betyr at studien vil ta utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, men med elementer fra konstruktivismen.

## *4.2 Studiens design og formål*

Vi redegjør her for studiens design, formål og problemstilling. Thagaard (2018) beskriver at et prosjektdesign kan sees på som en retningslinje med tanke på valg av metode, utvalg og analyse som kan bidra til å svare ut problemstillingen.

Problemstillingen utformes i forskningsprosjektets første fase. Forskningsprosjektet planlegges med utgangspunkt i problemstillingen, og denne planen kalles et design. Forskningsdesign er "alt" som knytter seg til en undersøkelse, men at det finnes overordnede forskningsstrategier (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

I denne studien er vi opptatt av å få innsikt i arbeidstakernes forståelse av digitale verktøy; videokonsultasjon i pasientbehandling, med mål om å finne svar på årsaker til ulik bruk. Ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) vil eksplorative undersøkelser ha som mål å utforske fenomener som kan være mindre kjente, eller helt ukjente. Med bakgrunn i at vi vet lite om hvorfor bruken av videokonsultasjoner i pasientbehandling varierer, tilsier det at vi skal anvende et slikt design. I følge De nasjonale forskningsetiske komiteene er eksplorerende som regel aktuelt ved de fleste kvalitative forskningsprosjekter. Det betyr at veivelag gjøres underveis i prosjektet, problemstilling og utvalg kan måtte justeres underveis i studien. Fra et samfunnsvitenskapelig ståsted er denne fleksibiliteten et av de fremste fortrinnene ved ulike kvalitative tilnærminger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Eksplorerende design vil være nyttig for oss, ettersom vi ikke finner tidligere forskning på området. Dette medfører at vi trolig må gjøre ulike veivalg etter hvert som vi får ny innsikt. Thagaard (2018) legger vekt på at vi må innarbeide fleksibilitet når vi utformer forskningsdesign. Det betyr at vi må forbeholde oss retten til å endre planen for studien slik at vi kan tilpasse fremgangsmåten til de erfaringene vi får, og derav blir dette et fleksibelt design. Fleksibiliteten vil være viktig dersom vi ser vi har behov for flere intervju, eventuelt andre utvalg og andre forhold.

Hensikten med studien er innsikt i lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord-Trøndelag. Det var viktig for oss å utforme en god og relevant problemstilling så tidlig som mulig. I følge Thagaard (2018) er problemstillingen retningsgivende for hvilke personer eller situasjoner vi vil studere, hvilke metoder vi bruker

og hvordan vi utfører analysen. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) skriver at problemstillingen avgjør også hvor vellykket forskningsprosjektet blir, fordi den angir de spørsmål som undersøkelsen forventes å gi svar på.

Det har vært en utfordrende prosess å formulere en problemstilling, og den har endret seg underveis i prosessen. Den endelige problemstillingen var ikke klar før funn fra intervjuene forelå, og vi har også endret den noe etter dette. Vi mener vi har kommet frem til en problemstilling vi tenker er konkret og avgrenset, og det kommer godt frem hva og hvem som skal undersøkes. Det at vi har hatt mulighet til å endre problemstillingen underveis, viser at vi har lyktes i at problemstillingen var åpen nok til å inkludere nye tema, og vi har lyktes i å skape et fleksibelt design.

Med bakgrunn i dette endte vi opp i følgende problemstilling:

"Hvordan kan vi forklare lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord-Trøndelag?"

For å hjelpe oss med å kunne svare ut problemstillingen valgte vi oss ut følgende forskningsspørsmål, som vi har jobbet aktivt med underveis:

- Hvilke forståelser og erfaringer har ansatte med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling.
- Hvordan forstår ansatte bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling?

## *4.3 Innsamlingsmetode*

Et eksplorerende design krever en kvalitativ metode. Ved kvalitative metoder søker man som forsker en forståelse av sosiale fenomener. Dette kan gjøres ved å opprette nær kontakt med deltager gjennom intervju. Selve begrepet kvalitativ, viser til at det fremheves prosesser og meninger, som ikke lar seg gjøre å måle i kvantitet (Thagaard, 2018). Metoden brukes også når fenomener som vi har liten kjennskap til, og som det er forsket lite på, skal undersøkes. Kvalitativ metode betraktes å være egnet når en er opptatt av å forstå eller beskrive hvordan mennesker oppfatter verden (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Med bakgrunn i dette vil kvalitativ metode være en metode som vil passe godt for vår studie, og som vi har

valgt å benytte oss av i fortsettelsen. Studien vår søker kunnskap om ansattes forståelse av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Dette er ikke mulig å måle kvantitativt, men må undersøkes gjennom en kvalitativ undersøkelse.

Med bakgrunn i valg av metode, har vi valgt å gjennomføre undersøkelsen ved hjelp av kvalitative individuelle intervju. Dette gir mulighet for å fyldige beskrivelser fra den enkelte informant, og er den mest brukte måten å samle egne data på innenfor kvalitativ metode. Individuelle intervjuer betraktes som å være en egnet innsamlingsmetode når hensikten er å få detaljerte beskrivelser av blant annet informantenes forståelser, erfaringer og oppfatninger rundt et tema. Individuelle intervjuer er ofte mer en dialog enn rene spørsmål og svar, og funn fra intervjuene utgjør data eller empiri (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

## *4.4 Kriterier for utvalgsmetode*

Etter valg av metode, vil videre prosess innebære å formulere kriterier som legges til grunn for utvalget. Da vi er ledere innenfor helsesektoren, falt det oss naturlig å forske på et fenomen innenfor denne sektoren og egen organisasjon. Når det kommer til utvalget innenfor organisasjonen, kunne vi valgt å intervjue både ansatte og ledere for å få innsikt i temaet. Denne studien søker kunnskap om ansattes forståelse av både ledelsens betydning, og videkonsultasjoner som verktøy i pasientbehandlingen. På bakgrunn av forskningsspørsmålene ble valget å intervjue ansatte, da det er de som kan gi oss den informasjonen vi søker. Vår kjennskap til organisasjonen la grunnlag for valg av behandlere.

Ifølge Thagaard (2018) kjennetegnes kvalitative studier som oftest av et begrenset antall personer. Vi satte følgende kriterier for utvalg av informanter: informantene måtte ha en ansettelse i HNT, de måtte ha erfaring med pasientbehandling, og de måtte være aktuelle brukere av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Vi ønsket ansatte som benyttet verktøyet og ansatte som ikke benyttet verktøyet for å få avdekket et bredest mulig erfaringsgrunnlag. I tillegg ønsket vi ansatte fra både somatiske og psykiatriske avdelinger. Vi vurderte at 6 ansatte ville være tilstrekkelig for å innhente nødvendig informasjonen. De seks informantene jobber alle innenfor pasientbehandling. Fem oppga å være potensielle brukere av videokonsultasjoner, mens en jobber innenfor et område der videokonsultasjoner ikke er aktuelt i pasientbehandlingen. Tre av informantene jobber ved psykiatriske avdelinger, de

andre ved somatiske avdelinger. Av profesjoner er informantene sykepleiere, leger og psykologer.

Vi kunne intervjuet flere med mål om å få ytterligere kunnskap, det hadde nok sannsynligvis gitt ny informasjon. Med bakgrunn i tidsperspektiv valgte vi å ikke inkludere flere informanter da vi vurderte at datagrunnlaget var tilstrekkelig. Det er flere meninger om størrelse på utvalg og metningspunkt. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) sier at utvalget skal være stort nok til at vi kan belyse vår problemstilling og antallet vil være avhengig av kvaliteten på intervjuene som er gjennomført.

Ved et lite utvalg er det ifølge Thagaard (2018) særlig viktig at vi anvender en utvelgingsprosess som er hensiktsmessig for problemstillingen, slik at analysen av data kan gi en forståelse av fenomenene vi studerer. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) støtter dette og sier også at målet er å intervjue de som er mest relevante ut fra formålet med studien.

Utvalgsmetoden vi benyttet var et strategisk utvalg. Det betyr at vi som forskere definerer hvilken målgruppe som skal delta for å sikre at de informantene som skal inngå i utvalget har erfaringer som kan bidra til å belyse problemstillingen (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Med denne metoden for utvelgelse er utvalget ikke representativ for populasjonen. I vårt tilfelle vil utvalget således heller ikke være representativt for sykehusets ansatte som en helhet.

Vi har gjort et typisk utvalg av informanter, som betyr at vi ønsker at utvalget skal representer det som er typisk for gruppen vår (Thagaard, 2018). Dette innebærer et tilfeldig utvalg av informanter blant potensielle brukere av videokonsultasjoner i pasientbehandling i HNT. For oss var det viktig at utvalget representerte den generelle holdningen til bruken av verktøyet. Alternativet kunne vært et spesielt utvalg, der vi kun valgte informanter som har gjennomført mange videokonsultasjoner. Vi kunne da fått et feilaktig inntrykk av bruken, ved at informantene hadde mer forståelse av bruken enn ansatte generelt. Dette ville ikke belyst problemstillingen vår i like stor grad.

Tilgjengelige deltakere er ofte er personer som er fortrolige med forskning, og er mer villige til å delta i kvalitative studier. Det blir viktig å vurdere hvilken betydning denne type skjevhet kan ha. Majoriteten av de vi intervjuet hadde ingen erfaring, verken med egen forskning, eller

ved å bli intervjuet. En annen utfordring ved tilgjengelighetsutvalg, er at de som er villige til å delta ofte mestrer det fenomenet som skal undersøkes, og i motsatt fall kan personer som ikke ønsker å delta kan, oppleve utfordrende sider ved fenomenet (Thagaard, 2018). Informantene i utvalget vårt benytter i liten grad videokonsultasjoner. Vi kan likevel ikke utelukke at de som stilte til intervju er mer positive til verktøyet en ansatte flest.

For å rekruttere aktuelle informanter, henvendte vi oss til de via e-post hvor vi informerte om studien (vedlegg 1). Thagaard (2018) sier at en formell henvendelse er hensiktsmessig. Formelle henvendelser fører imidlertid ikke alltid frem. I enkelte tilfeller kan det være utfordrende å finne personer som er villige til å delta i kvalitative studier. Vår erfaring var at noen responderte raskt på vår forespørsel via e-post. Andre svarte ikke. De som ikke besvarte e-posten, kontaktet vi per telefon og gav muntlig informasjon om studien. Det hadde positive effekter ved at de da ofte svarte at de likevel ønsket å delta. Rekrutteringen gikk greit, selv om det var noen utfordringer med å få på plass seks informanter. Noen de vi hadde sendt e-post til, svarte at de mente å ikke kunne bidra med noe grunnet manglende erfaring med bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

## *4.5 Utforming av intervjuguide*

Formålet med en intervjuguide er å løfte frem tema knyttet til problemstillingen. Vi tok utgangspunkt i teori om kultur, ledelse og teknologi da vi utarbeidet vår intervjuguide (vedlegg 2). Vi søkte innsikt i hvordan informantene oppfattet ledelsenes betydning i forbindelse med innføring av videokonsultasjoner, og hvordan de oppfattet videokonsultasjoner som verktøy i pasientbehandling. I utformingen av intervjuguiden søkte vi en dramaturgisk metode for oppbygging presentert i Thagaard (2018). Denne metoden sier noe om betydningen av rekkefølgen av temaene i intervjuguiden. Det legges vekt på å oppnå en emosjonell stigning gjennom intervjuene, som avtar mot slutten.

Vi valgte å benytte semistrukturerte intervju i vår studie. Det er denne formen for intervju som oftest benyttes i kvalitative studier (Thagaard, 2018). Dette innebærer en intervjuguide med åpne spørsmål. Rekkefølgen på spørsmålene kan variere fra intervju til intervju. Dette gir en intervjuguide med fleksibel struktur og mulighet for å tilpasse spørsmålene etter informantene. Semistrukturerte intervju medfører også en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Fleksibilitet ved å kunne

sjonglere mellom tema underveis, og standardisert ved at det muliggjør systematisering av data i etterkant. Vi utarbeidet to intervjuguider. En guide var tilpasset ansatte som hadde erfaring med bruk av videokonsultasjoner, den andre guiden var tilpasset dem uten erfaring. Både Thagaard (2018) og Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) advarer mot å bruke spørsmål som starter med "hvorfor". Målet er å unngå antakelser. Kvale og Brinkmann (2015), i Thagaard (2018), sier også at det i en intervjuguide bør benyttes "hvordan" i stedet for "hva". Det vil bidra til å holde samtalen i gang, og stimulere til refleksjon og utfyllende besvarelser. Vi har unnlatt bruken av "hvorfor" i vår intervjuguide, men innledet enkelte av spørsmålene med; "Hva".

I tråd med Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) gjennomførte vi testintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden. Det bidro blant annet til å kontrollere om intervjuguidens omfang harmonerte med estimert tidsramme vi hadde forespeilet informantene. Gjennom testintervjuet erfarte vi også hvordan guiden fungerte i intervjusammenheng. Vi avdekket noe overlapp av spørsmål, som ble justert i ettertid. Vi opplevde dette som en nyttig øvelse, da ingen av oss har bred erfaring med kvalitative intervju fra før. Det gav oss mulighet for å gi tilbakemelding til hverandre, samt få tilbakemelding fra kandidaten som ble forespurt om å stille til prøveintervju.

## *4.6 Intervjuprosessen*

Alle intervjuene via det digitale verktøyet Teams. Den som hadde hovedansvaret for intervjuet hadde hele tiden kameraet sitt påslått, og den som var observatør hadde kamera og mikrofon avslått. Dette ble gjort for å unngå unødvendige forstyrrelser under intervjuet.

Vi er tre studenter og ble enige om det var praktisk at kun to av oss deltok på hvert intervju. Den ene førte ordet og hadde ansvaret som intervjuer, mens den andre deltok som observatør og noterte underveis for å komme med eventuelle supplerende spørsmål før avslutning.

I tråd med den dramaturgiske metoden, beskrevet overfor, ble alle intervjuene innledet med en forklaring til behandlerne om hvordan selve intervjuet ville foregå. I tillegg gikk vi gjennom innholdet i informasjonsskrivet (vedlegg 1), der vi informerte om prosjektet før vi gikk over til å intervjue informantene om deres arbeidshverdag. Valget om å starte med nøytrale emner, var et metodisk valg for å etablere en kontakt med informantene tidlig i intervjufasen. De

første minuttene av intervjuet, er ifølge dramaturgisk metode, viktig for å skape en trygg atmosfære. Etter den innledende fasen dreide vi intervjuet over mot mer sentrale tema, med mål om å skape refleksjon. Vi avrundet intervjuene med nøytrale temaer.

Forhold som legger til rette for et vellykket intervju, er blant annet bruk av oppfølgingsspørsmål og små kommentarer for å bekrefte informantenes uttalelser (Thagaard, 2018). Vi opplevde ulik grad av refleksjon under intervjuene, og benyttet oppfølgingsspørsmål for å oppfordre informantene til å uttrykke seg mer konkret om spesifikke erfaringer. Dette kompenserte i noen grad for forskjeller med hensyn til hvor åpent informantene uttrykte seg.

Utfordringer som kan oppstå underveis i intervju, kan bestå av blant annet intervjuers evne til å balansere aktiv lytte med initiativ til å komme videre. Det kan også oppstå utfordringer knyttet til interaksjon mellom forsker og intervjuobjekt (Thagaard, 2018, Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2019). Vi opplevde noen utfordringer ved bruk av Teams som metode for gjennomføring av intervju. Dette med bakgrunn i at noen av informantene manglet kamera. Dette påvirket interaksjonen under intervjuet ved at vi ikke fikk se ansiktet til den vi intervjuet. Vi mistet dermed muligheten for å tolke kroppsspråk.

## *4.7 Bearbeiding av data*

Her redegjøres det for hvordan vi utvikler og analyserer dataenes epistemologiske utgangspunkt, det vil si hvordan vi gjennom intervjuene tilegnet oss kunnskap. Deretter redegjøre vi for metoden for analyse vi har benyttet.

Vårt utgangspunkt har vært en induktiv tilnærming, som er den tilnærmingen som oftest brukes i kvalitative studier. Det innebærer å forankrer kodene empirisk ved å utvikle koder som gir et konsentrert uttrykk for deltakernes erfaringer og handlinger. Det betyr å jobbe fra data mot teori (Thagaard, 2018). Vi kan nok si at vi har jobbet både empiridrevet og teoridrevet, noe som tilsvarer en abduktiv tilnærming. En abduktiv tilnærming starter med data, men teori og tidligere forskning påvirker i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018). Dette samsvarer mer med måten vi har jobbet på.

Vi har videre anvendt en temaanalytisk tilnærming i vår analyse. Det betyr ifølge Thagaard (2018) at vi utforsker temaer ved å sammenligne data om det samme temaet for alle deltakerne i prosjektet.

Med bakgrunn i vårt vitenskapssyn, var det viktig for oss å få en forståelse av hva informantene fortalte oss gjennom intervjuene. Det er vanlig å analysere meningsinnhold i fenomenologiske oppgaver. Det er hva informanten forteller som er det viktige (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Malterud, i Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) beskriver fire hovedfaser for analyse av meningsinnhold innenfor fenomenologisk metode, som vi er preget av når vi beskriver metode for bearbeiding av datamaterialet.

### *Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold*

Vi transkriberte intervjuene etter hvert som vi gjennomførte dem. Vi gjennomførte to intervju hver, og transkriberte våre egne intervju. I transkripsjonen noterte vi ordrett hva behandlerne sa, men vi gjorde om dialekt til bokmål. Deretter leste vi grundig gjennom alle intervjuene for å bli kjent med innholdet. Forskeren vil i denne delen av analysen lete etter interessante og sentrale temaer for å skaffe seg et helhetsinntrykk og for å bli kjent med materialet. Det er viktig å ikke fokusere på detaljer, men definere sentrale hovedtemaer. Det er viktig å fjerne irrelevant informasjon, og fortette sentral informasjon, noe som gjøres ved å forkorte uttalelser og komprimere lange setninger (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Vi markerte interessante sitater, for så å forøke å kategorisere etter temaer. Vi forsøkte her å finne temaer som gikk igjen i intervjuene uten å tenke for teoretisk. Det var to hovedtemaer som skilte seg ut. Det første var; *Ansattes forståelser og erfaringer med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling*, mens det andre var; *Ansattes forståelse av bruk av videokonsultasjoner som metode i pasientbehandling?*

### *Koder, kategorier og begreper*

Etter at jobben med tematisering var gjort, var det naturlig å skille ut sentrale elementer for oppgaven og for problemstillingen. Dette i tråd med Malteruds fase nummer 2. Vi valgte å sammenfatte svarene fra alle informantene. Til tross for at bare to av dem hadde noe erfaring med videokonsultasjoner, mens fire av dem ikke hadde erfaring med verktøyet, fremstår besvarelsen fra dem like. Dette gjelder også mellom avdelinger. I enkelte tilfeller skilte vi

mellom «de med erfaring» og «de uten erfaring», og i enkelte tilfeller skilte vi mellom ansatte fra somatisk avdeling og ansatte fra psykiatrisk avdeling.

For å rydde og systematisere besvarelsene innenfor hvert av temaene, brukte vi koder for å bryte ned hovedtemaene i mindre tema eller overskrifter. Vi så raskt at mange av svarene fra behandlerne omhandlet det samme. Vi brukte da farger for å markere sitater som omhandlet samme tema. Ulike temaer med ulik farger ble også kodet med ord eller overskrifter i margen for å skille dem fra hverandre. Vi valgte her å dele mellom psykiatriske og somatisk avdelinger i to ulike «stolper». Etter å ha kodet all informasjonen og fått oversikt over de ulike kodene, så vi at noen koder lignet hverandre og kunne slås sammen til en kode. Til slutt satt vi igjen med et sett koder som ble brukt videre for å få oversikt over relevante funn i oppgaven. Koding er viktig for å avdekke og organisere meningsfulle avsnitt, og for å redusere og ordne datamaterialet for å forenkle analysen. Vi brukte i hovedsak induktive koder, det vil si at kodene ble laget ut ifra selve materialet og de tema som ble omtalt der (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

### *Kondensering*

Etter at datamaterialet er kodet og systematisert, abstraheres meningsinnholdet i kodene, noe som kalles kondensering. Her trekkes de meningsbærende elementene ut av kodingen. På denne måten ordnes materialet under kodene, og materialet reduseres (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

I denne fasen sammenfattet vi innholdet i materialet under de ulike kodene. Vi brukte stolpeinndelingen; funn fra psykiatri og funn fra somatikk, og samlet all informasjon under disse stolpene ved å bruke kodene som overskrift. Til slutt skrev vi en kortfattet oppsummering av hver stolpe under hvert hovedtema, der vi trakk ut markante funn.

### *Sammenfatning*

Etter å ha skrevet oppsummeringen, oppdaget vi raskt at det ikke var så store forskjeller mellom ansatte ved de ulike avdelingene når det kommer til hva de tenker om bruken av videokonsultasjoner. Ifølge Johannessen et al (2019) innebærer sammenfatningen å bruke materialet til å lage nye begreper og beskrivelser. Her vurderes det om resultatet etter kondenseringen samsvarer med det opprinnelige materialet. Vi fant ut at kodeordene fortsatt

var relevante, men at besvarelsene fra somatikk og psykiatri var rimelig sammenfallende under hver kode. Vi valgte derfor å gå bort fra stolpeinndelingen med psykiatri og somatikk, og heller samle besvarelsene under hver kode, og samle dem under de to hovedtemaene som beskrevet innledningsvis.

Vi systematiserte så materialet fra hver kode under våre nye hovedtema og jobbet videre herfra. Da var vi i gang med selve analysedelen, der vi identifiserte mønstre og sammenhenger. Videre vurderte vi våre funn opp imot aktuell forskning og teori i et eget diskusjonskapittel. Dette i samsvar med Malteruds fase nummer fire (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019).

## *4.8 Forskningsetikk*

Det ligger tre etiske retningslinjer til grunn for forskning. Disse er; Viktigheten av å innhente informert samtykke til deltagelse i studien, konfidensialitet og konsekvenser ved deltagelse (Thagaard, 2018). Vi vil i fortsettelsen redegjøre for hvordan vi har arbeidet med disse retningslinjene i vår studie.

Utgangspunktet for alle forskningsprosjekter er prinsippet om at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke. For å innfri dette kravet sendte vi inn søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) for vurdering og godkjenning (vedlegg 3). Vi måtte i denne sammenheng utforme et informasjonsskriv (vedlegg 1) som ble lest og signert av behandlerne i forkant av intervjuene.

Intervjuene ble innledet med at vi gjentok hovedelementene i informasjonsskrivet, og understreket at informantene kunne trekke seg fra forskningsprosjektet når som helst. Informantene ble også orientert om at det ikke ville medføre konsekvenser for dem få delta. Dette er i tråd med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, utarbeidet av NESH (Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), 2016).

Digitale lydopptak, som i etterkant av intervjuene blir skrevet ut, er en vanlig måte å lagre data på (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Vi valgte å benytte det digitale verktøyet, “Nettskjema”, som ligger tilgjengelig på Nord Universitet sine nettsider.

Nettskjema er en sikker løsning for gjennomføring av spørreundersøkelser og datainnsamling (Nord Universitet, 2020). Samtlige informanter samtykket til bruk av lydopptak i forkant av intervjuet. Intervjuene ble tatt opp som lydfiler over egen telefon, for deretter å bli overført til nettskjema som blir slettet etter at prosjektet er sluttført.

Alle informantene fikk informasjon om at intervjuene ville bli anonymisert. Ifølge Thagaard (2018) er det viktig å behandle informasjon fra studien på en slik måte at deltakerens identitet forblir skjult. Dette gjelder også når vi presenterer data i studien. Vi har sikret at behandlerne er anonymisert i presentasjonen av resultatene. Thagaard (2018) beskriver at anonymisering kan være utfordrende i små miljøer med få deltakere. Vi har generalisert datamaterialet, og anonymisert sitater i presentasjonen av funn.

Vi forsker i eget foretak og har derfor også sendt inn søknad til DAC (Data Access Committe). Forskningsavdelingen i Helse Nord-Trøndelag har opprettet DAC for å føre oversikt og kontroll med forskningen som foregår i foretaket. De vurderer prosjekter i henhold til personvern, relevant særlovgivning og foretakets egne retningslinjer og strategier for forskning.

Vi har forholdt oss til de etiske retningslinjer som ligger til grunn for forskning gjennom vårt prosjekt.

## *4.9 Å forske på egen organisasjon*

Det å forske på egen organisasjon er noe vi har brukt en del tid på å reflektere over. Vi har god kjennskap til Helse Nord- Trøndelag som organisasjon. Thagaard (2018) mener at det kan være både en styrke og en svakhet å ha kjennskap til det miljøet man velger å forske på. I vårt tilfelle ser vi det som positivt at vi kan sette oss inn i informantenes arbeidshverdag med bakgrunn i egne erfaringer. En svakhet kan være at vi kan risikere å overse nyanser og holdninger som ikke samsvarer med de erfaringene vi har. Dette kan medføre at vårt resultat blir påvirket av våre forståelser og tilknytning til organisasjonen. Vi kan derfor stå i fare for å utvikle en forståelse "innenfra", noe som samsvarer med Thagaards (2018) beskrivelser av styrker og svakheter ved å forske på egen organisasjon. Det pekes videre på faren ved ikke å stille de riktige spørsmålene dersom vi som forskere har inngående kunnskap om kulturen til de vi intervjuer. Vi har forsøkt å være bevisste våre forforståelser omkring tematikken, for å

forhåpentligvis unngå at resultatene skulle bli farget av disse. For å forsøke å sikre oss at informantene skulle føle at de kunne være ærlige i sine svar, har vi vært bevisst på hvem som gjennomfører intervju. Med tanke på at vi alle har lederroller i HNT, har vi sikret at ingen av våre informanter blir intervjuet av sin nærmeste leder.

Vi har forsøkt å være bevist vår forforståelse i forbindelse med arbeidet med denne studien. Forskning på egen organisasjon, innebærer ofte et personlig engasjement hos forskeren, som gjerne er forbundet med et ønske om å endre tingenes tilstand. Dette engasjementet kan utgjøre en feilkilde, da egeninteresse kan medføre at forforståelse er styrende for resultatet av undersøkelsen. På den annen side kan forskerens engasjement også ses på som noe positivt, da engasjementet kan føre til at man blir mer utholdende som forsker (Nyeng & Wennes, 2006). Som ledere i HNT er vi engasjerte i innføring informasjonsteknologi. Vi ser ikke på dette engasjementet som noe negativt, da tematikken vår omhandler informantenes opplevelser og erfaringer. Samtidig erkjenner vi å ha et stort engasjement for innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Vi har gjennom hele prosessen vært bevisst på at våre holdninger og forforståelse ikke skal tillegges våre informanter. Dette kan i noen tilfeller være en krevende øvelse, da vi må sikre at vi ikke vektlegger informantenes positive holdninger i større grad enn det som blir uttrykt. Vi har tilstrebet å innta en nøytral rolle, men erkjenner at vi uansett vil være preget av vårt engasjement for området.

Forutinntatte meninger, løsningsforslag og hypoteser kan være andre feilkilder til forskning i egen organisasjon. Dette er noe som vil kunne påvirke tolkningene som skal gjøres av data, både bevisst og ubevisst, der forskeren må ta stilling til hvor ærlig resultatene kan presenteres. Hvor sterke vi er i forhold til å kunne stå i en eventuell kritikk som kan komme fra andre i organisasjonen, kan påvirke grad av ærlighet (Nyeng & Wennes, 2006). Når det kommer til å forske på vår egen organisasjon, så har vi gjort vurderinger rundt hvordan resultatene av vår prosess vil kunne bli tatt imot. Det kan være at vi vil komme fram til resultater som gjør at vi må stille kritiske spørsmål rundt prosesser hos egen arbeidsgiver. Vi har likevel besluttet at det vil være riktig å gjennomføre denne prosessen, da vi har håp om å kunne komme fram til resultater som vil kunne bidra til å videreutvikle bruken av videokonsultasjoner i Helse Nord-Trøndelag. Vi har derfor måttet få veiledning på hvordan vi på best måte skal presentere resultater basert på funn fra informantene. Vi har prøvd å gjengi resultater som ikke er farget av vår bakgrunn som ledere.

## 4.10 Datamaterialets kvalitet

### *Validitet*

Vi har ivaretatt validiteten gjennom denne studien. Validitet beskrives som undersøkelser der det forskes på det som faktisk skal undersøkes. Videre avhenger validiteten på om funnene belyser forskningsspørsmålene i studien. Validitet er utviklet spesielt for kvantitativ forskning. Ved bruk av begrepet i kvalitativ forskning vil begrepet være avhengig av hvilket forskningsteoretisk perspektiv undersøkelsen baseres på (Justensen & Mik-Meyer, 2010). Undersøkelsens validitet være knyttet til de resultater som fremkommer av forskningen, og hvordan data tolkes. Det er mulig å styrke et prosjekts validitet ved å vektlegge teoretisk transparens. Dette kan gjøres ved å beskrive forskerens teoretiske ståsted, noe som igjen utgjør grunnlaget for de tolkninger som blir gjort. For å styrke validiteten, kan man få andre enn forskerne til å se på analyseprosessen med et kritisk blikk, og gjøre vurderinger av de analysene som er blitt foretatt (Thagaard, 2018).

Vi har beskrevet vårt vitenskapsteoretiske ståsted, og vært tydelige på hvilken teori og relevant forskning vi har benyttet for å belyse oppgaven. Dette for å sikre teoretisk validitet. Vi har ikke funnet forskning som omhandler varierende og liten grad av bruk av videokonsultasjoner. Vi har heller valgt å presentere forskning på innføring og bruk av IKT i offentlig sektor og bruk av avstandsoppfølging i helsesektoren. Vi har vi hatt jevnlig kontakt med vår veileder, for at noen andre skal kunne se på studien vår, og prosessen med et kritisk blikk for å styrke validiteten.

I vår studie er målet å studere ansatte i sykehus og deres erfaring med videokonsultasjoner, og bruke dette for å forstå årsaker for varierende og liten grad av bruk. Datamaterialet synes å være egnet for å svare ut problemstillingen. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2019) sier at det ikke er slik at validitet må oppfattes som et kriterium som skal være absolutt, ved å tenke at data er enten valide eller ikke valide. Forskeren må heller tenke på validitet som et krav om kvalitet som skal være tilnærmet oppfylt.

### *Reliabilitet*

Reliabilitet kan også omtales som pålitelighet, og omhandler undersøkelsens data og hvordan disse er samlet inn og bearbeidet. Reliabilitet er i hovedsak knyttet til kvantitativ forskning

(Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2019). Når det kommer til kvalitativ forskning er det ikke nødvendigvis hensiktsmessig å forholde seg til begrepet på samme måte som ved kvantitativ forskning. Dette på grunn av at et av aspektene ved reliabilitet er muligheten for å gjenskape den forskning som er blitt utført, og komme fram til samme svar. Innenfor kvalitativ forskning vil dette være umulig, da forskeren bruker seg selv som instrument. Det betyr at ingen andre kan gjøre de samme tolkninger. Det er likevel mulig å si noe om reliabilitet også innenfor kvalitativ forskning, men det forutsetter at forskeren er transparent. Forskeren må videre beskriver konteksten inngående, og lage en detaljert fremstilling av den fremgangsmåten som er benyttet under hele prosessen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2019, Thagaard, 2018). Vi har forsøkt å ta med leseren i alle beslutningene vi har tatt underveis i studien, spesielt i forhold til datagenerering og de etiske dilemmaene. Har tilstrebet et kritisk blikk for å gi et inntrykk at arbeidet som er gjort er utført på en måte som er tillitsvekkende og pålitelig. Reliabilitet ivaretas gjennom våre beskrivelser av prosessen som helhet i denne metodedelen av oppgaven.

# 5.0 Behandlernes erfaringer med ledelsens introduksjon og tiltak for å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling

Vi har delt vår analyse i to kapitler, der vi i dette kapitlet vil belyse forskningsspørsmålet som omhandler forståelsen og erfaringer ansatte har med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

- Hvilke forståelser og erfaringer har ansatte med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

Utgangspunktet for å utforske spørsmålet er hvilke erfaringer behandlerne har med ledelsens måte å tilrettelegge for innføring av videokonsultasjoner i behandlernes arbeidshverdag.

Det andre forskningsspørsmålet vil bli utforsket i kapittel 6.

Analysekapitlene vil i sin helhet bli brukt til å analysere materialet som har kommet frem under intervjuene vi har gjennomført. Vi bruker teoretiske perspektiv for å utforske forskningsspørsmålene. For å forstå ansattes erfaringer med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner, vil vi starte med å gi en beskrivelse av organisasjonen Helse Nord- Trøndelag, for å gi innsikt i hvem de ansatte og deres ledere er. Vi vil i analysedelen sammenfatte funn fra de intervjuene vi har gjennomført, før vi i oppgavens diskusjonsdel (kap. 7), sammenligner teori på området opp imot våre funn.

## *5.1 Helse Nord – Trøndelag som organisasjon*

HNT er inndelt i fire mindre enheter; Sykehuset Levanger, Sykehuset Namsos, DPS Stjørdal og DPS Kolvereid. Det er til sammen 137 000 innbyggere i det geografiske området som Helse Nord- Trøndelag har ansvar for (Helse Nord-Trøndelag, 2021). HNT har til sammen sykehusfunksjon for 20 kommuner. 19 av disse kommunene er kommuner i Trøndelag fylke, mens 1 kommune (Bindal) hører til under Nordland fylke (Helse Nord-Trøndelag, 2021). Det er viktig å forstå betydningen av avstand i distriktet, for å forstå de geografiske utfordringene i regionen. Illustrasjonen under viser det geografiske området som er underlagt Helse Nord-Trøndelag. I tillegg kommer Bindal kommune som ligger nord for Nærøy på kartet. For enkelte av innbyggerne som bor lengst unna sykehusene, innebærer avstanden opptil 3 timer

kjøretid hver vei. Kartet viser gamle Nord- Trøndelag fylke, så kommuneinndelingen er derfor ikke riktig, men vi velger å ta det med for å illustrere utstrekningen av opptaksområdet.

Figur 6: Illustrasjon fra (Nynorsk kultursentrum, 2019)

Lederstrukturen i Helse Nord- Trøndelag består av administrerende direktør (leder på 1. nivå), klinikkledere (ledere på 2. nivå), avdelingsledere (ledere på 3. nivå) og seksjonsledere (ledere på 4. nivå) (Helse Nord-Trøndelag, 2021).

Sykehusene er inndelt i klinikker (2. nivå), avdelinger (3. nivå) og seksjoner (4.nivå) som har ansvar for ulike somatiske og psykiatriske fagområder. Somatikk omhandler det som har med kroppen å gjøre, det kroppslige. Psykiatrien er læren om sinnets lidelser. De ulike seksjonene ledes av seksjonsleder. Somatiske avdelinger, vil etter vår avgrensning, være avdelinger som behandler pasienter med fysiske sykdommer, mens psykiatriske avdelinger vil være avdelinger som behandler pasienter med psykiske lidelser. Behandlerne jobber enten pasientrettet i poliklinikk eller sengepost. Sengepost omfatter behandling i en døgnenhet, der pasienten er innlagt på sykehus. Poliklinisk behandling innebærer at pasientene kommer til undersøkelse, utredning eller behandling uten å legges inn på en sengepost.

## 5.2 Behandlernes forståelse av ledelsens introduksjon av videokonsultasjoner

*Ulike informasjonskanaler om videokonsultasjoner*

Måten arbeidstakerne får informasjon om at noe nytt skal introduseres, kan forstås som kunnskapsdeling. Gotvassli (2015) beskriver ulike kunnskapssyn og ulike metoder for kunnskapsdeling. Grovt sett kan vi dele disse inn i et strukturelt kunnskapssyn, der kunnskap kan kartlegges og beskrives. Dette i motsetning til det sosiokulturelle kunnskapssynet som hevder at kunnskap skapes i møtet mellom mennesker. Ledelse i en kunnskapsbedrift vil være sterkt forankret i det sosiokulturelle kunnskapssynet, som blant annet har fokus på det relasjonelle og læring i praksisfeltet. Ved et rent strukturelt kunnskapssyn vil det mellommenneskelige aspektet mellom ansatte ikke bli vektlagt som del av utvikling av kunnskap.

Drucker og Newell m.fl i Irgens og Wennes (2011) støtter opp under det sosiokulturelle kunnskapssynet og hevder at kunnskapsarbeideren først og fremst vil utføre sitt arbeid med bakgrunn i tilegnet kunnskap, og i mindre grad med bakgrunn i ordrer og prosedyrer. Kunnskapsarbeideren drives av en indre motivasjon, og foretrekker at beslutninger fattes desentralisert i organisasjonen. Behandlerne i vår undersøkelse er alle kunnskapsarbeidere. Med bakgrunn i teorien synes det å være lite hensiktsmessig å informere kunnskapsarbeideren om at videokonsultasjoner skal tas i bruk ved hjelp av ordrer eller prosedyrer.
Det er en gjennomgående oppfatning blant behandlerne ved de somatiske avdelingene at informasjonen de har fått om videokonsultasjoner i hovedsak omhandler sentrale målsettinger. Informasjonen bærer preg av fokus på at en viss andel av konsultasjonene skal gjennomføres som videokonsultasjoner. Denne informasjon er formidlet på ulikt vis. De sier ingenting om at de har fått informasjon om hvem som skal ta det i bruk og hvordan det skal gjøres. Erfaringene deres er at informasjonen om hvordan hver enkelt behandler skal bruke videokonsultasjoner er mangelfulle.

> Ja, det har blitt informert på Intranett, og i samtaler med leder da, så har det gått rundt noen mailer.

Behandleren forteller her om å ha fått informasjon om at videokonsultasjoner skal brukes. Informasjonen synes å bære preg av å være generell, og ikke tilpasset behandleren og

behandlerens arbeidshverdag. Dette kan forklare at behandlerne i somatikken ikke synes å ha en forståelse av at videokonsultasjoner er tatt i bruk på deres avdelinger. Dette viser at behandlerne i somatikken er informert om krav og målsettinger for å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling, men at informasjon om veien til målet synes å være mangelfull eller fraværende for behandlerne.

Til forskjell fra behandlerne ved somatiske avdelinger, formidler behandlerne ved psykiatriske avdelinger mer usikkerhet vedrørende hvordan de har fått informasjon. De vet at det skal brukes, og at det er et verktøy som er tilgjengelig, men har ingen tydelige svar på hvordan informasjonen er gitt. Ingen av behandlerne ved psykiatriske avdelinger forteller om digitale plattformer som kilde til informasjon. De forteller heller ikke at de har fått konkret informasjon om hvilke krav som ligger til bruken. På spørsmål om hvordan videokonsultasjoner ble informert om i avdelingene sier en av behandlerne at:

> Nei, nå husker jeg ikke om det var min nærmeste leder eller om det var en kollega som, men det var jo en snakkis blant gjengen; Nå har vi begynt med videokonsultasjoner så nå er det bare å kjøre på her.

Behandleren forteller her å ha blitt presentert for bruk av verktøyet med bakgrunn i at det allerede var tatt i bruk i avdelingene, og utsagnet bærer preg av at behandleren ikke har fått strukturert informasjon om hvorfor eller hvordan videokonsultasjoner skal benyttes. Informasjonen begrenser seg til at det er innført ny praksis, og at det er opp til behandleren selv å iverksette bruken.

Det er en gjennomgående oppfatning blant behandlerne ved psykiatriske avdelinger at videokonsultasjoner er et alternativ som ble aktualisert i forbindelse med koronapandemien. De har imidlertid ikke fått mye informasjon om bruken fra leder. Erfaringene fra behandlerne i psykiatrien er at videokonsultasjoner ble innført, uten at det nødvendigvis ble gitt så mye informasjon. Det bare “skjedde”.

Funnene viser at alle behandlerne har fått informasjon om videokonsultasjoner på ulike måter. Måten det er informert på, varierer i stor grad. Videre er det ingen av behandlerne som forteller at de har fått tydelig informasjon fra ledelsen på hvordan de skal ta verktøyet i bruk.

Det er i stor grad opp til behandlerne selv å finne ut av hvordan de skal benytte videokonsultasjoner i egen praksis.

Det vanskelig å sammenfatte en felles historie om hvordan ledelsen har informert om bruk av videokonsultasjoner. Alle behandlerne forteller sin egen historie, og ingen er like. Det ser ut til et det ikke har vært en tydelig strategi for hvordan ledere skal informere om videokonsultasjoner. Det kan se ut som at behandlerne som jobber ved psykiatriske avdelinger stort sett har fått informasjon gjennom kollegaer, i tillegg til dette oppgir en av behandlerne å ha fått informasjon fra nærmeste leder. Behandlerne ved psykiatriske avdelinger forteller i mindre grad om informasjon gitt gjennom digitale kanaler slik som intranettsidene til HNT, epost eller andre digitale verktøy. Dette i motsetning til behandlerne ved somatiske avdelinger som oppgir digitale kommunikasjonsplattformer som kilde til informasjon. Informasjonen som er gitt ved somatiske avdelinger bærer i hovedsak preg av en strukturell tilnærming i form av ordrer om at videokonsultasjoner skal benyttes

### *Ledelsesstrategier og utydelige forventninger*

Endringer kan oppfattes som en trussel mot en forutsigbar og kjent arbeidstilværelse for ansatte. Det kan oppstå situasjoner der det ikke finnes alternativ til endring, og som leder kan man oppleve å ikke ha et valg i forhold til å gjennomføre endringsprosesser. Dette kan for eksempel gjelde ved innføring av ny teknologi (Colbjørnsen, Subkulturer - bedre enn sitt rykt, 2017).

Ved å ha en lederfokusert endringsprosess, vil leder være den som tar beslutningene og informerer om disse nedover i organisasjonen. Ved å ha en medarbeiderfokusert endringsprosess, vil lederen la de ansatte jobbe selvstendig innenfor visse grenser (Hernes, 2016).

Hersey og Blanchard, i Hernes (2016) mener at valg av lederstrategi vil avhenge av situasjonen. Ledere kan måtte benytte seg av en instruerende lederstil overfor ansatte som ikke er motiverte, eller har nødvendig kompetanse. En rådgivende lederstil kan brukes dersom de ansatte ikke har rett kompetanse, men er motiverte. Dersom de ansatte har kompetansen, men ikke er motiverte, kan leder benytte seg av en deltagende lederstil. Om ansatte både har kompetansen og motivasjon kan lederen ta i bruk en delegerende ledertstil.

En vestlig lederstrategi er å inkludere de ansatte i slike endringsprosesser (Hernes, 2016). Dette i tråd med endringsledelse og meningsskapende prosesser presentert i teoridelen. Tannenbaum og Schmidt, i Hernes (2016) beskriver at ledere på den ene siden kan være lederfokusert ved bruk av makt, eller medarbeiderfokusert med stor grad av selvstendighet for de ansatte.

For å nå målet om økt bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling, vil det være avgjørende at behandlerne kjenner på en forventning fra ledelsen om at kravet om innføring er noe som gjelder dem selv. Vi tenker derfor at det er naturlig å spørre dem om hvilke forventninger de opplever i forhold til å ta verktøyet i bruk. På spørsmål om dette, finner vi ingen tydelige skiller mellom behandlere i somatikken og i psykiatrien. Det er en gjennomgående forståelse blant alle behandlerne om at de opplever lite forventinger i forhold til egen bruk.

> Ja, til oss så har ikke forventningene vært noe andre enn at "vi håper dere kan gjøre det". Det er ikke kommet som noe krav, det er noen krav fra mer sentralt da, fra leder over leder igjen, så jeg lever godt på en måte, jeg kjenner ikke at jeg gjør noe galt om jeg ikke, det at det er ikke kommet noen veldige krav om det da.

Det behandleren her sier, gjenspeiler den gjennomgående forståelsen majoriteten av behandlerne har. Om at de er kjent med at det ligger noen sentrale føringer, men at de ikke føler de gjør noe galt ved selv å ikke ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandlingen. Behandlerne opplever at ledelsen kommuniserer at videokonsultasjoner skal brukes, og at lederne håper at det blir brukt. Valget om å faktisk ta i bruk videokonsultasjoner, blir lagt til hver enkelt behandler. Behandlerne oppgir ikke å ha fått noen tilbakemelding fra leder i forhold til egen bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Det er gjennomgående at det er opp til behandlerne selv hva som er beste løsningen for pasientene. Behandlerne opplever likevel at videokonsultasjoner blir «frem snakket» av lederne som et alternativ.

På spørsmål om forventninger, sier en av behandlerne at:

> Det har ligget i ordets gang ja. Men jeg tror, jeg tror ikke at det oppleves sånn i den forstand, fordi at vi startet med telefonkonsultasjoner før vi fikk det kravet om videokonsultasjoner. Men lederne har absolutt vært på oss, på avdelinga for at vi skal finne noen grupper som kan brukes via telefon eller video.

Det kan se ut som lederne her har overlatt til behandlerne selv å vurdere om de skal benytte videokonsultasjoner. Behandlerne må i tillegg til dette også selv vurdere om de har "grupper" med pasienter det er aktuelt for.

En behandlerne sier at videokonsultasjoner har vært et alternativ som har vært tilgjengelig over tid, men at det først ble aktuelt å ta det i bruk i forbindelse med koronapandemien og strenge smitteverntiltak. Flere behandlere gjengir en forståelse av at videokonsultasjoner ble tatt i bruk som et alternativ for å gjennomføre konsultasjoner i forbindelse med koronapandemien, og at bruken henger sammen med dette. De kobler ikke bruken mot krav om økt digitalisering eller mot en forventning om økt bruk uavhengig av koronapandemien. Bare en av behandlerne har en opplevelse av at ledelsen har vært tydelig på at verktøyet skal tas i bruk.

Vår tolkning er at ledelsen har delegert ansvaret om å finne pasientgrupper som kan være aktuell for videokonsultasjoner til behandlerne selv. Dette kan være riktig måte å kommunisere forventninger på dersom ansatte er motivert og innehar nødvendig kompetanse. Som vi vet fra tidligere, opplever behandlerne å ha fått lite informasjon om hvordan videokonsultasjoner skal brukes. De uttrykker derfor ikke å ha den nødvendige kompetansen for å ta i bruk videokonsultasjoner, og gir derfor uttrykk for at de har behov for tydeligere forventninger og kanskje da også en mer rådgivende lederstil for selv å skulle ta det i bruk.

Behandlerne refererer til at ledelsen kommuniserer forventninger om økt grad av videokonsultasjoner, men de opplever i liten grad at forventningene er rettet mot dem selv. Dette viser at vurderinger om å ta i bruk videokonsultasjoner blir delegert fra leder til behandlere. Fravær av konkrete forventninger, fører til at behandlerne kjenner på lite eierskap til selv å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling.

Det kan synes som om det mangler en eksplisitt strategi for hvordan videokonsultasjoner skal tas i bruk.

### *Varierende grad av tilrettelegging, manglende opplæring i bruk av videokonsultasjoner*

For å oppnå suksess, er det viktig at IKT- systemene blir tilpasset etter behov og lokale praksiser (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019, Western 2015). For å øke sannsynligheten for at endringer blir forstått og akseptert, er behovet for opplæring, psykologisk støtte og muligheten for å medvirke viktig blant ansatte (Bolman & Deal, 2014).

Dette indikerer at det vil være viktig å tilrettelegge for tilpassede IKT- systemer for å lykkes med implementering av videokonsultasjoner i pasientbehandling. I tillegg er det avgjørende å ha tilgang på utstyr og areal som er nødvendig for bruk av IKT. Det vil også være avgjørende at behandlerne får nødvending opplæring for å lykkes med målsettingen. Under intervjuene spurte vi behandlerne om de har tilgang på nødvendig areal og teknologi, og om de har fått opplæring i bruk av verktøyene.

Gjennom intervjuene kommer det frem at det er et sprik mellom avdelingene med tanke på nødvendig tilgang til areal og teknologi.

Alle behandlerne på somatisk avdeling forteller om begrenset tilgang til areal og nødvendig teknologi, som kamera, head- sett og PC. De har derimot fått beskjed fra leder, om at det ikke er noen begrensninger med tanke på anskaffelse av nødvendig teknologi dersom de ønsker dette. Behandlerne har ikke etterspurt teknologisk utstyr, da de i liten grad bruker verktøyet noe som igjen medfører lite behov. En annen forklaring på at de ikke har etterspurt utstyr, kan handle om at manglende forventninger medfører manglende eierforhold blant behandlerne til å ta verktøyet i bruk.

> Nei, ikke kamera, og egentlig ganske dårlig utstyr for generell kommunikasjon via PC egentlig. Jeg har fått knabbet til meg et slik head- sett som egentlig er det eneste jeg har, pluss vanlig PC da. Så det er ikke noe sånt voldsomt bra utstyr sånn sett nei. Og kamera har jeg ikke på min arbeidsstasjon.

Det behandleren her forteller er at de ikke har fått tildelt nødvendig utstyr for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner i pasientbehandling. Behandleren forteller en historie der vedkommende har måtte knabbe til seg utstyr for å få tilgang på dette. Det naturlige ville her vært å kontakte leder, som igjen bestiller nødvendig utstyr.

Til forskjell fra behandlerne ved somatiske avdelinger, forteller behandlerne ved psykiatriske avdelinger at de har god tilgang til nødvending teknologi og areal tilrettelagt for videokonsultasjoner i pasientbehandling.

> Alt ble bare ordnet, så der har ledelsen gjort en god jobb tenker jeg.

Behandlerne forteller at de hadde erfaring fra før med å bruke video som kommunikasjonsverktøy i forbindelse med møter og lignende. Derimot hadde ingen erfaring med å benytte verktøyet i pasientbehandling. På spørsmål om hvilken opplæring de fikk i startfasen, forteller samtlige at de ikke har fått tilbud om opplæring av videokonsultasjoner i pasientsammenheng. En forteller at opplæringen har skjedd på eget initiativ:

> Det er vel egenlært eller sånn kollegabasert. Spør den nærmeste du finner.

Flere av behandlerne problematiserer et behov for bistand relatert til teknologi, heller det enn opplæring i selve bruken i pasientsammenheng. En av dem sier:

> Jeg måtte ha hjelp til å koble meg på dette intervjuet.

Dette illustrerer at den tekniske kompetansen ikke synes å være til stede blant behandlerne. En annen behandler sier at vedkommende vil komme til å ha behov for bistand ved første videokonsultasjon for å starte opp et møte, samt bistand til å veilede pasientene i hvordan de skal koble seg opp.

En av behandlerne forteller at lederen har lagt til rette for støttefunksjoner som sikrer at videokonsultasjoner kan gjennomføres. Dette ved at sekretæren organiserer og tilrettelegger praktiske forhold i forkant av en videokonsultasjonstime. Dette fungerer ifølge behandleren utmerket.

> Jeg fikk rett og slett den timen inn i kalenderen min, klikket og fikk kontakt med pasienten, så det var utmerket. Og det er jo selvfølgelig ledelsen som har sørget for at det gikk så fint.

Dette indikerer at behandlerne har stort fokus på praktisk støtte i hverdagen. Det at sekretæren ordnet med alt det praktiske, gjorde gjennomføringen lett, og ble av behandleren oppfattet som tilstrekkelig opplæring for å gjennomføre konsultasjonen. En annen sier at:

> Ja, ja så det å koble seg til å ha en samtale, så kan du si at jeg mester det, så er det nok helt sikkert forbedringspotensial, kan ofte ha nytte av å tegne litt i timene, sette opp modeller og tegne opp noen årsakssammenhenger. Da har jeg jo en tavle på kontoret her, men det mister jeg litt da når jeg sitter i videokonsultasjon. Det kan sikkert være et potensial, vært flinkere til å koble på og dele skjerm for eksempel, kunne skrive og tegne på skjermen. Det er jeg ikke så dreven på.

Dette viser at praktisk tilrettelegging alene ikke er tilstrekkelig. Behandlerne mestrer bruken av video gjennom tidligere erfaringer. Likevel mangler de opplæring i hvordan verktøyet kan brukes, og hvilke muligheter som finnes i pasientsammenheng.

Funn viser at somatiske avdelinger ikke har samme tilgang på nødvendig teknologi og areal for å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientsammenheng. Det er bedre tilrettelagt på psykiatrisk avdelinger. Dette handler både om tilgang på tilstrekkelig areal ved sykehusene, og delegert myndighet fra leder til behandlere for selv å etterspørre nødvendig teknologi ved behov. Funnene viser også at behandlerne har kunnskap om bruken av video i forbindelse med møter, men ingen har fått opplæring i bruken av videokonsultasjoner i forbindelse med pasientbehandling. Det er i stor grad opp til hver enkelt behandler å sørge for egen opplæring for å kunne ta i bruk verktøyet i pasientbehandling. Behandlerne har fokus på viktigheten av bistand og gode støttefunksjoner. Likevel kommer det frem at et behov for opplæring i hvordan videokonsultasjoner skal brukes i pasientsammenheng, og hvilke potensialer som ligger i verktøyet.

### *Lederadferd og samspill*

Klev og Levin (2013) vektlegger betydningen av leder som rollemodell for ansatte. Leder legger føringer gjennom sin adferd for hvordan normer og verdier skal råde. Gjennom egen adferd vil ledere kunne bidra til å motivere ansatte til å gjennomføre endringer i organisasjonen. Dette fordrer at lederen selv står frem som en rollemodell og legger føringer for det videre arbeidet sammen med sine ansatte.

Kotter, i Bolman og Deal (2014), vektlegger betydningen av en stimulerende visjon og strategi, og det å formidle dette gjennom ord og handlinger samt fjerne hindringer og sette folk i stand til å gå videre.

I kraft av å være leder, er lederen kulturskaper og kulturbærer i organisasjonen. Bass, i Klev og Levin (2013), understreker at lederes evne til å kommunisere ambisjoner og visjoner, vil kunne påvirke hvordan ansatte utvikler sine holdninger. Leder må også kunne se den enkelte ansatte, og potensialet som denne besitter. For å få til vellykket endring, peker André og Sjøvold (2017) på viktigheten av å balansere fokus på de menneskelige ressursene og teknologien. Enheter med suksess med endring blir beskrevet som å ha et engasjerende, empatisk og lojalt arbeidsmiljø som har fokus på oppgavene. De peker også på selvstendige ansatte.

Alle behandlerne sier det er viktig for dem at leder er positiv til de endringene som skal gjøres, og at ledere og ansatte spiller på lag. En av behandlerne uttrykker det ved å si:

> De gangene vi lykkes med noe er det forankret til ledelsen og sånn da.

Denne behandleren viser til tidligere erfaringer med endringsprosesser. Forklaringen på at de har lyktes med tidligere endringer kobles til at endringene har vært forankret hos ledelsen på seksjonsnivå. Behandleren forteller videre om erfaringer med forskjellige ledere hvorav en var særlig ivrig på å innføre ny praksis. Denne lederen både fokuserte og fremsnakket endringer på en positiv måte. I tillegg var denne lederen opptatt av å kommunisere målet med endringen til de ansatte. Behandleren sier videre at det var lederen som sørget for at ny praksis ble innført. Dette ved hjelp av tydelige forventninger og samarbeid med ansatte.

Samarbeid i form av lagspill mellom ansatte og leder, samt viktigheten av å ha en leder som er positiv blir uttrykt av majoriteten av behandlerne:

> Ja, for hvis ikke du har en leder som er positiv, men selv ønsker å få det til, så tror jeg det blir trått å få det til å flyte i hverdagen. En trenger lederen på lag.

Dette viser at det er viktig for behandlerne at lederen er positiv til videokonsultasjoner, for at de skal ta det i bruk. Det blir lite motiverende å gjennomføre videokonsultasjoner dersom leder er negativ til det. Dette indikerer at behandlerne ønsker et samspill med leder i forhold til å få tatt i bruk og implementert videokonsultasjoner i pasientbehandling.

Funnene viser at alle behandlerne ved begge avdelinger er enige om at leders holdninger er av stor betydning med tanke på å lykkes med innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling. De påpeker også viktigheten med forankring hos ledelsen og at leder fremsnakker verktøyet. Behandlerne vektlegger at leder og behandlere spiller på lag for å få til en endring, men majoriteten av behandlerne opplever ikke å ha fått ta del i prosessen med innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Dette tilsier at for å skape endring på arbeidsplassen må leder være positiv og ha tro på endringen.

# 6.0 Behandlernes forståelse av videokonsultasjoner i pasientbehandling

Vi vil i dette kapittelet belyse det andre forskningsspørsmålet som omhandler behandlernes forståelse av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling:

- Hvordan forstår ansatte bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling?

Utgangspunktet for dette forskningsspørsmålet er å utforske hvordan behandlerne forstår bruk av videokonsultasjoner med bakgrunn i deres erfaringer og arbeidshverdag. I første del av analysen gjøres dette ved at vi har fokus på behandlernes betraktninger på bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling generelt sett. Dette gjør vi ved å utforske materialet knyttet til forståelsen behandlerne har av videokonsultasjon som verktøy for utøvelse av god pasientbehandling. I andre del rettes fokus på hvordan behandlerne betrakter bruk av videokonsultasjoner i lys av egen arbeidssituasjon. Her vil vi utforske behandlernes forståelse av de barrierer som kan være til hinder for bruk, og hvilken kultur som finnes i avdelingene for å snakke om videokonsultasjoner.

Når det kommer til behandlernes erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling, er det gjennomgående at behandlerne i liten grad har anvendt videokonsultasjoner i pasientrettet arbeid. Gjennom intervjuene kommer det frem at bare to av behandlerne har prøvd å bruke videokonsultasjoner i pasientsammenheng, majoriteten har aldri prøvd det. Vårt utgangspunkt for analysen vil derfor være at verktøyet i liten grad benyttes.

For å kunne analysere behandlernes forståelse av å bruke videokonsultasjoner i pasientbehandling, er det nødvendig å forstå deres arbeidshverdag. Behandlerne vi har intervjuet arbeider med ulike pasientgrupper som har ulike lidelser og ulik problematikk. Dette medfører at deres forutsetninger for å benytte videokonsultasjoner er noe forskjellig. Som en inngang til denne analysen, vil vi gi en kort beskrivelse av behandlernes arbeidshverdag. Dette for å forstå hvordan deres erfaringer kan påvirke den forståelsen de har vedrørende bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

## 6.1 Behandlernes arbeidshverdag

Majoriteten av behandlerne vi har intervjuet, har en arbeidshverdag som omfatter poliklinisk pasientbehandling. Dette innebærer at pasientene kommer til sykehuset for en konsultasjon av begrenset varighet på mellom 15 minutter til 1 time før pasienten drar hjem igjen. Pasientene har blitt henvist til spesialisthelsetjenesten, for eksempel via fastlege, for videre vurdering og behandling. Det vil si at pasientene møter til avtalt tid på sykehuset, der behandlernes oppgaver er å følge opp pasientenes sykdomsbilde.

En typisk behandlingstime ved somatisk avdeling starter med at behandleren først gjennomfører en pasientundersøkelse ved hjelp av for eksempel EKG, blodprøver og/ eller blodtrykk med påfølgende samtale med pasienten.

Til forskjell fra somatisk avdeling, jobber behandlere ved psykiatrisk avdeling med pasienter som kommer til sykehuset for poliklinisk utredning eller behandling av psykiatriske lidelser. Konsultasjonene er samtalebasert og har vanligvis en varighet på 45 minutter. Samtalene omhandler alt fra kartlegging og forståelse av pasientens problematikk, ulike terapiformer, planlegging av eksponeringsøvelser og støttesamtaler. I tillegg kommer oppfølging av pårørende.

I motsetning til majoriteten, har en av behandlerne sine primæroppgaver for pasienter som er innlagt på en av sykehusets sengeposter. Til forskjell fra de øvrige som jobber poliklinisk, innebærer denne behandlerens ansvarsområde oppgavers som er mer relatert til administrering av medisiner til pasienter som er innlagt i sykehus, bistand med stell og ernæring for inneliggende pasienter og koordinering med primærhelsetjenesten (kommunene) i forbindelse med utskriving.

## 6.2 Videokonsultasjoner: Økt fleksibilitet og effektivisering av helsetjenester

Intensjonen om å fjerne tid og rom er en av hovedintensjonene bak innføring av avstandsoppfølging, og muligheten for å bekjempe geografi er et av hovedmålene for innføring av teleomsorg. I tillegg til intensjonen om å fjerne tid og rom, vil innføring av IKT i

helsetjenesten henge nøye sammen med målet om effektivisering og økt kostnadseffektivitet (Petersson, 2015).

Til tross for at behandlerne i liten grad har benyttet seg av videokonsultasjoner i pasientbehandling, har de en felles forståelse om at videokonsultasjoner kan medføre økt fleksibilitet i forhold til å kunne tilby helsetjenester, og samtidig gjøre spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig for pasientene. Behandlerne deler en forståelse av at pasientene kan få tilbud om raskere hjelp og at ventetider kan kortes ned ved økt bruk av videokonsultasjoner. Avstand til sykehuset er av betydning. Det gamle Nord-Trøndelag er et langstrakt fylke, og for store deler av befolkningen vil en konsultasjon på sykehuset innebære mange timers reise. Behandlerne er enige om at det for noen pasienter kan være belastende i seg selv å reise til og fra sykehuset for konsultasjoner. Videokonsultasjoner kan være et reelt tilbud som innebærer at pasienter ikke trenger å avlyse planlagte timer. På spørsmål om hvilke muligheter videokonsultasjoner kan gi, svarer en av behandlerne at:

> Jeg tror dette er et positivt tilskudd til det vi kan tilby pasienter, kan øke pasienttilfredshet, for de pasientene som får bedre tilgjengelighet og raskere hjelp, kjappe avklaringer, slipper å reise unødvendig, for oss klinikere kan det også være effektivt, og det vil også kunne i noen grad øke kapasiteten

I likhet med de øvrige behandlerne, sier denne behandleren at bruk av videokonsultasjoner vil gjøre spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig for pasientene. Ved at de kan kunne tilby rask helsehjelp, men også ved at behandlerne vil kunne øke egen kapasitet til å behandle flere. Behandlerne deler en oppfatning om at videokonsultasjoner kan være nyttig for pasientene, samtidig som at videokonsultasjoner kan gi en gevinst i forhold til økt effektivisering.

En av behandlerne sier at videokonsultasjoner kan bidra til et mer likeverdig tilbud for pasienter som har lang reisevei til sykehuset. For pasienter med lang reisevei, vil videokonsultasjoner gjøre det mulig med hyppigere konsultasjoner enn det som vil være realistisk dersom de må reise frem og tilbake flere ganger i uken. Selv om behandleren har erfaring med bruk av telefon i pasientkontakt, påpekes det at videokonsultasjoner kan være et bedre alternativ for de med lang reisevei.

> Det blir ikke det samme som å møte dem, men du får nå i alle fall sett folk, og gjort deg opp et litt annet bilde enn bare refererin per telefon.

Dette funnet indikerer at behandleren er av den oppfatning at videokonsultasjon kan være en konsultasjon av bedre kvalitet enn telefonkonsultasjon. Dette grunnet at video gir et visuelt inntrykk som ikke er tilgjengelig gjennom en telefonsamtale.

Et annet forhold behandlerne påpeker er at videokommunikasjon kan gjøre samhandling med behandlende sykepleiere i kommunene bedre. Bedre samhandling med pårørende blir nevnt som en positiv faktor av en av behandlerne. Dette er spesielt aktuelt med tanke på pårørende som ikke har mulighet til å bli med inn til sykehuset.

> Jeg har hatt et samarbeidsmøte hvor pårørende er med. Da har jeg hatt samarbeidsmøte hvor kona til pasienten sitter sammen med personalet på sykeheimen, og så sitter datteren i en kommune på Skype en annen plass. Men det har vært ganske vellykket da.

Å anvende telefon i pasientkonsultasjoner ble aktualisert i forbindelse med covid- 19 pandemien. Sykehusene måtte innføre strenge smitteverntiltak, blant annet i form av adgangskontroll, for å begrense pasientstrømmen inn til sykehusene. Dette for å unngå spredning av viruset. Vi vil senere i oppgaven forsøke å forstå hvorfor behandlerne har valgt å ta i bruk telefon i stedet for videokonsultasjoner, når sentrale føringer sier at dette skal foretrekkes.

Funn viser at til tross for at videokonsultasjoner er gjennomgående lite brukt blant behandlerne, har de mange meninger om bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Når behandlerne snakker om sine erfaringer og forestillinger om bruk av videokonsultasjoner, sammenligner de opp imot mer tradisjonelle behandlingsformer. De har klare oppfatninger om at videokonsultasjoner kan være positivt i mange tilfeller. De er enige om at videokonsultasjoner kan være positivt for pasienter med lang reisevei. Flere peker også på positive aspekter når det kommer til videokonsultasjoners betydning for tilgjengelighet og samhandling, for eksempel med kommunehelsetjenesten.  Det fremkommer i intervjuene at det også i dag anvendes telekommunikasjon for å ivareta geografiske hensyn, men da i hovedsak ved bruk av telefon.

## 6.3 Forutsetninger for «god» pasientbehandling

Kunnskapsdeling gjennom IKT- verktøy best vil lykkes dersom det allerede er etablert et positivt forhold mellom aktørene. Kommunikasjon vil begrenses ved bruk av IKT alene. IKT-verktøy kan spille en rolle dersom det kombineres med samhandling ansikt til ansikt (Hislop, Bosua, & Helms, 2018).

Alle behandlerne er opptatt av å gi pasientene god behandling, og vi finner ingen variasjoner mellom behandlerne ved de ulike avdelingene med tanke på deres forståelse av hvordan videokonsultasjoner påvirker utøvelsen av god pasientbehandling. I den forbindelse vektlegges betydningen av å kunne gjennomføre fysiske møter med pasientene. I tillegg er behandlerne opptatt av om pasientens problemstilling lar seg kombinere med videokonsultasjoner, og om pasientene har forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg verktøyet.

### *Fysiske møter er viktig for å gi god pasientbehandling*

Alle behandlerne er enige om at det er viktig med fysiske møter, spesielt i kontaktetableringsfasen, for å kunne gi god pasientbehandling. En av behandlerne sier:

> God pasientbehandling er jo ikke minst viktig i første møtet med pasienten, det å få en veldig god kontakt og tillit og et samarbeidsklima i møtet med pasienten.

Behandleren sier her at det første møtet med pasienten er viktig for det videre behandlingsforløpet. Kontaktetablering blir sett på som viktig for å kunne gjennomføre god pasientbehandling. Flere av behandlerne sier at det er av betydning at pasient og behandler gjennomfører første møte fysisk, før en går over til video. En av dem sier at:

> Det er viktig å treffes fysisk første gang eller noen ganger slik at du får et godt inntrykk av hvem pasientene er, også med kroppsspråk og andre ting, og også at pasienten kan se hvem du er.

Denne behandleren forteller at det er viktig å møte pasienten ansikt til ansikt på kontoret i starten av pasientforløpet for å få et bilde på hvordan pasienten fremstår i direkte kontakt med behandleren. Behandleren sier at fysisk kontakt kan gi et bedre, og kanskje annerledes, bilde

av pasienten ved at behandleren får observere hvordan pasienten kommuniserer med både kroppsspråk og holdninger. Indirekte kan dette indikere at videokonsultasjoner ikke vil gi den samme muligheten for observasjon og kontaktetablering i en startfase av en pasientbehandling. Behandlerne deler en oppfatning av om at videokonsultasjoner kan være en egnet metode senere i behandlingsforløpet. En sier følgende om dette:

> Det er veldig viktig å få en god, trygg relasjon i bunnen egentlig. Men etter hvert, og ikke minst i et lengre forløp når du har blitt godt kjent med pasienten så kan det være veldig nyttig med telefonkonsultasjon, men også videokonsultasjoner, som i de fleste tilfeller vil være bedre enn telefonkonsultasjon. For tross alt får du et ansiktsinntrykk og får se pasienten, og pasienten får se deg.

Denne behandleren betrakter i likhet med flere at videokonsultasjoner er et bedre alternativ enn telefonkonsultasjoner, nettopp fordi videokonsultasjoner muliggjør at behandler og pasient kan se hverandre. De øvrige behandlerne deler denne holdningen om at det er viktig å etablere en god relasjon til pasientene for å kunne utøve god pasientbehandling. Behandlerne deler en forståelse om at den beste måten å etablere relasjoner til pasienter på, vil være gjennom å møte hverandre fysisk, men at videokonsultasjoner kan være et godt supplement til vanlig oppmøtekonsultasjon. Altså at behandlingen gjennomføres som en kombinasjon mellom ulike former for konsultasjoner. Til tross for dette, mener alle behandlerne at det er mulig å etablere en god pasientrelasjon gjennom videokonsultasjoner. En av behandlerne sier at det ikke er så annerledes å jobbe med relasjon over video kontra vanlig oppmøtetime. Det handler om å lytte, vise ansiktsuttrykk og kroppsspråk.

> Ellers så handler det, i samtalen så er det ganske likt tenker jeg, det å være utforskende, det å være støttende.

Det blir også poengtert at videokonsultasjoner kan virke positivt på relasjon ved at det er mulig å opprettholde kontakt med pasienter som har vansker med å komme frem og tilbake til sykehuset. På den annen side, poengterer behandlerne at videokonsultasjoner kan føre til at pasienter blir mer utrygge, og på den måten ikke føler samme kontakt og tillit til behandler dersom behandlingen skjer over video.

> Det er jo det med risikoen for at man ikke, altså hvis, hvis det gjør at pasienten blir litt mer utrygg da, ikke i samme grad føler den tilliten og kontakten med meg som behandler, så kan det jo gjøre at det er informasjon som ikke kommer fram, at man ikke kjenner seg trygg nok på å kunne dele alt.

En av informantene poengterer at video ikke må bli en erstatning for oppmøtekonsultasjoner der det personlige møtet er viktig.

> Dette må ikke bli en erstatning for konsultasjoner der det personlige møtet er viktig, der den kliniske undersøkelsen er sentral, og ja altså at, for det er definitivt pasientmøter og kliniske situasjoner som ikke egner seg for video.

For øvrig deler behandlerne en oppfatning om at det kan være både utfordrende og vanskelig å observere hele pasienten gjennom videokonsultasjoner. En av behandlerne som selv har erfaring med bruken av videokonsultasjoner sier at:

> Må innrømme at jeg har vært litt skeptisk i forkant, jeg har tenkt at man går glipp av spesielt non- verbal informasjon da. Det å så fange opp hvordan har personen det nå, er han engstelig, de pausene er de fordi man tenker, er det uro eller venter man på at jeg skal snakke, altså den dynamikken da. Også det å fange opp hva er det som foregår sånn følelsesmessig hos den andre. Vært litt sånn bekymra for at det skal glippe da, og det er jo en god del av god pasientbehandling, det å prøve å sette seg inn i hvordan har den andre personen det til hver tid i samtalen.

Behandleren uttrykker bekymring for om videokonsultasjonen kan påvirke kommunikasjonen mellom seg selv og pasienten. Dette grunnet at bruk av video legger begrensninger for mengde informasjon som deles, sammenlignet med kommunikasjon ansikt til ansikt. Behandleren mener likevel at video er egnet for å i tilstrekkelig grad fange opp hvordan den andre personen har det, spesielt der pasienten er kjent fra tidligere.

Behandlerne deler en forståelse om at videokonsultasjoner stiller store krav til at behandleren klarer å fange opp subtile tegn, som for eksempel hvor rolig pasienten er. Dette betyr at avgjørende informasjon kan gå tapt om ikke behandleren fanger opp kroppslige tegn fra

pasienten. Behandleren kan derav få et feilaktig inntrykk av pasienten, noe som igjen kan være en hindring for å kommunisere om vanskelige eller sensitive forhold.

Behandlerne sier at det er lettere å få et godt inntrykk av pasienten når en fysisk møtes og har kontakt ansikt til ansikt. Dette gjør at det i neste omgang er lettere å komme inn på vanskelige tema i fysisk oppmøtekonsultasjoner. Gjennom fysiske møter med pasientene forteller behandlerne at de har bedre kontroll på hvordan pasienten faktisk reagerer på det som blir snakket om, og at de på den måten i større grad kan ivareta pasienten i etterkant av det som blir tematisert.

Ved utforsking av temaet som omhandler fysiske møter, svarer behandlerne i hovedsak at de mener at fysiske møter med pasientene er viktig i kontaktetableringsfasen, men også senere i pasientforløpet. Behandlerne tror det er mulig å ivareta relasjon i pasientbehandling gjennom videokonsultasjoner. Dette forutsetter imidlertid at videokonsultasjoner kombineres med vanlige oppmøtekonsultasjoner. De deler en bekymring om at videokonsultasjoner kan være et hinder for å tematisere vanskelige og sensitive ting. Behandlerne frykter også at de ikke vil kunne fange opp pasientens reaksjoner på en tilfredsstillende måte gjennom videosamtaler. De deler en oppfatning om at video vil være et bedre alternativ enn telefonkonsultasjoner.

### *Pasientens forutsetninger for bruk av videokonsultasjoner*

Behandlerne deler mange av de samme holdningene vedrørende hvilke pasientgrupper som vil ha nytte av videokonsultasjoner. Samtidig gjenspeiler svarene deres at behandlere ved somatiske avdelinger jobber med fysiske problemstillinger. Dette til forskjell fra behandlerne ved psykiatriske avdelinger, der det hovedsakelig jobbes samtalebasert med psykiatriske problemstillinger. Vi velger derfor i dette kapitelet å skille besvarelsene, og gjengi hovedtrekk fra intervjuene avdelingsvis.

Innenfor somatikken synes videokonsultasjoner å være et spesielt egnet behandlingsverktøy for pasienter som for eksempel kommer for raske kontroller, for å få enkle prøvesvar eller der pasientene må inn for hyppige konsultasjoner og rutinemessige kontroller:

> Jeg tenker spesielt på de pasientene som kommer til kontroller hver andre og tredje måned. Det blir jo veldig hyppig, så om man har kunnet alternert mellom en videokonsultasjon og oppmøtetime kunne vi oppnådd mye med en videokonsultasjon da, forutsatt at man har de opplysningene man trenger.

Behandlerne presiserer at mange kontroller krever at det er tas blodprøver, blodtrykk og vekt. I tillegg innebærer behandlingen at det er viktig å undersøke pasienten. Dette fordrer at behandleren møter pasienten fysisk slik at behandleren har denne informasjonen tilgjengelig i forkant av en videokonsultasjon. En av behandlerne sier følgende om dette:

> Vi er jo avhengige av å få målt blodtrykk, og så er det noe med å få undersøkt pasienten klinisk også, liksom møte dem å få tatt på dem rett og slett da som er viktig. Men klart det trenger ikke være nødvendig hver gang.

En av behandlerne trekker frem at en kan avdekke en del somatiske funn bare ved å observere pasienten i konsultasjonssammenheng, som for eksempel pust og mobilitet, noe en kan miste over video. Forhold som for eksempel forverring av tilstand kan derfor lettere bli oppdaget ved fysisk oppmøte. En videokonsultasjon kan i så måte bli mer overflatisk.

Behandlerne fra somatisk avdeling deler en oppfatning om at videokonsultasjoner kan være aktuelt der pasientene selv kan rapportere data på forhold som blodtrykk, vekt og lignende. I tillegg mener de at det også kan være mulig å gjøre enkle vurderinger av for eksempel sår, brudd eller lignende ved bruk av video. Dette indikerer at behandlerne ser muligheter for bruk av videokonsultasjoner for deres pasientgruppe, selv om de i liten eller ingen grad har valgt å ta det i bruk.

Til forskjell fra behandlerne ved somatiske avdelinger, forteller behandlerne som jobber ved psykiatriske avdelinger at de i hovedsak gjennomfører samtaler med pasienter som kommer for utredning og behandling av sine psykiske lidelser. De sier at videokonsultasjoner kan være aktuelt for pasienter som har behov for informasjon om sin lidelse, eller for strukturerte

pasientsamtaler. Ren samtalepoliklinikk som ikke krever fysiske undersøkelser av pasienten trekkes også frem som godt egnet for video.

> Kall det litt sånn enkle samtaler da som er litt mer strukturerte tenker jeg vil være enklere å gjøre på video.

Blant behandlere som har erfaring med bruk av videokonsultasjoner, blir pasienter som trenger bistand til medisinering nevnt som aktuell for videokonsultasjoner, dette støttes av de øvrige behandlerne. Behandleren sier at:

> Jeg skulle ha en konsultasjon med en pasient som allerede hadde hatt timer med videokonsultasjoner og det hadde fungert greit. Og så var det også en litt avgrensa problemstilling, jeg skulle hjelpe til med en pasient med medisinfaglig kompetanse, medisinering og sånne ting da.

Dette var en avgrenset problemstilling som ikke krevde fysisk kontakt, og som heller ikke krevde at behandleren var avhengig av å bruke hele sitt sanseapparat for å gjennomføre konsultasjonen. Denne type konsultasjon lot seg fint gjennomføre over video.

En av behandlerne nevner spesielt behandlinger som aktiverer følelser som spesielt krevende å gjennomføre gjennom videokonsultasjoner. I denne type behandlinger kan nærvær skape trygghet og være en regulerende og ønsket faktor i seg selv.

> Bare som et eksempel da, noe så enkelt som edderkoppfobi, så er det enklere å være der, at jeg har kontroll, er i samme rom og vi har kontroll på edderkoppen, enn at jeg skal be pasienten gå ut i hagen og finne en edderkopp selv.

Behandleren sier her at det å skulle veilede og støtte pasienten gjennom slike situasjoner vil være krevende gjennom videokonsultasjoner. Dette fordi behandleren ikke selv kan være til stede i rommet og hjelpe pasienten med å regulere følelser dersom situasjonen skulle bli spesielt vanskelig. Utover dette nevner behandlerne samarbeidsmøter og drøftingsmøter som konsultasjoner som kan ha potensiale for bruk av videokonsultasjoner.

I likhet med behandlerne fra somatisk avdeling, angir også behandlerne fra psykiatrisk avdeling av videokonsultasjoner kan være aktuelt for enkelte pasienter i deres målgruppe.

Funnene viser at alle behandlerne sier at videokonsultasjoner kan være hensiktsmessig for enkelte pasientgrupper, og enkelte former for pasientbehandling, og at dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Alle informantene deler en forståelse om at alder er en viktig faktor med tanke på om det er mulig å bruke videokonsultasjoner i pasientsammenheng.

Behandlerne har generelt lite eller ingen erfaring i å gjennomføre videokonsultasjoner med eldre pasienter. En av behandlerne som har erfaring med bruk av videokonsultasjoner har følgende tanker om å gjennomføre videokonsultasjoner med denne pasientgruppen:

> Det er ikke den enkleste pasientgruppen å tilby det verktøyet til. Det handler litt om at det er mange som har begynnende kognitiv svikt, det er litt utfordringer med hørsel, syn, hvor vant man er til å bruke teknologi.

Behandlerne deler en forståelse av at pasientens alder og kognitive ferdigheter har betydning for hvorvidt videokonsultasjoner vurderes som egnet for å kunne utføre god pasientbehandling. Det er gjennomgående blant behandlerne at de tenker at den eldre delen av befolkningen har begrensede kunnskaper og teknologiske ferdigheter for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner. Kognitiv fungering og aldersrelaterte utfordringer som nedsatt syn og hørsel blir også nevnt som faktorer som begrenser bruken av videokonsultasjoner til denne pasientgruppen. Et forhold som poengteres er at det kan handle om forestillinger eller fordommer hos ansatte selv, og at det i liten grad er undersøkt om dette faktisk er tilfelle.

En av behandlerne sier at det vil være rart om pasientene må be pårørende om hjelp til tekniske utfordringer knyttet til videokonsultasjoner for å få gjennomført en konsultasjon. På den annen side poengterer behandleren at de samme pasientene uansett ofte må ha pårørende med seg til fysiske konsultasjoner.

> Det blir jo litt rart hvis man må ha pårørende sammen med seg for å få det til, hvis vi bare skal snakke med pasienten så blir det dumt at de trenger noen rundt seg for å få det til. Men det må de jo gjerne ha når de skal hit også da.

En av behandlerne sier at eldre mennesker som behersker utstyret, og som ikke har kognitive vansker, vil kunne ha fordel av å bruke videokonsultasjoner. Det er også en gjennomgående antagelse blant behandlerne om at videokonsultasjoner kan bli enklere å gjennomføre i fremtiden, når yngre pasienter, som i dag er vant til å bruke teknologien, blir eldre. En av behandlerne tenker at en kunne oppnådd mye gjennom videokonsultasjoner for unge pasienter som er i arbeid og har travle hverdager.

Av dette viser funnene at det er en gjennomgående skepsis blant behandlerne til å bruke videokonsultasjoner på den eldre delen av befolkningen, basert på behandlernes antagelser om blant annet de eldre sine teknologiske ferdigheter og deres kognitive fungering.

Alle behandlerne mener at pasientens problemstilling har betydning for hvilken behandlingsform som vurderes som mest egnet for pasienten. Hvilken nytte pasienten vil ha av videokonsultasjoner vil variere fra pasient til pasient, og det er behandleren som må ta denne vurderingen sammen med pasienten. Behandlernes generelle forståelse er at videokonsultasjoner vil være spesielt godt egnet som behandlingsmetode for pasienter med avgrensede problemstillinger.

## *6.4 Behandlernes barrierer for bruk av videokonsultasjon i pasientsammenheng - manglende kunnskap, kameraskrekk og frykten for det ukjente*

Teorien om meningsskaping peker på hvorfor mennesker handler som de gjør i en organisatorisk sammenheng. Med utgangspunkt i denne teorien kan menneskers handlinger forstås som at handlingen stemmer overens med den mening de skaper (Murphy, 2015).

Begrepet fortelling blir av Hernes (2016) benyttet for å beskrive erfaringsutvekslinger, forklaringer og opplevelser som påvirker meningsskapingen. Den overordnede fortellingen kalles narrativ, og narrativet gir mening gjennom to aspekter. Det viser hendelser gjennom

tiden som belyser hvordan en utvikling har vært, og dermed hvordan utvikling kan skje videre. Narrativet viser videre hvilke elementer og aktører som er sentrale for videreutvikling.

I følge Bolman og Deal (2014) kan innføringen av IKT på arbeidsplassen i utgangspunktet være tenkt som positivt, men det kan føre til motstand da ansatte kan føle seg inkompetente.

Behandlerne gir uttrykk for at de er positive til å bruke videokonsultasjoner i pasientsammenheng. De ser mange fordeler ved å ta det i bruk, og de tenker at det kan være mange pasienter som vil nyttiggjøre seg en videokonsultasjon. På tross av dette, har nesten ingen av behandlerne tatt verktøyet i bruk og nyttiggjort seg mulighetene. Bare to av behandlerne sier at de har erfaring med å bruke videokonsultasjoner i pasientsammenheng. Som funnene fra kapittel 5 viser, kan det være flere årsaker til at behandlerne ikke har tatt i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling. De peker der på manglende informasjon om hvordan verktøyet skal brukes i pasientsammenheng, utydelige forventninger fra leder, fravær av opplæring og varierende grad av tilgjengelig areal og teknologi. I tillegg viser funn fra kapittel 5 at behandlerne ikke har tatt del i prosessen med å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling ved sine avdelinger.

I tillegg til dette forteller behandlerne om andre årsaker til at verktøy ikke er tatt i bruk. Dette omhandler tema som kultur og egne barrierer, noe vi vil belyse videre i dette kapitelet.

### *Videokonsultasjoner – fraværende samtaletema på arbeidsplassen*

Under intervjuene ble behandlerne spurt om hvordan de snakket om videokonsultasjoner på de ulike avdelingene. Det er gjennomgående blant alle behandlerne at videokonsultasjoner ikke er et tema det snakkes mye om.

> Det har vært lite tema egentlig, for det har vært veldig lite i bruk da. Så det er ikke så mye det blir snakka om, det handler om at det er så veldig sjelden at det er blitt brukt

Funn viser at videokonsultasjoner har vært snakket lite om i avdelingene. Flere av behandlerne mener temaet kunne vært diskutert i allerede eksisterende møtefora, men også ved mer uformelle arenaer slik som på vaktrom. Vi har ikke spurt behandlerne om gjeldende

møtekultur i avdelingene, og har ikke kjennskap til hvilken møtestruktur de ulike avdelingene har for å kunne diskutere bruken.

En av behandlerne mener at det vil være mer aktuelt å diskutere erfaringer hvis de faktisk hadde tatt det mer i bruk. Da kunne de ha delt erfaringer omkring elementer som fungerer, og det som eventuelt ikke fungerer. Behandleren oppgir at egen holdning til bruk av videokonsultasjoner har endret seg i positiv retning fra det først ble introdusert. Vedkommende snakker imidlertid ikke høyt om dette i miljøet. Dette viser en barriere vedrørende å fortelle kollegaer om egne positive holdninger til bruk av videokonsultasjoner.

I motsetning til dette forteller en annen behandler om at det blir snakket om videokonsultasjoner blant kollegaer, og at det er en positiv holdning til å ta det i bruk. Ut over dette har ikke teamet vært snakket så mye om.

> Det har ikke vært så mye snakk om det for å være helt ærlig, men vi har veldig god mulighet til å veksle erfaringer og sånt hvis vi begynner med videokonsultasjoner. Det har egentlig sikkert vært for lite tema har jeg inntrykk av.

Funn tilsier at selv om det ikke snakkes mye om videokonsultasjoner, har holdningene til videokonsultasjoner endret seg i positiv retning. Flere av behandlerne sier at pandemien har ført til en endring i hvordan de kan møte pasientene. Det har vært en dreining mot bruk av telefonkonsultasjoner, noe de opplever at fungerer. Funn indikerer at erfaringen med bruk av telefonkonsultasjoner gjør at de er noe mer positiv til at også video kan fungere, særlig dersom det kan kombineres med oppmøtekonsultasjoner.

Hovedfunnene våre er at behandlerne i utgangspunktet er positive til å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling. Likevel er det i liten grad tatt i bruk. Videokonsultasjoner blir i liten grad snakket om. I de tilfellene videokonsultasjoner blir snakket om, handler det i hovedsak om diskusjoner mellom ansatte i kollegiale fellesskap. Behandlerne mener at det er et potensiale for å snakke mer om dette i avdelingene, og at økt bruk ville kunne ført til at temaet hadde blitt mer aktuelt.

### *Egne barrierer*

Som vist over er videokonsultasjoner tatt lite i bruk i pasientsammenheng. Det blir heller ikke snakket om i avdelingene.

Funn viser videre at behandlerne har noe ulik oppfatning om å ta i bruk ny teknologi, som videokonsultasjoner. Noen forteller at de ikke har god nok kompetanse til å nyttiggjøre seg alle funksjoner teknologien kan tilby, som kan ha betydning for pasientbehandling. Som eksempel nevnes det å kunne tegne på skjermen, og det å dele skjerm med pasient og samarbeidspartnere.

Andre behandlere forteller at de opplever en usikkerhet i forhold til å ha på kamera og derav vises for pasient på skjerm. Om dette sier en av behandlerne:

> Hvis alle er sånn som meg og har veldig sånn skrekk for kamera, så kanskje det kan hende at pasientene vegrer seg for å ta den konsultasjonen da.

Ifølge denne behandleren kan en ikke se bort ifra at pasienter, i likhet med behandlere, kan ha kameraskrekk. Konsekvensen er at det kan hindre både pasienter og behandlere i å ta videokonsultasjoner i bruk.

En annen behandler tenker at eldre pasienter foretrekker telefon fremfor video, men understreker at dette er vedkommende sin antagelse. Det fremkommer at det i liten grad har blitt rettet spørsmål til pasientene om dette. Behandlerne tillegger pasientene den samme frykten for teknologien, uten at pasientene nødvendigvis har fått uttalt seg selv om dette.

> Og eldre som kanskje ikke er så datakyndige og teknisk kyndige, at det kan oppleves som at det kan bli noen utfordringer.

På tross av dette sier en av behandlerne at erfaringen etter å ha brukt det, var at det fungerte bedre enn forventet.

Behandlerne gir uttrykk for at en av årsakene til at videokonsultasjoner ikke blir innført og tatt i bruk, er at eksisterende og etablerte metoder for gjennomføring av konsultasjoner

fungerer tilfredsstillende. I en travel hverdag, blir ikke det å sette seg inn i ny teknologi prioritert. En av behandlerne sier om dette at årsakene til at det ikke blir tatt i bruk videokonsultasjoner i avdelingen, er en kombinasjon mellom manglende teknologi og det vedkommende benevner som dørstokkmil.

> Det funker allikevel tenker jeg, og så bare går du videre, det handler om mye. Jeg tror nok det er litt dørstokkmil.

Funn indikerer at enkelte behandlerne ikke ser nødvendigheten av å ta i bruk videokonsultasjoner. Samtidig oppleves det som en barriere å skulle ta i bruk nye metoder for pasientbehandling. Behandlerne peker på en usikkerhet i forhold til å ta i bruk ny teknologi

> For du trenger litt massetrening, første gang så er du usikker ikke sant og vet ikke riktig hvilke knapper du har å trykke på å hva du kan gjøre, så det er viktig at pasientbehandlerne blir trygge på dette her da.

Funn tilsier her at behandlere gir uttrykk for en utrygghet i forhold til bruken, og at dette kan kobles til at de er ukjente med å bruke verktøyet i pasientsammenheng. I tillegg pekes det på behovet for mengdetrening. Dette viser at opplæring alene ikke er nok. I tillegg til ren opplæring, er det viktig med praktisk trening og muligheter for å vedlikeholde kunnskapen gjennom mengdetrening. Dette er viktig for å bli komfortabel med å bruke videokonsultasjoner i pasientsammenheng.

Tradisjonell pasientbehandling foregår ved at pasienter kommer til sykehuset for konsultasjoner. En av behandleren sier at hun tidligere har vært av den oppfatningen av at det ikke var noen annen mulighet enn at pasienten kom til sykehuset for behandling.

> Jeg føler at jeg var litt sånn, nei dem må jo komme. Altså det må dem. Det er viktig liksom. Jeg tenkte at det var liksom en litt sånn uunnværlig setting da.

Dette viser at det kan være vanskelig å bryte ut av gamle mønster, og at det enkleste er å fortsette å jobbe på den måten en er vant til fra før.

En av behandlerne omtaler egen alder som en barriere, da bruken av det vedkommende omtaler som avansert teknologi, kan være utfordrende med økende alder.
En annen ser ikke de store utfordringene med å benytte videokonsultasjoner, men påpeker at det likevel må være en begrensning i bruken. Dette for å ivareta også behandlerne som skal jobbe med pasientene, slik at det ikke blir innført videokonsultasjoner for å øke effektiviteten og dermed øke arbeidsbelastningen for hver enkelt behandler.

> Det er jo ikke sånn at klinikere er maskiner, nei, som bare kan smøres så kan de gå i dobbel fart, så enkelt er det ikke.

Denne behandleren bruker maskin som en metafor. Bruken av maskinbegrepet gir assosiasjoner til standardiserte prosesser som har som mål å øke produksjon og effektivitet. Effektivisering vil kunne medføre økt arbeidsbelastning for behandlerne, og at uttalelsen illustrer en frykt for økt slitasje blant ansatte innenfor helsesektoren. Behandleren poengterer at viktigheten av ivaretagelse, også blant ansatte, og at krav til produksjon og effektivitet ikke må gå på bekostning av ansattes egen helse.

Funn viser her at egne begrensninger hos behandlerne kan være med på å forklare hvorfor de ikke har tatt i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling.  I tillegg peker de på barrierer for å ta i bruk videokonsultasjoner som det å jobbe under trygge rammer, dørstokkmil og det at de ikke har fått øvd seg på bruk av videokonsulatasjoner. Funn tilsier også at behandlerne opplever at videokonsultasjoner kan være nyttig ved enkelte tilfeller, men kun som et supplement for videokonsultasjoner. Videokonsultasjoner kan ikke fullt ut erstatte mer tradisjonelle oppmøtekonsultasjoner.

# 7.0 Diskusjon

Bakgrunnen for vår studie var å finne mulige forklaringer på lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord- Trøndelag. For å få økt forståelse for dette fenomenet, har vi benyttet forskningsspørsmålene:

- Hvilke forståelser og erfaringer har ansatte med ledelsens introduksjon og innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling.
- Hvordan forstår ansatte bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling?

Funnene våre viser at lite og varierende grad av bruk, kan forklares både gjennom ledelsens håndtering av innføring, men også gjennom behandlernes forståelse av bruk av videokonsultasjoner som verktøy i pasientbehandling.

Funn indikerer videre at ledere har informert og kommunisert en forventning til behandlerne om at videokonsultasjoner skal tas i bruk. Strategier for innføring er imidlertid fraværende. Dette kan forklare behandlernes forståelse og bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling.

Med bakgrunn i dette har vi delt diskusjonen vår i tre deler. Den første omhandler fravær av ledelsesstrategier for implementering, før vi i andre del diskuterer ulike barrierer for å ta verktøyet i bruk. I kapitelets del tre, vil vi belyse samspillet mellom ledelse og barrierer gjennom en oppsummerende diskusjon.

Funnene våre viser tydelige trekk i retning av at behandlerne har fått stor grad av delegert myndighet fra ledelsen med tanke på selv å ta i bruk videokonsultasjoner og dermed innfri ledelsens krav om økt bruk av verktøyet.

Vi vil trekke konklusjon fra diskusjonen i et eget konklusjonskapittel mot slutten av oppgaven.

## 7.1 Fravær av ledelsesstrategier for implementering

*Ledelsens igangsetting*

Funnene våre viser at ledelsens introduksjon av videokonsultasjoner i enhetene fremstår noe ulik. Noen av behandlerne oppgir å ha fått informasjon gjennom digitale kommunikasjonsplattformer, noen er informert av leder mens andre har fått informasjon fra kollegaer. Alle behandlerne oppgir at det i stor grad har vært opp til dem selv å sørge for egen opplæring. Det har også vært opp til behandlerne selv å velge om de vil ta i bruk verktøyet eller ikke. Funn viser at behandlerne selv ikke fokuserer på behovet for opplæring i bruk av verktøyet i pasientbehandling. Deres fokus er mer i retning av viktigheten av å få teknisk støtte, dersom de skal gjennomføre en videokonsultasjon. Funnene viser at behandlerne kjenner til bruken av verktøyet fra andre arenaer, men mangler kunnskap om hvordan videokonsultasjoner best kan benyttes i pasientsammenheng. De har ikke fått opplæring, og det kan synes som at de heller ikke vet hva de trenger opplæring i.

Det er en gjennomgående oppfatning blant behandlerne at videokonsultasjoner ble innført med bakgrunn i en prekær situasjon i forbindelse med covid- 19 pandemien.

Ledelsesteori sier noe om kompleksiteten ved implementering av IKT i organisasjoner. Denne kompleksiteten blir ofte oversett (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019). Dersom vi sammenligner teori om teknologi med behandlernes erfaringer, ser vi at måten videokonsultasjoner har blitt introdusert på kan ha fått konsekvenser for bruken.

Det at behandlerne oppgir at de selv må sørge for egen opplæring, støttes ikke av teori for vellykket implementering av ny teknologi. Det kan se ut til at ledelsen ikke har lyktes i sine strategier for informasjon og opplæring i videokonsultasjoner i pasientbehandling. Dette ser vi da videokonsultasjoner i liten og varierende grad er tatt i bruk blant behandlerne. Å spre informasjon via digitale kanaler kan oppfattes som å være en effektiv metode for å nå mange. Funnene viser imidlertid at denne type informasjonskanaler i liten grad fører til at hver enkelt behandler oppfatter at informasjonen gjelder dem selv.

Bolman og Deal (2014) peker på viktigheten av at ansatte får psykologisk støtte og mulighet for medvirkning i implementeringsprosesser. Dette vil også gjelde i innføringsfasen. Funnene våre indikerer at ledelsens metode for introduksjon av ansatte, i stor grad har vært preget av

en top- down strategi. Informasjon er gitt som en instruks fra toppledelse om å ta verktøyet i bruk med bakgrunn i sentrale mål og føringer. Dersom vi ser til figur 5, synes ledelsens strategier for igangsetting å mangle avgjørende elementer for vellykket endring. Det er utarbeidet strategier for innføring i HNT, men disse strategiene synes overordnede og fjern fra praksisfeltet. Teorien vektlegger involvering av ansatte for å lykkes med endring. Involvering synes å mangle i ledelsens strategi for igangsetting av videokonsultasjoner. Dersom ledelsen hadde anerkjent viktigheten av dette, ville prosessen i større grad vært preget av en bottom-up strategi.

Det å skape en prekær situasjon, er ifølge Kotter, i Bolman og Deal (2014), en strategi for å få gjennomført vellykkede endringstiltak. Våre funn viser at behandlerne har en opplevelse av at videokonsultasjoner ble innført med bakgrunn i en prekær situasjon. Det er imidlertid ikke en lederstrategi som har ført til en forståelse av en prekær situasjon, men en pågående pandemi. Endringstiltakene kan derfor sies å være tvunget frem av pandemien, heller enn å være en bevisst strategi for innføring fra ledelsens side. Det kan tenkes at ledelsen ikke hadde tid til å involvere behandlerne i prosessen med innføring, da endringene måtte skje "over natten" som følge av pandemien. Strategien kunne derfor sett annerledes ut, dersom behovet hadde kommet som et initiativ fra ledelsen med ønske om endring, snarere enn et behov for endring der de ikke hadde noe valg.

Bruk av videokonsultasjoner har vært et mål siden 2014, men studien viser at det var først i forbindelse med pandemien at verktøyet ble tatt i bruk i HNT. Tall fra HNT (Figur 1) viser at antall videokonsultasjoner økte kraftig med bakgrunn i pandemien. Dette indikerer at ansatte er endringsvillige, uavhengig av prosess, dersom en situasjon er prekær nok. Likevel viser tallene at endringen gikk tilbake når den prekære situasjonen var "over". Dette kan bety at en ytre prekær situasjon, kan skape endring.

Mangel på videre endringsprosess kan forklare lite og varierende bruk av videokonsultasjoner. Lite og varierende grad av bruk ser vi også i sammenheng med innføring av videokonsultasjoner som en top- down prosess, med manglede involvering av ansatte.

### *Utydelige forventninger og varierende grad av tilrettelegging*

Funn fra vår studie tyder på at ledelsen har kommunisert utydelige forventninger til bruk av videokonsultasjoner. Det er en generell oppfatning blant behandlerne at det foreligger forventninger fra ledelsen om bruken, men forventningene er kommunisert noe forskjellig. I somatikken er forventningene i hovedsak kommunisert som informasjon om styringskrav og målsetting fra ledelsen. Dette i motsetning til i psykiatrien, der forventninger i all hovedsak knyttes til en kollegial forventning om at "sånn gjør vi det hos oss".

Disse funnene kan være med på å forklare varierende grad av bruk mellom avdelingene.

Teori om kunnskapsarbeideren sier at kunnskapsarbeideren først og fremst vil utføre sitt arbeid med bakgrunn i tilegnet kunnskap, og i mindre grad med bakgrunn i ordrer og prosedyrer (Irgens & Wennes, 2011). Måten behandlerne i vår studie forteller om hvordan forventninger er kommunisert, strider mot denne teorien. Forventningene er i stor grad preget av en top- down strategi, der forventninger til bruk knyttes til ledelsens forventninger om å oppnå sentrale krav og mål. Ledelsen har kommunisert forventninger til å skulle ta videokonsultasjoner i bruk på generelt grunnlag, men behandlerne føler i liten grad at disse forventningene gjelder dem selv. Denne strategien ser ut til å ha ført til lite eierskap til prosessen med å ta i bruk videokonsultasjoner. Det er ingen av behandlerne som forteller om forventninger knyttet til at videokonsultasjoner vil gi pasientene bedre behandling. Behandlerne i vår studie er kunnskapsarbeidere i sykehus, og forventninger relatert til videokonsultasjoner som noe positivt for pasientene, ville kunne ført til økt oppslutning om bruken.

I tillegg til at forventningene er top- down styrt, sier behandlerne fra psykiatriske avdelinger noe om kollegiale forventinger til å ta verktøyet i bruk. Dette ser vi i sammenheng med det teorien omtaler som medarbeiderfokusert ledelse, der ansatte gis mer selvstendighet (Hernes, 2016). Våre funn indikerer at forventninger til bruk er kommunisert fra ledelsen, men at behandlerne selv avgjør om de skal ta verktøyet i bruk eller ikke. Strategien med medarbeiderfokusert ledelse kan være hensiktsmessig i en kunnskapsorganisasjon. I vårt tilfelle synes det heller som om medarbeiderfokusert strategi, har ført til utydelighet. Behandlerne vet ikke hvordan de selv skal levere for å innfri målsettingen som er kommunisert fra ledelsen. Dette tyder på at også kunnskapsarbeidere trenger tydelige

forventninger til eget arbeid. En mer gradert form for medarbeiderfokusert ledelse, der behandlerne blir gitt selvstendighet, med bakgrunn i tydelige forventninger fra ledelsen, kan være en mer hensiktsmessig fremgangsmåte.

Utydelige forventninger kan derfor være med på å forklare liten grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i HNT.

I tillegg viser funn fra vår studie ulik grad av tilrettelegging for bruken av videokonsultasjoner. Dette med tanke på tilgang til nødvendig areal og teknologi. Psykiatriske avdelinger har i større grad tilgang på dette, enn de somatiske.

I motsetning til i somatikken, forteller behandlerne ved psykiatriske avdelinger om større grad av tilrettelegging for bruk av videokonsultasjoner. Dette er ifølge teorien viktig for å skape endring (Bolman & Deal, 2014). Behandlere ved psykiatriske avdelinger oppgir i større grad å ha tilgang til nødvendig areal og teknologi for å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientsammenheng, enn det behandlerne fra somatiske avdelinger forteller om. Tilgang på areal og teknologisk utstyr er en nødvendig forutsetning for å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling. Behandlerne forteller at de også har fått bistand og støtte ved behov for hjelp, og at de ikke bruker tid på administrative forhold.

Behandlerne fra somatiske avdelinger oppgir at de vil få nødvendig utstyr dersom de etterspør dette. Likevel oppgir ikke behandlerne at de har bedt sin leder om utstyr. Mangelen på utsyr kan for somatikken synes som en spiral: Behandlerne opplever ikke at forventningene om å ta i bruk verktøyet gjelder for dem. Verktøyet blir derfor ikke brukt, noe som medfører at utstyr ikke blir etterspurt og kjøpt inn.

Det at behandlerne i somatikken ikke oppgir å ha tilgjengelig areal, tenker vi kan ha sammenheng med at det ikke er tilrettelagt for teknologisk utstyr på ulike behandlingsrom og areal tiltenkt behandling. Sykehusets arealer er konstant, og ledere vil i liten grad ha innflytelse over dette. Ledere kan derimot påvirke måten arealet utnyttes på. Hoved barrieren synes derfor å være tilgang på nødvendig teknologisk utstyr på allerede eksisterende arealer. Systemene ser ikke ut til å være tilpasset lokale behov og praksiser. Tilgang på nødvendig teknologi, og tilpasning av de allerede eksisterende arealer, kan bidra til økt bruk av videokonsultasjoner i somatikken.

Bedre tilgang på areal og teknologi kan forklare varierende grad av bruk av videokonsultasjoner, ved at psykiatriske avdelinger i større grad har tilrettelagt for bruken enn de somatiske.

### *Manglende prosesser – avgjørelsen ligger hos behandleren selv*

Som diskusjonen over viser, forteller behandlerne om lite informasjon, utydelige forventninger, manglende opplæring og varierende grad av tilrettelegging. Funn fra vår studie viser at behandlernes ikke har deltatt i prosesser vedrørende innføring av videokonsultasjoner. De har blitt overlatt til seg selv etter informasjon- og innføringsfasen, og valget om å ta i bruk videokonsultasjoner er delegert til dem selv. Avgjørelsen om hvilke pasienter som er aktuelle for videokonsultasjoner, er også delegert til behandlerne.

Funn fra vår studie viser at alle behandlerne vektlegger betydningen av leder og ledelse med tanke på innføring av videokonsultasjoner. De peker på viktigheten av forankring hos leder, og viktigheten av å spille på lag for å få til en endring. Videre poengterer de viktigheten av ivrige og synlige ledere som fremsnakker verktøyet og som tilrettelegger og informerer om bruken.

Det at behandlerne i liten grad bruker videokonsultasjoner i pasientbehandling, kan forstås som motstand endring. Det er lett å tenke at motstand mot endring betyr av at ansatte ønsker at alt skal være slik det alltid har vært. Dette er ifølge Klev og Levin (2013) en feilaktig forståelse. Det som kan tolkes som motstand, handler ofte om usikkerhet. Funnene våre tilsier ikke at det foreligger motstand mot endring blant behandlerne. Behandlerne uttrykker i stedet å ha fått lite informasjon, utydelige forventninger, manglende opplæring og varierende grad av tilrettelegging, noe vi tenker kan bidra til usikkerhet i forhold til å ta verktøyet i bruk. Klev og Levin (2013) sier at ledelse består i å redusere den usikkerheten som ansatte kan oppleve i endringsprosesser. Lederen må sørge for at det skapes arenaer for læring og endring i forbindelse med endringsprosesser. Det er viktig at lederen har en forståelse for hvordan de ulike arenaene kan bidra til å håndtere de ulike utfordringene man kan stå ovenfor ved endring. Resultatet av å ikke gjøre det kan være at behandlerne arbeider for å etablere en egen praksis, og i vårt tilfelle vil det bety å fortsette å jobbe som før. Usikkerhet og manglende arenaer for læring kan derfor ha bidratt liten grad av bruk av videokonsultasjoner.

At ansvaret for å ta i bruk videokonsultasjoner er delegert til behandlerne selv kan forstås med bakgrunn i at de er kunnskapsarbeidere som tradisjonelt motiveres av beslutninger som er fattet desentralisert i organisasjonen. De vil i mindre grad utføre sitt arbeid på bakgrunn av ordrer og prosedyrer. Delegert myndighet kan derfor være en hensiktsmessig strategi, men i vårt tilfelle synes det heller som om strategien har ført til at verktøyet ikke brukes. Ut fra det som kommer fram av våre funn, har behandlerne fått delegert mye av ansvaret for å ta i bruk verktøyet. Dette kan forstås som at ledelsen har lagt den faglige vurderingen om å bruke videokonsultasjoner til behandlerne, som eksperter på faget. Det behandlerne på sin side etterlyser, er å spille på lag med ledelsen for å få kunnskap om bruken og strukturer som støtter opp under bruken. Funn indikerer at det mangler en prosess mellom behandlere og ledere som forener faget med bruk av teknologien.

Ved å delegere ansvaret for å ta videokonsultasjoner i bruk til behandlerne, har også prosessen med å skape mening med bruken av verktøyet blitt delegert til behandlerne. Dette strider med teori som sier noe om betydningen av at ledelsen bidrar til meningsskapende prosesser. For å lede en meningsskapende prosess kreves det ifølge Filstad (2014) en kunnskapsrik og strategisk mellomleder, som også er en god formidler. Dette for å kunne innhente ulike perspektiver gjennom prosessen, og støtte opp om disse.

Nonaka og Takeuchi, i Gotvassli (2015) lanserer fra midtenopp-ned ledelse som befinner seg midt mellom Top- down og Bottom- up strategier. Dette vil i vårt tilfelle kunne være en nyttig ledelsesstrategi for å forene fag med sentrale føringer. Ved å gjennomføre en meningsskapende prosess med utgangspunkt i fra midtenopp- ned strategi, vil lederne måtte oversette krav og mål slik at de blir forståelige for behandlerne. I tillegg må behandlerne bidra med faglige perspektiv som kan påvirke hvordan videokonsultasjoner skal brukes i de ulike avdelingene. Først når ledere og behandlere sammen jobber for å forende disse to perspektivene, vil vi kunne si at det foreligger en meningsskapende prosess.

Ifølge Hernes (2016), er det sammenhengen mellom lederskap, innramming og samhandling som får betydning for tilslutning mot et narrativ og som igjen kan bidra til at videokonsultasjoner blir innført. En meningsskapende prosess vil i seg selv kunne bidra til å finne svar på hvordan verktøyet skal tas i bruk. Våre funn viser varierende grad av etablerte narrativ for bruk av videokonsultasjoner. I motsetning til i somatikken, forteller behandlerne fra psykiatriske avdelinger en historie om at videokonsultasjoner brukes blant kollegaer. Det

synes i større grad som om det foreligger en sannhet om at verktøyet skal tas i bruk i psykiatrien. Likevel er det i liten grad brukt. Dette kan vi forstå med bakgrunn i teori om meningsskaping som vektlegger betydning av valgdimensjonen opp imot graden av tilslutning (Hernes, 2016). Behandlerne i vår studie oppgir å ha et valg, og de velger å ikke bruke videokonsultasjoner. Bruk av videokonsultasjoner gir ikke mening i tilstrekkelig grad.

Dette understøtter den nære koblingen mellom meningsskaping og menings- og endringsledelse. For å gjennomføre en meningsskapende prosess med å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling, tenker vi at ulike kombinasjoner av Bolman og Deals fire rammer for lederskap vil være verdifulle verktøy for lederne. Flere av behandlerne sier noe om viktigheten av ledere som er ivrige, synlige og som tilrettelegger og informerer. Dette tenker vi sammenfaller med det Bolman og Deal (2014) beskriver som synlig og engasjert ledelse, som hører inn under den symbolske rammen. Det sammenfaller også med human resource-rammen, som i stor grad omhandler de personlige egenskapene lederen har, der motivasjon, samspill, involvering, kommunikasjon og det å se sine medarbeidere er viktige egenskaper. Funn indikerer at strategier for innføring av videokonsultasjoner i avdelingene i stor grad gjenspeiler bruk av den strukturelle rammen. Flere av behandlerne referer til at videokonsultasjoner ble innført med bakgrunn i en prekær situasjon. Funn viser at behandlerne har fått en forståelse av at innføringen skal gjennomføres med bakgrunn i ordrer og prosedyrer. Ingen av rammene til Bolman og Deal gjengir en slik strategi som løsning på utfordringen. Funn viser videre at visjonen om å ta i bruk videokonsultasjoner har kommet fra regjeringshold via Helseminister, og ser ut til å være godt kjent blant behandlerne. Visjonene og strategiene er tilsynelatende utarbeidet på overordnet nivå, og formidlet nedover i organisasjonen. Prosessene fremstår ikke synlige, og vi finner ikke at visjonen og strategiene er godt forankret blant behandlerne i vår undersøkelse.

For at ledere skal kunne drive en meningsskapende prosess, er det viktig at de selv har eierforhold til den endringsprosessen som skal ledes. Det betyr at lederne selv må finne mening i bakgrunnen for innføring av videokonsultasjoner. I vårt tilfelle vet vi ikke hvilke prosesser lederne til behandlerne vi har intervjuet selv har deltatt i. Dersom også de har blitt orientert om innføring gjennom en streng top- down strategi, vil også lederne selv kunne ha behov for en meningsskapende prosess sammen med sin leder i et lederfellesskap.

Det stilles spørsmål ved om det egentlig finnes noe slikt som en vellykket implementering, da kontinuerlig arbeid med endringer og ulike behov alltid vil forekomme. Implementering av IKT i helsetjenesten kan sees på som en balansekunst der leder forsøker å balansere teknologi, enkeltmennesker, profesjonsidealer, organisasjoner og politiske visjoner (Andreassen, Obstfelder, & Lotherington, 2019). Dette samsvarer med funn i vår undersøkelse. Vi ser at videokonsultasjoner ble gjennomført som en nødvendig top- down prosess, men at det i fortsettelsen kan være mer riktig å endre strategi og gå over til en mer meningsskapende fra midtenopp- ned- prosess. I disse prosessene kan det være hensiktsmessig å se etter løsninger innenfor flere av rammene til Bolman og Deal for å overkomme hindringer. Det er ingen perspektiver eller ledelsesstrategier som er helt feil eller helt riktig, innføringen er en balansekunst der det er behov for kontinuerlige vurderinger blant annet med bakgrunn i kunnskap og behov.

## *7.2 Behandlernes barrierer for bruk*

### *Barrierer knyttet til forestillinger om pasienter*

Funnene våre viser at behandlerne generelt er positive til å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling. Det er en generell oppfatning at videokonsultasjoner ikke vil passe for alle pasienter. Det må ligge en individuell vurdering til grunn for hvilke pasienter som skal tilbys videokonsultasjon.

Funnene viser videre at behandlerne tenker at videokonsultasjoner er mindre egnet for den eldre delen av befolkningen. Dette begrunnes med behandlernes egne antakelser om eldre sine teknologiske ferdigheter og kognitive fungering.

Dette er i strid med studier som tvert imot tyder på at eldre kan ha god nytte av å få tilbud om IKT- baserte tjenester (Zonneveld, Patomella, Asaba, & Guidetti, 2019). Når behandlerne skal forklare bakgrunnen for at eldre ikke er i målgruppen, sier de noe om eldre sine manglende teknologiske ferdigheter. Behandlerne presenterer en generell forståelse av at dette gjelder alle eldre. Behandlerne gir uttrykk for at det vil være lite hensiktsmessig dersom pårørende må bistå de eldre for å gjennomføre videokonsultasjoner, samtidig som de forteller at eldre ofte må ha med seg pårørende til oppmøtekonsultasjoner uansett. Argumentasjonen for at

behov for teknologisk bistand ekskluderer pasientgruppen, vil derfor falle bort, da behovet for bistand vil likevel vil være til stede.

I tillegg begrunner behandlerne aldersrelaterte plager som bakgrunn for at videokonsultasjoner vil være mindre aktuelt for denne aldersgruppen. Dette kan forstås som at det ikke er alder i seg selv som er en barriere, men heller tilstander som kognitiv svikt og redusert syn og hørsel. Ulike funksjonsnedsettelser vil derfor kunne være avgjørende for om pasientene vil nyttiggjøre seg videokonsultasjoner, uavhengig av pasientenes alder.

Behandlernes holdninger i forhold til dette kan ikke forklare ulik bruk av videokonsultasjoner, men det kan være med på å forklare hvorfor de på generelt grunnlag i liten grad har tatt i bruk verktøyet i pasientbehandling. Dette fordi den eldre delen av befolkningen utgjør en stor del av deres pasientgrunnlag.

### *Behandlernes egne barrierer*

Funnene våre viser at liten grad av bruk av videokonsultasjoner kan knyttes til behandlernes personlige barrierer for å ta verktøyet i bruk. Disse barrierene omhandler blant annet at de selv oppgir å ikke være bekvem med å bruke videokonsultasjoner som metode, noe som blant annet begrunnes med egen "kameraskrekk". Videre viser funnene en generell oppfatning om at pasientene ikke ønsker videokonsultasjoner som konsultasjonsform. Pasientene har i liten grad har blitt spurt om dette, og svarene baseres på behandlernes egne forestillinger. Videre uttrykker behandlerne en bekymring for om videokonsultasjoner vil gi like god pasientbehandling som mer tradisjonelle behandlingsformer.

Til tross for at behandlerne skisserer flere positive sider ved bruk av verktøyet, har de i liten grad tatt det i bruk, og det snakkes lite om bruk av videokonsultasjoner i avdelingene. Teori om organisasjonskultur kan være med på å forklare noe av dette. Schein, i Hernes (2016) forklarer organisasjonskultur ved hjelp av tre nivåer som beskriver de samlede verdier som hersker i en organisasjon.

Det første nivået handler om synlige elementer. Behandlerne våre forteller om en arbeidshverdag, der det vanlige er å møte pasienter ansikt til ansikt gjennom oppmøtekonsultasjoner. Det å møte pasienter fysisk, er en viktig del av kulturen i sykehuset.

Behandler fra psykiatrisk avdeling forteller i større grad enn i somatikken om en opplevelse av at videokonsultasjoner blir brukt. Det kan derfor synes som om videokonsultasjoner er blitt en akseptert måte å jobbe på, og derfor en del av den synlige kulturen her.

Scheins andre nivå omhandler verdier som grunnlag for kultur i en organisasjon. Det innebærer mellommenneskelig aktivitet og hva som oppfattes som meningsfylt. Behandlerne våre forteller om viktigheten av å gi god pasientbehandling, noe som vil prege deres verdigrunnlag i stor grad. De forteller videre at tradisjonell måte å tenke god pasientbehandling på, er gjennom å møte pasientene fysisk. God pasientbehandling utgjør en stor grad av verdigrunnlaget i organisasjonen, og dette henger tradisjonelt sammen med oppmøtekonsultasjoner.

Det tredje nivået Schein beskriver, omhandler grunnleggende antagelser. Dette kjenner vi igjen i behandlernes antagelser om at videokonsultasjoner ikke vil være en like god måte å behandle pasienter på som mer tradisjonelle metoder. Grunnleggende antagelser kan, ifølge Schein, være vanskelig å forandre, da de har vært innlært over mange år. Antagelsen om at bruk av digitale verktøy ikke er god nok, er i strid med undersøkelsen til Zonnenveld, Patomella, Asaba og Guidetti (2019). Der fremkommer det at telefon og videooppfølging ser ut til å være like god som oppfølging ansikt til ansikt når det kommer til å gjennomføre endringer i pasientenes hverdagsliv. Av dette ser vi at behandlernes tradisjon for å møte pasienter fysisk, kan henge sammen med en organisasjonskultur der dette er den vanlige måten å jobbe på, og den måten som er mest anerkjent for å utøve god pasientbehandling. Dette kan medføre antagelser om at andre metoder ikke vil være like gode.

Schein, i Jacobsen og Thorsvik (2013) knytter videre kultur opp imot læring, der ansatte tilpasser seg hvordan oppgaver blir utført. Dette viser at kulturen vil legge retningslinjer for hvordan ansatte skal jobbe. I vårt tilfelle kan vi forstå det som at det er etablert en kultur som verdsetter oppmøtekonsultasjoner, der ansatte vil bli opplært i at dette er den rette måten å gjøre det på. Schein knytter også kultur mot følelser. Kulturen må oppfattes som riktig for å opprettholdes. Funnene viser at fysiske oppmøtekonsultasjoner gir mening for behandlerne, og vil derfor være naturlig å holde fast ved.

Videokonsultasjoner blir i liten grad snakket om i avdelingene ifølge behandlerne. I den grad det blir snakket om, handler det i hovedsak om drøftinger mellom ansatte i kollegiale

fellesskap. Det synes at videokonsultasjoner i liten grad har blitt satt på agendaen i etablerte møtefora. Behandlerne mener at økt bruk ville kunne ført til at temaet hadde blitt mer aktuelt. Erfaringsgrunnlaget er lite, og dermed vil det være lite å snakke om. Kultur vil også her kunne forklare hvorfor det ikke snakkes om. De har ikke kultur for å bruke videokonsultasjoner, og derfor blir det heller ikke snakket om. Det kan synes som at det er en etablert kultur i HNT for oppmøtekonsultasjoner, og at behandlernes barrierer kan knyttes til denne kulturen. En meningsskapende prosess, som tidligere omtalt, kan være et verktøy for å introdusere samtaler om videokonsultasjoner, og stimulere til diskusjoner i avdelingene. Videokonsultasjoner er ikke er anerkjent som et fullverdig verktøy i pasientbehandling blant behandlerne.

Medisinske subkulturer kan bidra til å forklare at kulturen med oppmøtekonsultasjoner blir opprettholdt. Colbjørnsen (2017) beskriver at disse subkulturene preges av en kollegial norm som setter faget først. Behandlerne har en oppfatning om hva som er godt utført arbeid. Endringer må derfor stå i stil med verdiene og stilen til subkulturene. Bruk av videokonsultasjoner bryter med gjeldende kultur for god pasientbehandling, og behandlerne må derfor få forståelsen av at videokonsultasjoner kan bidra til god pasientbehandling for at endringen skal synes meningsfull. Forandringen innebærer å ta i bruk ny teknologi, noe som kan oppleves som en trussel blant behandlerne. Igjen ser vi betydningen av å gjennomføre meningsskapende prosesser i avdelingene for å endre en kultur og bryte ned barrierer relatert til bruk av videokonsultasjoner.

Av dette tenker vi at etablerte kulturer kan bidra til å opprettholde forestillingen om oppmøtekonsultasjoner som eneste og beste metode for god pasientbehandling. Frykten for å gå på bekostning av dette, kan forklare hvorfor videokonsultasjoner i liten grad er tatt i bruk ved avdelingene. I tillegg forteller historiene til behandlerne oss at eksisterende metoder for pasientbehandling fungerer godt nok. Behovet for nye alternativer er ikke utløst av fagmiljøene selv, men heller som krav og mål fra ledelse. For at videokonsultasjoner skal bli en integrert del av gjeldende kultur, er det en forutsetning at behandlerne får en forståelse av hva videokonsultasjoner tilfører pasientbehandlingen som eksisterende metoder ikke dekker.

### *Videokonsultasjoner – et supplement, ikke en erstatning*

Funnene våre viser at det er en gjennomgående holdning blant behandlerne om at videokonsultasjoner kan være et godt supplement til oppmøtekonsultasjoner. Ingen av behandlerne sier at videokonsultasjoner fullt ut kan erstatte fysiske konsultasjoner.

Videre viser funnene våre at videokonsultasjoner synes å kunne forstås som et behandlingsverktøy som er mindre egnet i tidlig fase av et behandlingsforløp og at det er viktig med et fysisk møte før overgang til videokonsultasjoner.

Funnene viser videre at telefonkonsultasjoner er en etablert metode for gjennomføring av konsultasjoner blant behandlerne.

Studien vår viser at behandlerne generelt er positive til å ta i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling, og det er en gjennomgående holdning at videokonsultasjoner kan være hensiktsmessig for enkelte pasientgrupper, og enkelte former for pasientbehandling. Vurderinger knyttet til om videokonsultasjoner skal tas i bruk må vurderes i hvert enkelt pasienttilfelle. Dette begrunner behandlerne med viktigheten av å kunne gjennomføre konsultasjoner ansikt til ansikt med enkelte pasienter. Noen problemstillinger vil ikke være hensiktsmessig å gjennomføre som videokonsultasjoner. Dette samsvarer med funn som Nasjonalt senter for e-helseforskning presenterer i sin artikkel "Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling" (2020). Her kommer det også frem at fysiske konsultasjoner er nødvendig for å gjennomføre helhetlige kliniske vurderinger og diagnostisering av pasientene.

Om dette forteller behandlerne om viktigheten av å få gjennomført oppmøtekonsultasjoner der det kreves fysiske undersøkelser. Med bakgrunn i deres arbeidshverdag, vil dette spesielt gjelde for somatikken. Behandlerne ved somatiske avdelinger forteller om en arbeidshverdag som i stor grad består av fysiske undersøkelser. De er i større grad er avhengig av å ha fysisk kontakt og derfor gjennomføre oppmøtekonsultasjoner. Behandlerne fra psykiatrisk avdeling har stort sett en pasientgruppe som behandles gjennom samtalepoliklinikk. Den fysiske undersøkelsen er ikke like dominerende der, som i somatikken. Som vi ser av svarene vi har fått fra behandlerne, så mener majoriteten av dem at de også har pasienter i somatikken som kan behandles via videokonsultasjoner, men at det likevel er problematisk dersom de ikke får

gjennomført nødvendige, fysiske undersøkelser. Et utvidet samarbeid med fastlege eller helsesentre, der nødvendige undersøkelser kunne blitt utført i forkant av videokonsultasjon, kan gi et økt mulighetsrom for videokonsultasjoner også her. Dette har vært utforsket i et prosjekt på nasjonalt nivå som studerte avstandsbehandling av kronisk syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Funnene der viste at avstandsbehandling bidro til mer trygghet og frihet for pasientene. Dette viser at avstandsoppfølging og videokonsultasjoner også kan ha en betydning innenfor somatiske avdelinger.

Ved psykiatriske avdelinger pekes det på viktigheten av å kunne gjennomføre oppmøtekonsultasjoner der det skal snakkes om sensitive eller spesielt vanskelige tema. En av behandlerne sier at denne type konsultasjoner vil kreve fysisk oppmøte, nettopp for å kunne fange opp subtile tegn, og på den måten kunne være til hjelp for pasienten. Tilstedeværelse oppleves som en faktor som i seg selv kan være støttende eller ha behandlingseffekt

Det vi ser av dette, kan være med på å forklare ulik grad av bruk mellom avdelingene. Behandlerne ved somatiske avdelinger forteller om en arbeidshverdag som i stor grad består av fysiske undersøkelser. De er i større grad er avhengig av å ha fysisk kontakt og derfor gjennomføre oppmøtekonsultasjoner. Behandlerne fra psykiatriske avdelinger har stort sett pasienter som behandles gjennom samtalepoliklinikk. Den fysiske undersøkelsen er ikke like dominerende der, som i somatikken. Det kan derfor tenkes at en større andel av pasientkonsultasjoner vil kunne gjennomføres digitalt i psykiatrien. Behandlerne ved somatiske avdelinger støtter at det er et potensiale for å kunne gjennomføre flere videokonsultasjoner enn det som gjøres i dag.

Behandlernes antagelser om betydningen av å ha fysiske møter med en pasient, før en tar i bruk teknologiske løsninger, indikerer at bruk av teknologi innebærer fravær av noen sosiale faktorer. Denne forståelsen er i tråd med det Hislop, Bosua, og Helms (2018) skriver, om at kunnskapsdeling gjennom IKT- verktøy vil lykkes best dersom det allerede er etablert et positivt forhold mellom aktørene. Dette betyr at bruk av IKT forstås som å ikke kunne erstatte betydningen av å utvikle mellommenneskelige forhold. Det oppstår noe i møtet mellom mennesker som IKT- tjenester ikke kan veie opp for. Når to eller flere mennesker møtes oppstår det en relasjon som enten kan være god eller dårlig, der både verbal og non- verbal kommunikasjon bidrar til at aktørene skaper et bilde av hverandre.

Behandlerne forklarer at viktigheten av fysiske møter er viktig for at informasjon om pasienten ikke skal glippe. Det at behandlerne vektlegger non- verbal kommunikasjon, indikerer at de gjennom å lese kroppsspråk, bruker mye intuisjon og magefølelse når de styrer samtalen inn på nye tema. Dersom ikke behandleren oppfatter hva pasienten er opptatt av, kan viktig informasjon gå tapt, eller viktige momenter glippe. Dette kan vi kjenne igjen fra teori om intuisjon, teft og følelser som kilde til kunnskapsutvikling. Gladwell, i Gotvassli (2015), beskriver intuisjon som en forestilling som kommer til oss, uten at vi nødvendigvis kan redegjøre for årsaken til dette. Beslutninger blir tatt på bakgrunn av en fornemmelse, ved at en bruker alle sanser i en gitt situasjon. Gotvassli (2015) beskriver også det som kalles for system- 1 tenkning, en måte å tenke på og ta beslutninger på som ligger nært opp til intuisjon. System- 1 leverer automatisk informasjon til oss i form av inntrykk og følelser. System- 1 gjør oss som mennesker i stand til å ta raske beslutninger med bakgrunn i vag informasjon og uten å kunne forklare hvorfor. System-1 aktiveres raskt, mens system-2 beskriver den mer tradisjonelle tenkningen der problemer blir avklart og bevisstgjort, og vurderinger og avklaringer blir tatt. For å kunne nyttiggjøre seg intuisjon og system- 1- tenkning fullstendig, kreves bruk av alle sanser. Sett fra behandlernes ståsted innebærer bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling at de mister muligheten til å se "hele" pasienten, som blant annet kroppslige uttrykk, lukt og berøring.

Selv om det ikke blir direkte uttalt gjennom intervjuene, er det nærliggende å tenke at dette kan ha sammenheng med at evnen til å gjøre vurderinger med bakgrunn i både system- 1 og system- 2 tenkning blir svekket. Dette ved at sanseinntrykkene blir redusert gjennom video, og derfor påvirker intuisjon og følelser til både behandlere og pasienter. Det kan tenkes at gode vurderinger best gjøres gjennom et fysisk møte ved at behandlerne får bruke alle sine sanser, for på den måten å kunne bruke både system- 1 og system- 2 tenkning som grunnlag for å vurdere videre behandlingsplan. Videokonsultasjoner kan på denne måten forstås som mer overflatisk.

I tråd med dette kan mediarikhet brukes som en skala for å verdsette ulike former for kommunikasjon. Ulike former for kommunikasjon gir ulik grad av informasjon (Hislop, Bosua, & Helms, 2018). Kommunikasjon ansikt til ansikt gjør at aktørene får mye informasjon om hverandre, både gjennom verbal og non- verbal kommunikasjon. Selv uten å kommunisere med ord, vil mennesker som møtes ansikt til ansikt danne seg et inntrykk av hverandre basert på motpartens kroppsspråk og holdninger. Noe av den informasjonen som

utveksles gjennom den non- verbale kontakten ansikt til ansikt, vil gå tapt dersom kontakten foregår digitalt. Videokonsultasjoner gir mulighet for mer informasjon mellom partene enn for eksempel telefon, mens e- post utveksling vil ligge helt i bunn når det gjelder hvor mye informasjon som utveksles mellom partene. Da spesielt på det non- verbale plan.

Denne måten å tenke om mediarikhet på, sammenfaller med våre funn der behandlerne peker på viktigheten av et fysisk møte før overgang til videokonsultasjoner. Dette fordi en ved kontakt ansikt til ansikt vil oppnå en høyere verdi på kommunikasjonsskalaen. Etter hvert som kontakten og relasjonen er etablert kan en tenke seg at en ikke vil tape så mye på å bevege seg nedover på skalaen, da en allerede har lært hverandre å kjenne og etablert en relasjon på et høyere nivå. Funn viser at videokonsultasjoner synes å kunne forstås som et behandlingsverktøy som er mindre egnet i tidlig fase av et behandlingsforløp. Dette blant annet grunnet behandlernes bekymring for om de vil kunne fange opp pasientens reaksjoner på en tilfredsstillende måte.

Behandlerne påpeker viktigheten av å ha et ansikt å forholde seg til. Alternativt peker en av behandlerne på at videokonsultasjon kan være et første treffpunkt, før man eventuelt går videre med telefonkonsultasjoner. Det fremstår for oss som et paradoks at behandleren vurderer å gå over til telefonkonsultasjoner dersom det allerede er gjennomført en vellykket videokonsultasjon. Dette viser at telefonkonsultasjoner er godt integrert som kommunikasjonsmiddel i pasientoppfølging. Gjennom intervjuene fremkommer det at behandlerne synes telefonen er et verktøy som fungerer ”godt nok”. Likevel vet vi gjennom teori om mediarikhet (Hislop, Bosua, & Helms, 2018) og behandlernes egne uttalelser, viktigheten av å ”se” hverandre, at video vil kunne tilby mer informasjon enn en ren telefonsamtale. Det er likevel et paradoks, at behandlerne velger et verktøy som ligger lavere på mediarikhetsskalaen, når de samtidig poengterer viktigheten av å fange opp signaler som åpenbart ikke kan gjøres til kjenne gjennom telefon. Dette indikerer at behandlerne er trygge på bruken av telefon, og at det kan synes lettere å gripe til dette alternativet enn å bevege seg ut på mer ukjent farvann gjennom å ta i bruk videokonsultasjoner. Behandlerne er opptatt av å gi best mulig behandling til pasientene sine, men velger likevel telefon fremfor video. Et alternativ som gir dårligere kvalitet enn tilgjengelige alternativer. Vi har ikke fått et konkret svar på hvorfor det er slik. Åpenbart er ikke videokonsultasjoner godt nok implementert, slik at det heller ikke er et alternativ som blir vurdert. Telefon er et verktøy som alle er kjent med, og derfor kanskje lettere å ty til i en travel hverdag.

Hislop, Bosua, & Helms (2018) hevder videre at bruk av IKT- verktøy alene vil begrense kommunikasjonen mellom mennesker, men at kombinasjon av møter gjennom IKT og ansikt til ansikt vil kunne spille en rolle. Dette gjenspeiler også behandlernes holdninger, der det er en gjennomgående forståelse av at det beste vil være å kombinere bruk av videokonsultasjoner med oppmøtekonsultasjoner. Det vi har illustrert over, understøtter og kan forklare vårt funn om at behandlerne mener det er mulig å ivareta relasjon i pasientbehandling gjennom videokonsultasjoner. Dette forutsetter imidlertid at videokonsultasjoner kombineres med vanlige oppmøtekonsultasjoner. Dette kan vi forstå med bakgrunn i det vi allerede har diskutert, om at fysiske møter er viktig.

Funnene indikerer videre at behandlerne mener at videokonsultasjoner kan bidra til økt effektivitet, fleksibilitet og tilgjengelighet av helsetjenester. Behandlerne er enige om at videokonsultasjoner kan gjøre helsetjenesten mer fleksibel og effektiv. Alle behandlerne er enige om at videokonsultasjoner vil kunne være positivt for pasienter med lang reisevei. Det fremkommer i intervjuene at det også i dag anvendes telekommunikasjon for å ivareta geografiske hensyn, men da i hovedsak ved bruk av telefon. Video er i liten grad brukt. Dette er i tråd med Petersson (2015), som hevder at intensjonen om å bekjempe geografi, er et av hovedmålene for innføring av teleomsorg. Med bakgrunn i Helse Nord- Trøndelag sitt opptaksområde, med store geografiske avstander, vil denne type oppfølging kunne ha betydning for en stor pasientgruppe ifølge behandlerne.

Petersson (2015) hevder videre at innføring av IKT i helsetjenesten henger nøye sammen med målet om effektivisering og økt kostnadseffektivitet. Behandlerne i vår undersøkelse peker også på at dette kan være en positiv konsekvens av å innføre videokonsultasjoner i pasientbehandling. De peker da spesielt på faktorer som å kunne tilby pasientene raskere hjelp, redusert reisetid og redusert ventetid for behandling. De peker også på muligheten for å kunne gi et mer likeverdig tilbud til befolkningen og større muligheter for samhandling med kommunene og pårørende som bor langt unna sykehuset. Enkelte av behandlerne sier at videokonsultasjoner kan føre til at behandlerne får økt kapasitet til å behandle flere pasienter. På tross av disse positive effektene, er det få av behandlerne som bruker verktøyet. Dersom videokonsultasjoner skal bli verdsatt som et godt hjelpemiddel, er det viktig å løfte frem nettopp slike faktorer som rettferdig og universell tilgang til tjenester (Zonneveld, Patomella, Asaba, & Guidetti, 2019), samt at videokonsulatasjoner kan bidra til å forbedre kvalitet og likhet på kontroller (Petersson, 2015). Effektivitet og økonomi er to aspekter ved målet om

økt bruk av IKT i helsetjenesten, men det er disse andre faktorene som vil få ansatte til å verdsette bruken. Det at behandlerne ikke har tatt det i bruk, kan forstås med bakgrunn i forrige kapittel, der behandlerne forteller om manglende informasjon og meningsskapende prosesser der nettopp slike faktorer blir løftet frem.

Dette viser at behandlerne tenker at videokonsultasjoner kan erstatte noen av de konsultasjonene som i dag gjennomføres med tradisjonelt oppmøte. Det er likevel en gjennomgående holdning om at videokonsultasjoner ikke fullt ut kan erstatte fysiske konsultasjoner. Vi kan forstå variasjoner i bruk mellom avdelingene, ved at de i somatiske avdelinger i større grad enn de psykiatriske, har behov for å gjennomføre fysiske konsultasjoner.

# 8.0 Oppsummering – samspillet mellom ledelsens strategier og behandlernes barrierer

Diskusjonen over viser at ulik og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner kan forstås med bakgrunn i flere forhold.

I diskusjonen har vi skilt mellom funn på ledelsens strategier for innføring av videokonsultasjoner, og behandlernes egne barrierer for å ta i bruk verktøyet. Vi ser imidlertid at disse to hovedtemaene henger sammen, og vanskelig kan skilles fra hverandre i praksis. Funnene våre viser at behandlerne forteller om personlige barrierer som hindringer for å ta verktøyet i bruk, noe vi har knyttet opp mot kultur og den gjeldende kulturen for oppmøtekonsultasjoner i sykehus. Kultur kan også knyttes til ledelse, ved at lederen gjennom sin adferd har en funksjon som kulturskaper og kulturbærer i en organisasjon (Klev & Levin, 2013). Vi har ingen funn som tilsier at lederne i vårt tilfelle aktivt har intervenert for å legge til rette for en kulturendring med tanke på å ta i bruk videokonsultasjoner. De meningsskapende prosessene ser ut til å ha vært fraværende.

En måte å forstå dette på, kan være det faktum at organisasjonen består av kunnskapsarbeidere som innehar høy fagkompetanse på spesialiserte områder. Kunnskapsarbeideren vil være ekspert på sitt fagområde, og det er ikke selvsagt at lederne innehar den samme faglige kompetansen som sine ansatte. Det å skulle implementere videokonsultasjoner i en kunnskapsorganisasjon med allerede etablerte og godt fungerende måter å utøve pasientbehandling på, vil kreve en engasjert leder som på en tydelig måte formidler behovet for endring (Bolman & Deal, 2014). Våre funn er basert på ansattes forståelser, så vi mangler lederperspektivet med tanke på denne problemstillingen. Likevel vil vi kunne se en umiddelbar utfordring for lederne vedrørende det å skulle fremsnakke og overbevise ansatte om å gjennomføre en endring i vårt tilfelle. Dette grunnet at endringen innebærer å gjøre faglige vurderinger innenfor et område der lederen kan ha mindre fagkunnskap enn de ansatte, nemlig utførelsen av god pasientbehandling ved hjelp av videokonsultasjoner. Spesielt krevende blir denne øvelsen dersom ansatte selv ikke ser behovet for endring, slik som i vårt tilfelle. Resultatet kan fort bli at allerede eksisterende praksiser blir opprettholdt.

Våre funn om utydelige forventninger kan også støttes av dette. Teori på området sier at kunnskapsarbeideren vil basere sitt arbeid på tilegnet kunnskap og ikke med bakgrunn i ordrer (Irgens & Wennes, 2011). Det at kunnskapsledelse vektlegger ansattes autonomi, selvstendighet og faglige kompetanse betyr ikke det samme som at kunnskapsarbeideren ikke vil ledes. Det betyr heller ikke at kunnskapsarbeideren er autonom på alle områder, og at de uten videre vet hva de skal gjøre for å gjennomføre en endring av sin praksis. Også kunnskapsarbeideren vil ha behov for tydelig ledelse og forventninger knyttet til eget arbeid. Tydelige forventninger kan assosieres med noe som ligner på en ordre eller Top- down styring, noe som kan fungere dårlig i en kunnskapsorganisasjon. Dersom kunnskapsledelse forstås som fravær av tydelige forventninger, vil resultatet heller bli utydelig ledelse. Denne balansegangen kan være krevende, og det er her ledelsen vil kunne ha hjelp av å iverksette meningsskapende prosesser sammen med fagmiljøene. Dette for å kunne endre de forståelser som finnes i organisasjonen, og dermed bidra til kulturendring. Lederen kan ikke endre kulturen alene og det kan heller ikke de ansatte. Endringen må skje som et samspill mellom ledelse og fagmiljøer. Ledelsens forventninger må være tydelige og kunnskapsarbeidernes fagkunnskap må vektlegges stor betydning. Løsningen for å nå ledelsens mål innenfor faglige gode rammer, finnes i samspillet mellom dem.

# 9.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi belyst følgende problemstilling:

*"Hvordan kan vi forklare lite og varierende grad av bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling i Helse Nord-Trøndelag?"*

Vår konklusjon viser at lite og varierende grad av bruk kan skyldes flere forhold knyttet til både ledelse, kultur og behandlernes forståelse av god pasientbehandling.

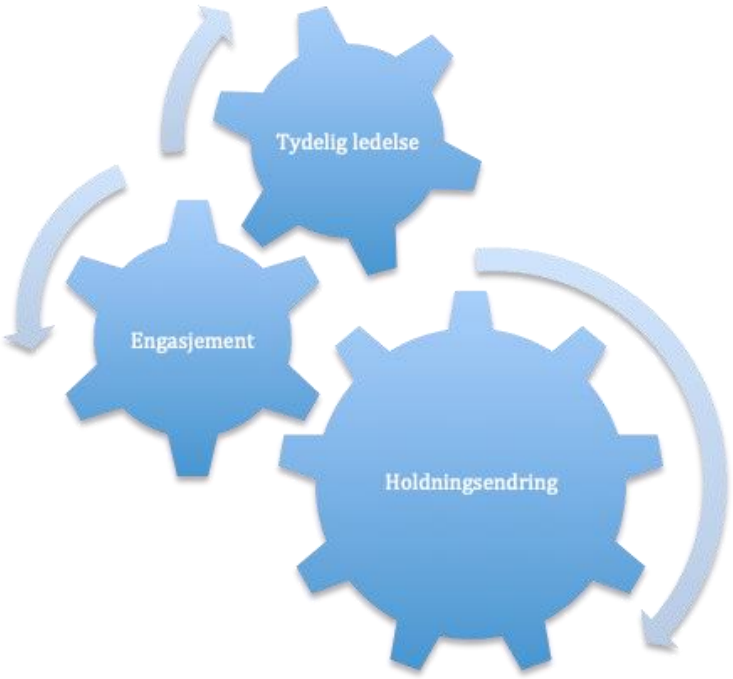
Funnene våre bekrefter varierende grad av bruk av videokonsultasjoner mellom avdelingene. Psykiatriske avdelinger er de avdelingene som i størst grad bruker videokonsultasjoner. Dette kan forklares med at de har bedre tilgang til areal og nødvendig teknologi enn det somatiske avdelinger har. Behandlerne ved psykiatriske avdelinger forteller også om en forståelse av at videokonsultasjoner er en metode som brukes blant kollegaer i pasientsammenheng. Videokonsultasjoner ser derfor ut til å ha blitt etablert i kulturen i større grad enn ved somatiske avdelinger.

Varierende grad av bruk kan også sees i sammenheng med at avdelingene har ulike pasientgrupper med ulike behov. Ved psykiatriske avdelinger beskrives en arbeidshverdag som i hovedsak består av samtalekonsultasjoner. Ved somatiske avdelinger er den fysiske undersøkelsen mer fremtredende. Funn viser at samtalekonsultasjoner vil være best egnet for videokonsultasjon, og psykiatriske avdelinger vil naturlig nok ha en høyere andel av dette. På dette grunnlag vil det også være naturlig å forvente en variasjon mellom avdelingene. Vi tenker at det heller ikke vil være mulig eller ønskelig å oppnå fullstendig likhet.

Funnene våre bekrefter videre at videokonsultasjoner generelt brukes i liten grad i pasientbehandling. Dette kan forklares gjennom at videokonsultasjoner i stor grad har blitt gjennomført som en top- down prosess, hovedsakelig initiert av en prekær situasjon grunnet pandemien. Mangelfulle ledelsesstrategier kan være med på å forklare liten grad av bruk. Funnene tyder på manglende informasjon, utydelige forventninger og manglende opplæring i bruken av videokonsultasjoner. Vi ser at liten grad av bruk også kan settes i sammenheng med manglende meningsskapende prosesser i avdelingene. Videre viser funnene at forståelse av

hvordan god pasientbehandling best kan utføres, kan bidra til å forklare hvorfor videokonsultasjoner i liten grad brukes.

Studien vår viser imidlertid at det er et potensiale for økt bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Bakgrunnen for dette, er en generell positiv holdning til å ta i bruk verktøyet. Den generelle oppfatningen er at videokonsultasjoner kan gi et godt tilbud til enkelte pasientgrupper, både i forhold til effektivitet og tilgjengelighet, men også i forhold til å kunne utøve god pasientbehandling. Vi tror at meningsskapende prosesser vil kunne bidra til økt bruk, da ansatte i sykehus er kunnskapsarbeidere som motiveres av andre faktorer enn den mer tradisjonelle top- down- styrte prosessen. En meningsskapende prosess kan bidra til å øke forståelsen og skape inspirasjon og motivasjon for å ta i bruk videokonsultasjoner i de enkelte avdelingene. Dette fordi ledere og ansatte i fellesskap kan komme frem til en forståelse av hvilke pasienter verktøyet vil være egnet for, og hvordan det best vil kunne brukes som et nyttig hjelpemiddel. Prosessen vil også kunne bidra til et større engasjement gjennom erfaringsutveksling og meningsskaping. I tillegg vil en slik prosess kunne medføre en kulturendring som igjen leder til holdningsendringer som kan medføre økt bruk.




Figur 7: Vår illustrasjon

Vi har intervjuet seks ansatte i Helse Nord-Trøndelag. Deres erfaringer og forståelser utgjør en liten del av hele bildet. Likevel tenker vi at det de forteller om, kan være relevant for større deler av organisasjonen.

Med tanke på våre funn vedrørende ledelsens betydning for lite og varierende grad av bruk, er det viktig å poengtere at vår oppgave handler utelukkende om innføring og bruk av videokonsultasjoner. Vi har derfor ikke grunnlag for å si noe om ledelsens strategier ved andre endringsprosesser.

# 10.0 Videre forskning

Vi har i vår studie intervjuet ansatte i Helse Nord-Trøndelag som jobber med pasientbehandling. Ved å intervjue pasienter, ville vi fått en annen historie som kunne vært interessant å vite mer om. Da ville vi kunne fått svar på spørsmål om pasienters opplevelse av bruken tillegg til om pasientene ønsker videokonsultasjoner som et alternativ til vanlige oppmøtekonsultasjoner. Dette for å undersøke om pasientenes holdninger samsvarer med det vi har fått av informasjon fra ansatte som er blitt intervjuet.

I tillegg vil det være interessant å intervjue ledere, for å se nærmere på deres tanker om egen betydning ved innføring av videokonsultasjoner i pasientbehandling. Dette vil utgjøre et annet perspektiv enn det vi har fått frem.

Vi har basert vår studie på teori om ledelse da i hovedsak i form av meningsledelse. I tillegg har vi brukt teori om teknologi og kultur. Funnene våre kunne sett annerledes ut, dersom vi hadde valgt annen teori som grunnlag. Det kunne vært interessant å sett problemstillingen i lys av andre teoretiske perspektiver.

# Referanser


Andrè, B., & Sjøvold, E. (2017, Juli 6). *What characterizes the work culture at a hospital unit that successfully implements change - a correlation study.* Hentet fra ProQuest : https://www-proquest-com.ezproxy.nord.no/docview/1925246077?accountid=26469&pq-origsite=primo

Andreassen, H. K., Obstfelder, A., & Lotherington, A. T. (2019, April 30). *IKT-arbeid i helse- og omsorgssektoren.* Hentet fra NTNU Open: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2648541?show=full

Arentz-Hansen, H., Giske, L., Nilsen, E., & Jor, S. (2020). *Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon (sanntid).* Hentet fra Folkehelseinstituttet, fhi.no: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/hjemmebasert-spesialisthelsetjeneste.-medisinsk-avstandsoppfolging---videokonsultasjon-sanntid-rapport-2020.pdf

Boje, D. M. (1991, Mars). *The storytelling organization: a study og stor.* Hentet fra ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/221931928_The_Storytelling_Organization_A_Study_of_Story_Performance_in_an_Office-_Supply_Firm/link/548856a20cf2ef3447907c80/download

Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad .

Colbjørnsen, T. (2017, Februar). Subkulturer - bedre enn sitt rykt. *Tidsskrift for politikk og forvaltning, Stat og styring*, ss. 50 - 55.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, Mai 23). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helse* . Hentet fra Forskningsetikk.no: https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/

Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2016, April). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.* Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi.pdf

Direktoratet for e-helse. (2020, Mai 12). *Virksomhetsstrategi.* Hentet fra Direktoratet for e-helse: https://www.ehelse.no/om-oss/virksomhetsstrategi

Filstad, C. (2014, Februar 2014). *The politics of sensemaking and sensegiving at work.* Hentet fra Emerald insight: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JWL-03-2012-0016/full/html

Gotvassli, K. Å. (2015). *Kunnskap, kunnskapsutvikling og kunnskapsledelse i organisasjoner.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hammer, S., & Høpner, J. (2014). *Meningsskabelse, organisering og ledelse.* Fredriksberg: Samfundslitteratur.

Helse Midt-Norge. (2021, Hentet: 30.07.2021 kl12:58). *Styringskrav og rammer 2021 Helse Nord-Trøndelag HF.* Hentet fra helse-midt.no: https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/Styringskrav%20og%20rammer%202021,%20Helse%20Nord-Tr%C3%B8ndelag.pdf

Helse Midt-Norge RHF. (2018, Desember 13). *Regional utviklingsplan 2019 - 2022 (2035).* Hentet fra helse-midt.no: https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Regional-utviklingsplan-2019-2022-HMN-vedtatt.pdf

Helse Nord-Trøndelag. (2021, Hentet: 19.07.2021 kl. 13.36 ). *Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag.* Hentet fra hnt.no: https://hnt.no/om-oss/ledelsen-i-helse-nord-trondelag

Helse Nord-Trøndelag. (2021, Hentet: 19.07.2021 kl. 14.39). *Nøkkeltall Helse Nord-Trøndelag.* Hentet fra hnt.no: https://hnt.no/om-oss#nokkeltall-helse-nord-trondelag

Helse Nord-Trøndelag. (2021, Hentet: 19.07.2021 kl. 13.20). *Om oss.* Hentet fra Om oss: https://hnt.no/om-oss

Helse- og omsorgsdepartementet . (2014, Januar 7). *Sykehustalen.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/

Helse- og omsorgsdepartementet . (2019, November 22). *Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet . (2021, Januar 14). *Oppdragsdokument 2021 Helse Midt-Norge RHF.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2021-hmn.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, November 30). *Meld. St. 9, Èn innbygger - Èn journal.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Januar 7). *Pasientens helsetjeneste.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, Mai 18). *Velferdsteknologi.* Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/velferdsteknologi/id2480195/

Hernes, T. (2016). *Organisering i en verden i bevegelse* . Oslo: Cappelen Damm AS.

Hislop, D., Bosua, R., & Helms, R. (2013). *Knowledge management in organizations.* Oxford: Oxford University.

Hislop, D., Bosua, R., & Helms, R. (2018). *Knowledge management in organizations* . Oxford: Oxford University.

Irgens, E., & Wennes, G. (2011). *Kunnskapsarbeid: om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner.* Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS .

Jiménez-Rodríguez, D., García, A. S., Robles, J. M., Salvador, M. d., Ronda, F. J., & Arrogante, O. (2020, Juli 17). *Increase in Video Consultations During the COVID-19 Pandemic: Healthcare Professionals' Perceptions about Their Implementation and Adequate Management.* Hentet fra US National Library of Medicine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7400154/

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* . Oslo: Abstrakt forlag AS.

Justensen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisasjons- og ledelsesstudier* . Hans Reitzels Forlag.

Klev, R., & Levin, M. (2013). *Forandring som praksis. Endringsledelse gjennom læring og utvikling* . Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Murphy, T. (2015). *Sensemaking - introduktion til Karl Weick.* København: Hans Reitzels Forlag.

Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2020, September 2). *Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling.* Hentet fra Forskning.no: https://forskning.no/arbeid-helsetjenester-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling/1730946

Nord Universitet. (2020, Juni 11). *Spørreverktøy - Nettskjema.* Hentet fra Nord.no: https://www.nord.no/no/Student/ithjelp/sporreverktoy-nettskjema

Nyeng, F., & Wennes, G. (2006). *Tall, tolkning og tvil: bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring.* Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS .

Nynorsk kultursentrum. (2019, August 9). *Nord-Trøndelag fylke* . Hentet fra Alkunne: https://www.allkunne.no/framside/geografi/noreg/fylka-i-noreg/nord-trondelag-fylke//2002/83796/

Orlikowski, W. J. (2007, September 1). *Sosiomaterial Practices: Exploring Technology at Work* . Hentet fra Sage Journals: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0170840607081138

Petersson, J. (2015, Juli 17). *Technospatialities and telehealthcare: unfolding new spaces of visibility* . Hentet fra Information, Communication & Society: https://www-tandfonline-com.ezproxy.nord.no/doi/full/10.1080/1369118X.2015.1061575

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitative metoder.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Western, K. I. (2015, August 14). *Styring av informasjonsteknologi i offentlig sektor. Hvordan kan vi forstå problemer og sulsesser?* Hentet fra Nord Open: https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/297023/Western.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zonneveld, M., Patomella, A.-H., Asaba, E., & Guidetti, S. (2019, April 9). *The use of information and communication technology in healthcare to improve participation in everyday life: a scoping rewiev.* Hentet fra Disability and Rehabilitation: https://www-tandfonline-com.ezproxy.nord.no/doi/full/10.1080/09638288.2019.1592246

*Figuroversikt*

Figur 1: Graf 1: Videokonsultasjoner totalt i Helse Nord-Trøndelag, utvikling 2020/2021

Figur 2: Graf 2: Bruk av: videokonsultasjoner ved somatiske avdelinger 2020/2021

Figur 3: Graf 3 Bruk av videokonsultasjoner ved psykiatriske avdelinger 2020/2021

Figur 4: Mediarikhet basert på Hislop, Bosua, & Helms (2018)

Figur 5: Tabell, perspektiver på endring

Figur 6: Illustrasjon fra Nynorsk kultursentrum 2019

Figur 7: Vår illustrasjon

*Vedlegg 1 Informasjonsskriv*

# Vil du delta i forskningsprosjektet *«Digitalisering av pasientbehandling. Arbeidstakeres erfaringer med bruk av videokonsultasjoner i helsesektoren»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et intervju i forbindelse med vår masteroppgave. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan variasjoner mellom klinikker i helsesektoren i bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling kan forklares. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for masteroppgaven, og hva deltakelse vil innebære for deg.
Vi er tre studenter som studerer Master i kunnskapsledelse (MKL) ved Nord Universitet. Til daglig jobber vi som ledere i Helse Nord-Trøndelag. Tall fra helseforetaket viser variasjoner i hvor stor grad de ulike klinikkene har tatt i bruk videokonsultasjoner. Dette synes vi er interessant, og det er denne forskjellen vi vil forsøke å undersøke nærmere.
Vi ønsker i den forbindelse å spørre deg om du vil la oss stille deg noen spørsmål om dette temaet i et intervju.
Varighet på intervjuet er estimert til ca. 45 minutter, og vil gjennomføres digitalt.

**Målgruppe:**

Vi ønsker at alle informantene har erfaring med pasientbehandling og vi ønsker ansatte innenfor ulike klinikker. Det er ønskelig med informanter som har erfaring med videokonsultasjoner, samt informanter med mindre eller ingen erfaring med videokonsultasjoner.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta, da du har erfaring med pasientbehandling og er derfor i vår målgruppe for dette prosjektet.

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Førsteamanuensis Hege Eggen Børve v/ Nord Universitet, avdeling Levanger, er ansvarlig for prosjektet.

**Hva innebærer det for deg å delta?**

Du blir spurt om å delta i et intervju med 2 av oss, der spørsmålene omhandler tema vedrørende bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling, og bruk av videokonsultasjoner generelt. Ditt samtykke innebærer samtykke til at vi benytter lydopptak under samtalen. Data som innhentes gjennom intervjuene vil bli behandlet anonymt. Vi er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt. Opptakene slettes når prosjektet avsluttes i løpet av høsten 2021.

**Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
Resultat av intervjuene vil diskuteres med prosjektets veileder ved Nord Universitet, førsteamanuensis Hege Eggen Børve (Fakultet for samfunnsvitenskap).

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**
Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er høsten 2021.

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Du som deltager kan trekke ditt samtykke når som helst.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**
Vi behandler personopplysninger basert på ditt samtykke.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**
Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet ved Hege Eggen Børve (hege.e.borve@nord.no)
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen (personvernombud@nord.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristian Børstad, avdelingsleder øyeavdelingen, avdeling Namsos og Levanger, Klinikk for Kirurgi Namsos
Hanne Heglum, avdelingsleder medisin H5C, avdeling Namsos, Klinikk for medisin og nevrologi
Camilla Monslaup Fossland, seksjonsleder seksjon psykoser og ass. avdelingsleder ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, avdeling Namsos)
(studenter)

---

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *«Digitalisering av pasientbehandling. Arbeidstakeres erfaringer med bruk av videokonsultasjoner i helsesektoren»* og har fått anledning til å stille spørsmål.
Jeg samtykker til:

☐ å delta i intervju

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

---
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

*Vedlegg 2 Intervjuguide*

# Introduksjon

Vi er tre studenter som studerer Master i Kunnskapsledelse ved Nord Universitet på Levanger. Til daglig jobber vi som ledere i henholdsvis Klinikk for psykisk helsevern og rus, Klinikk for medisin og rehabilitering, og Klinikk for kirurgi. Vi har det siste året studert innføring av IKT i helsetjenesten, og innføring av videokonsultasjoner spesielt.
Vi ser at pandemien har hatt stor betydning for at klinikkene i større grad har tatt i bruk videokonsultasjoner i pasientbehandling, og antallet videokonsultasjoner økte kraftig i 2020 sammenlignet med tidligere år, noe vi finner interessant.

***Gjennom denne oppgave ønsker vi å se på ulike klinikkers bruk og erfaring med videokonsultasjoner.***

For å få en økt forståelse for dette fenomenet, er det viktig for oss å snakke med ansatte i helseforetaket som jobber med klinisk, pasientrettet arbeid. Vi ønsker å få dine synspunkter og betraktninger rundt innføring og bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling, for bedre å kunne forstå hvorfor vi ser ulikheter mellom klinikkene. Din deltagelse er derfor viktig for oss i vårt arbeid. Intervjuet har en antatt varighet på cirka 45 minutter, og vil bli gjennomført ved at en av oss stiller spørsmål, mens den andre noterer og kommer med oppklarende spørsmål underveis. Dersom du samtykker til det, vil vi også bruke lydopptak under samtalen. Data som innhentes gjennom intervjuene vil bli behandlet anonymt. Vi garanterer at deltagelse i dette prosjektet ikke vil kunne medføre negative konsekvenser for deg som arbeidstaker. Vi er underlagt taushetsplikt og alle data vil bli behandlet konfidensielt. Opptakene slettes når prosjektet avsluttes i løpet av høsten 2021. Det understrekes at deltakelsen er frivilling, og at du når som helst kan avbryte intervjuet eller trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert og slettet.

*1) Innledende spørsmål*

- Fortell litt om deg selv, og hva din jobb går ut på.
    - Alder?
    - Kjønn?
    - Utdanning?
    - Hvilken stilling har du i dag?

- Hvor lenge har du vært ansatt i helseforetaket?
- Fortell om din arbeidshverdag (hva jobber du med hva er dine primæroppgaver?)

- Bruker du videokonsultasjoner aktivt i pasientbehandling i dag?

**Eventuelt skill på Ja/ Nei: lengre ned**

**Hvis JA: bruk guide 1. Hvis NEI: bruk guide 2.**

Hele veien be dem komme med eksempler, for eksempel hvordan de gjør det, når det fungerte godt, når det ikke fungerte godt mm. Det er ofte gode illustrasjoner som kan nyttiggjøres i analysen. Ikke sikkert dette bør stå i guiden under hvert spørsmål, men ta på "sparket" under intervju?

**Intervjuguide 1:**

*1) Pasientbehandling*

- Hvordan driver du tradisjonelt pasientbehandling?
- Hvordan vil du beskrive god pasientbehandling? Hva er viktig, og hva er mindre viktig? Kan du gi et eksempel?
- Hvordan bruker du videokonsultasjoner i pasientbehandling? Kan du komme med eksempler?
- Med bakgrunn i din beskrivelse av «god» pasientbehandling – hvordan passer videokonsultasjoner inne i dette bildet? Hva tenker du om kvaliteten på pasientbehandlingen ved bruk av videokonsultasjoner?
- Hvordan jobber du for å ivareta relasjonen til pasienten gjennom videokonsultasjoner? Kan du komme med noen eksempler?

*2) Innføring, medvirkning og ledelse*

- Hvilken betydning tenker du at ledelse har for innføring av videokonsultasjoner? Utdyp svaret
- Hvilke forventninger har det vært til deg i forhold til å ta i bruk videokonsultasjoner?
- Hvordan ble videokonsultasjoner innført ved din enhet?
- Hvordan ble du informert om at videokonsultasjoner skulle innføres?
- Hadde du innflytelse over prosessen? Beskriv

- Føler du at du har fått nok kunnskap til å bruke videokonsultasjoner? Opplever du at du mestrer bruken av verktøyet? Hvordan fikk du opplæring i bruk av videokonsultasjoner? Føler du at du har fått tilstrekkelig opplæring?
- Har du nødvendig teknologi tilgjengelig for å gjennomføre videokonsultasjoner?
- Hva er årsaken til at du har tatt i bruk videkonsultasjoner?
- Hvilken betydning tenker du videokonsultasjoner har når det gjelder produktivitet og antall gjennomførte konsultasjoner per dag? Utdyp svaret.

*3) Erfaringer og praksis*

- Kan du fortelle litt om din erfaring ved bruk av videokonsultasjoner i pasientbehandling?
- Tenker du at bruk av videokonsultasjon i pasientbehandling kan medføre noen fordeler? I så fall hva, gi eksempler
- Tenker du at bruk av videokonsultasjon i pasientbehandling kan medføre noen ulemper? I så fall hva, gi eksempler.
- Er det noen typer for pasientkonsultasjoner som er bedre egnet for videokonsultasjoner enn andre? I så fall, hvilke? Hva tenker du kan være årsaken til det?
- Har du fått tilbakemelding fra pasienter på hvordan de opplever videokonsultasjoner? Hva sier de? Hva tenker du om det?

*4) Kultur og kontekst*

- Hvordan er responsen på krav om bruk av videokonsultasjoner blant deg og dine kollegaer? Beskriv svaret.
- Hvordan snakker dere om videokonsultasjoner der du jobber? Hva snakker dere om? Har dere arenaer der dere deler erfaringer?
- Har måten dere snakker om videokonsultajoner endret seg fra dere først startet prosessen med å innføre videokonsultasjoner og frem til i dag? Dersom ja: På hvilken måte?

*5) Avslutningsvis vil vi spørre litt om hvordan du ser for deg bruk av videokonsultasjoner i fremtiden. Hvilke muligheter finnes, finnes det noen barrierer osv*

- Hvilke muligheter tenker du at videokonsultasjoner gir. Både i pasientbehandling, men også for deg som kliniker? Beskriv

- Hvilke begrensninger tenker du ligger i bruk av videokonsultasjoner? Utdyp svaret ditt
- Hva fungerer godt ved bruken av videokonsultasjoner?
- Hva fungerer mindre godt ved bruken av videkonsultasjoner?
- Kan du se for deg at videokonsultasjoner kan brukes på andre måter enn det gjør i dag? Utdyp svaret
- Hva skal til for at du skal fortsette å bruke videokonsultasjoner også i fremtiden?

Har du noen spørsmål?
Er det noe omkring det med videokonsultasjoner du føler du ikke har fått sagt, men som du ønsker å komme med innspill på?
TAKK for deltagelsen!

**Intervjuguide 2:**

*1) Pasientbehandling*

- Hvordan driver du tradisjonelt pasientbehandling?
- Hvordan vil du beskrive god pasientbehandling? Hva er viktig, og hva er mindre viktig? Kan du gi et eksempel?
- Hvordan bruker du videokonsultasjoner i pasientbehandling? Kan du komme med eksempler?
- Med bakgrunn i din beskrivelse av «god» pasientbehandling – hvordan passer videokonsultasjoner inne i dette bildet? Hva tenker du om kvaliteten på pasientbehandlingen ved bruk av videokonsultasjoner? Har du noen erfaringer?
- Tenker du at det er mulig å ivareta relasjonen til pasienten gjennom videokonsultasjoner? Utdyp svaret.

*2)Implementering, medvirkning og ledelse*

- Hvilken betydning tenker du at ledelse har for innføring av videokonsultasjoner? Utdyp svaret
- Hvilke forventninger har det vært til deg i forhold til å ta i bruk videokonsultasjoner?
- Har videokonsultasjoner blitt informert om, og innført ved din enhet? Utdyp svaret.
- Hvordan har du blitt informert om at videokonsultasjoner skal innføres?

- Hadde du hatt innflytelse over prosessen? Beskriv
- Føler du at du har fått nok kunnskap til å bruke videokonsultasjoner? Opplever du at du mestrer bruken av verktøyet? Har du fått opplæring i bruk av videokonsultasjoner? Føler du at du har fått tilstrekkelig opplæring?
- Har du nødvendig teknologi tilgjengelig for å gjennomføre videokonsultasjoner?
- Hva er årsaken til at du ikke har tatt i bruk videkonsultasjoner?
- Hvilken betydning tenker du videokonsultasjoner har når det gjelder produktivitet og antall gjennomførte konsultasjoner per dag? Utdyp svaret.

*3) Erfaringer og praksis*

- Tenker du at bruk av videokonsultasjon i pasientbehandling kan medføre noen fordeler? I så fall hva, gi eksempler
- Tenker du at bruk av videokonsultasjon i pasientbehandling kan medføre noen ulemper? I så fall hva, gi eksempler.
- Er det noen typer for pasientkonsultasjoner som er bedre egnet for videokonsultasjoner enn andre? I så fall, hvilke? Hva tenker du kan være årsaken til det?
- Hva er de viktigste faktorene for at du ikke benytter videokonsultasjoner aktivt i pasientbehandling?

*4) Kultur og kontekst*

- Hvordan er responsen på krav om bruk av videokonsultasjoner blant deg og dine kollegaer? Beskriv svaret.
- Hvordan snakker dere om videokonsultasjoner der du jobber? Hva snakker dere om? Har dere arenaer der dere deler erfaringer?
- Har måten dere snakker om videokonsultajoner endret seg fra dere først ble introdusert for videokonsultasjoner og frem til i dag? Dersom ja: På hvilken måte?

*5) Avslutningsvis vil vi spørre litt om hvordan du ser for deg bruk av VK i fremtiden, hvilke muligheter finnes, og er det noen barrierer osv.*

- Hvilke muligheter tenker du at videokonsultasjoner kan gi. Både i pasientbehandling, men også for deg som kliniker? Beskriv
- Hvilke begrensninger tenker du ligger i bruk av videokonsultasjoner? Utdyp svaret ditt
- Hva fungerer godt ved bruken av videokonsultasjoner?

- Hva fungerer mindre godt ved bruken av videkonsultasjoner?
- Kan du se for deg at videokonsultasjoner kan brukes på andre måter enn det gjør i dag? Utdyp svaret
- Kan du se for deg at du vil ta i bruk videokonsultasjoner i fremtiden? Utdyp svaret. Hva må eventuelt endres for at du skal ta dette verktøyet i bruk? Forklar.

Har du noen spørsmål?
Er det noe omkring det med videokonsultasjoner du føler du ikke har fått sagt, men som du ønsker å komme med innspill på?
TAKK for deltagelsen!

*Vedlegg 3 Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)*

NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**
Bruk av videokonsultasjoner
**Referansenummer**
580239
**Registrert**
18.02.2021 av Kristian Børstad - kristian.borstad@student.nord.no
**Behandlingsansvarlig institusjon**
Nord Universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon
**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**
Hege Eggen Børve, hege.e.borve@nord.no, tlf: 74022652
**Type prosjekt**
Studentprosjekt, masterstudium
**Kontaktinformasjon, student**
Kristian Børstad, kristian.borstad@ntebb.no, tlf: 91181046
**Prosjektperiode**
01.03.2021 - 31.12.2021
**Status**
11.03.2021 - Vurdert

**Vurdering (2)**

**11.03.2021 - Vurdert**
NSD har vurdert endringene registrert 24.02.2021 og 11.03.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 11.03.2021. Behandlingen kan fortsette.

Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt