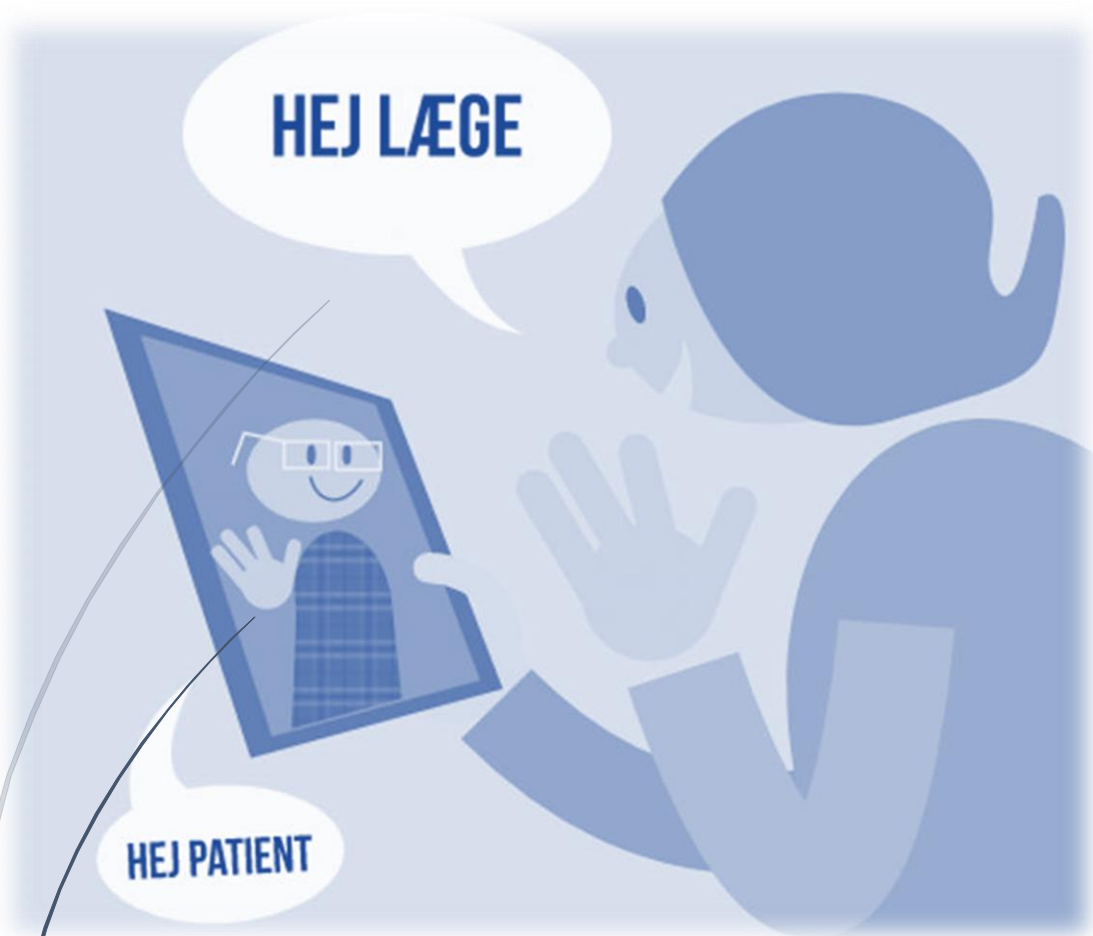


Videokonsultationer I almen praksis:

- Et kvalitativt studie af de praktiserende lægers motivation for adaption af videokonsultationer.

David Georges Olsen & Andreas Albrektsen





Videokonsultationer I almen praksis:

- Et kvalitativt studie af de praktiserende lægers motivation for adaption af videokonsultationer.

Vejleder: Tilde Marie Bertelsen

Politik & Administration
10. Semester
Aalborg Universitet

Afleveret 30. maj 2021

Anslag: 192.567
Normalsider: 80,24

David Georges Olsen
Studienummer: 20166958

Andreas Albrechtsen
Studienummer: 20163760

Indholdsfortegnelse

Forord.....	5
Abstract.....	6
1. Indledning.....	8
2. Problemfelt.....	10
2.1 Hvilke aktører kan sikre et øget antal videokonsultationer?	12
2.2 Teoretisk problematisering	16
2.3 Problemformulering	18
2.4 Læsevejledning.....	20
3. Teori	22
3.1 Beslutningsteori.....	22
3.2 Rational-choice.....	23
3.2.1 Præferencer	24
3.2.2 Restriktioner	25
3.2.3 Information	25
3.2.4 Kritik til rational-choice og specialets holdning til denne	26
3.3 Motivationsformer	27
3.3.1 Ekstrinsisk motivation	28
3.3.2 Intrinsisk motivation	30
3.3.3 Pro-social motivation	31
3.3.4 Public-service motivation.....	31
3.3.5 Samspillet mellem motivationsformerne.....	32
3.4 Information System Research: Fra IS til TAM-2.....	33
4. Metode.....	38
4.1 Forskningsdesign.....	38
4.1.1 Casestudiet og valg af caseområde	39
4.1.2 Cross-sectional casedesign.....	39
4.2 Kvalitativ metode	40
4.3 Anvendte dokumenter.....	40
4.4 Interview	43
4.4.1 Interviewmetode og valg af respondenter.....	43
4.4.2 Interviewguide	46
4.4.3 Transskribering og kodning	47
4.4.4 Struktur af analyse på baggrund af interviewene	48
5. Baggrund for indførelsen af videokonsultationer	50
5.1. Udviklingen i lægedækning og demografi i de danske yder- og landkommuner	51



5.1.1 Almen praksis	54
5.2 Videokonsultationer som en del af sikringen af lægedækningen i fremtiden	55
5.2.1 Tidligere telemedicinske løsninger i Region Nordjylland	56
5.3 Tidligere forskning omkring videokonsultationer i almen praksis	57
5.3.1 De største fordele ved anvendelse af videokonsultationer	59
5.4 Videokonsultationers største barrierer ifølge den etablerede litteratur	64
5.4.1 Økonomi	64
5.4.2 Øget ulighed i sundhed	65
5.4.3 Teknologi og kommunikation	66
5.4.4 De praktiserende lægers ressourcer	67
6. Analyse af interviews	70
6.1 Kvantitative empiriske resultater på baggrund af kodning	70
7. De praktiserende lægers primære motivation	71
7.1 Videokonsultationers relevans	73
7.2 Kvaliteten af videokonsultation	74
7.3 Fokus på positive resultater ved brug af videokonsultation	76
7.4 Normen omkring videokonsultationer	77
8. Public-service motivation i almen praksis	80
8.1 De praktiserende lægers vurdering af patienternes udbytte af videokonsultationer	83
8.2 Vurderingen af hvorvidt videokonsultationer kommer patienterne til gode	84
9. De økonomiske honorarstruktureres påvirkning på adaption af videokonsultationer	86
9.1 Frivilligheden forbundet med videokonsultationer	88
9.2 De økonomiske konsekvenser forbundet med de nuværende tekniske udfordringer	89
10. Diskussion af motivationsfaktorerne	91
10.1 Delkonklusion på baggrund af analysen	91
10.2 Diskussion	94
11. Konklusion	96
12. Efterrationalisering	98
12.1 Perspektivering	98
Litteraturliste	99

Tabel- og figurliste

Tabel 1 - Beskrivelse af TAM2-modellens faktorer.....	36
Tabel 2 - Anvendte dokumenter.....	41
Tabel 3 - Liste over anvendte undersøgelser omkring videokonsultationer.....	58
Tabel 4 - Specialets samlede løsningsforslag til at nedbryde de undersøgte barrierer.....	92
Figur 1 - Antal videokonsultationer i dagstid fordelt på uger i 2020.....	12
Figur 2 - Technology Acceptance Model (TAM)-modellen.....	34
Figur 3 - Technology Acceptance Model 2 (TAM2)-modellen.....	35
Figur 4 - Interviewets syv faser.....	44
Figur 5 - Fordelingen af konsultationstyper i almen praksis 2008-2018.....	50
Figur 6 - De lægedækningstruede områder i Danmark pr. oktober 2020.....	53
Figur 7 - Kort over kommunetyper i Danmark.....	53
Figur 8 - Grupperet aldersfordeling i de lægedækningstruede områder i yder- og landkommunerne.....	54
Figur 9 - Samlet andel af identificerede koder angående motivationsformer.....	70

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden februar 2021 til maj 2021 og har fokus på adaption af videokonsultationer i almen praksis. Sundhedsvæsenet har været et centralt interesseområde for os gennem vores studie, praktik og studiejob. Derfor var dette felt oplagt at dykke ned i som kulmination på fem års uddannelse. Samtidig har et stort interesseområde i gruppen været, hvordan aktører kan påvirkes til en given adfærd, hvorfor dette også var et oplagt forskningsområde. Specialet er udarbejdet gennem et effektivt og givende samarbejde, hvor samarbejdet har trukket på gruppens kompetencer.

Samtidig vil vi gerne takke vores vejleder Tilde Marie Bertelsen for et godt, engageret og produktivt samarbejde gennem hele processen. Vi vil også gerne bringe en særlig tak til de praktiserende læger, som blev interviewet i dette speciale, for at tage tid ud af en presset COVID-19 hverdag til at hjælpe os.

David Georges Olsen & Andreas Albrechtsen

Abstract

Video consultations in the general practice - A qualitative study of the general practitioners' motivation regarding the adaption of video consultations.

Throughout the years, digitalization of the public sector has been a central theme. This has also been the case in the health sector, in which the use of different digital systems has been implemented. In recent years, the use of video has been included in several parts of the health sector. However, in the general practice, it seems that the use of video has not been as successful as in other parts of the sector. This master's thesis questions why this is the case. It is the aim of this master's thesis to answer this question by conducting a qualitative case study of the general practitioners' motivation regarding the adoption of video consultations, as much of the previously conducted research, has been based on the assumption that general practitioners are highly motivated by economic incentives. As a result of that many of the proposed solutions, targeted towards the adaption of video consultations in the general practice, have been based on economic incentives. Despite these efforts, the adaption of video consultations in the general practice are yet to be successful. Therefore, this master thesis aims to fabricate a solution that is not only based on economic incentives, but also on other motivational factors that the general practitioners might have. These are identified as intrinsic and pro-social motivation.

The master's thesis gathers its empirical evidence through a cross-sectional process, in which four doctors have been interviewed. These interviews are then coded and analyzed on the basis of the theoretical perspective that includes decision theory, motivational theory and the Technology Acceptance Model.

It is found that the general practitioners are mainly motivated by intrinsic motivational factors and pro-social factors, while economic incentives seem to have an impact, only in the indirect way, that they reinforce the two other factors. Therefore, the master's thesis concludes, that the solution to the adaptation of video consultations in the general practice, must include the satisfaction of the general practitioners intrinsic and pro-social motivation as well as economic incentives. The objective of the solution should be to enhance the general practitioners' norms about video

consultations, by increasing their ease of use, including them in the educational process of new general practitioners, and by shaping the economic incentives so that they create a crowding-in effect on the two before mentioned factors.

1. Indledning

Den 11. marts 2020 foretog regeringen en nedlukning af Danmark. I forbindelse med COVID-19 nedlukningen af Danmark blev almen praksis lukket ned for fremmødekonsultationer af ikke-kritiske patienter (Nord-KAP, 2021, s. 8). Dermed blev de praktiserende læger nødt til at substituere disse med andre konsultationsformer. I marts måned steg antallet af anvendte videokonsultationer derfor med 6.000% i Region Nordjylland (Ibid.). PLO og Danske Regioner havde ellers forsøgt i flere år at få lægerne til oftere at foretage videokonsultationer, hvilket dog ikke havde lykkedes. Dermed krævede det en pandemi for at lægerne adapterede videokonsultationer i almen praksis, som en del af den digitale transformation, som kan være nødvendig for at sikre lægedækningen i yder- og landkommunerne (PLO & Danske Regioner, 2020, s. 6). Tidligere løsningsforslag har nemlig ikke løst udfordringen med at flere praktiserende læger fravælger at etablere praksis i yder- og landkommunerne (Ibid.).

I starten af COVID-19 nedlukningen etableres der en videokonsultationsløsning i Min Læge app'en, hvorfor stort set alle danskere har mulighed for at deltage i en af disse. Efter at almen praksis åbnede op for ikke-kritiske patienter faldt antallet af videokonsultationer igen markant (Nord-KAP, 2021, s. 8-15). Dermed havde lægerne ikke foretaget en digital transformation, men blot anvendt videokonsultationer, da dette var den eneste mulighed. Den eksisterende litteratur, omkring videokonsultationer, beskriver ellers, hvordan mange undersøgelser har etableret, at der er mange fordele ved videokonsultationer. De væsentligste er øget tilgængelighed for borgeren og øget fleksibilitet for borger og praktiserende læge (Ibid.). Disse fordele er dog størst for borgerne. Det er lægerne som screener og booker tider til videokonsultationer og det er dermed lægerne, som kan udvælge flere borgere der kan anvende videokonsultationer (MedCOM, 2020, s. 35).

Dermed må der være nogle barrierer, som påvirker lægerne til at fravælge videokonsultationer, til fordel for andre konsultationsformer. Dette speciales undren er derfor, hvilke barrierer der får de praktiserende læger til at fravælge videokonsultationer og hvordan disse kan nedbrydes. Det teoretiske udgangspunkt for at nedbryde disse barrierer er altså, at de praktiserende læger skal vælge disse. Dette kan gøres gennem motivation af de praktiserende læger, da motivation er drivkræft for beslutninger (Berg-Sørensen, Grøn & Hansen, 2016, s. 373). Dermed antager specialet at

beslutningerne er forankret i rational-choice og de analytiske tilgange til beslutningsteori, som denne tilhører. Det vil sige, at lægerne træffer deres beslutninger på baggrund af deres præferencer, den tilgængelige information og restriktioner (Nannestad, 2009, s. 843). Specialet anerkender dog, at normer også har en betydning for, hvordan beslutninger træffes, hvorfor den rationelle tilgang betragtes som en del af Bounded Rationality (Simon, 1945). Denne tilgang beskriver, hvordan lægerne ikke kan forventes at have adgang til al information eller de tilgængelige ressourcer til at træffe en fuldstændig rationel beslutning (Ibid.).

Derfor vil specialet undersøge nedbrydelsen af barriererne på baggrund af de tre motivationsformer, ekstrinsisk, intrinsisk og prosocial motivation. Disse beskriver hvordan løsningsforslag kan appellere til de eksterne og interne faktorer og hvilken af disse der vil være mest effektiv. Dette vil understøttes af TAM2-modellen, som beskriver hvordan adaption af ny teknologi foregår (Davis & Venkatesh, 2000, s. 187-192). Ifølge den eksisterende litteratur er de tre største barrierer for adaption af videokonsultationer i almen praksis: de økonomiske strukturer, lægernes ressourcer og øget ulighed i sundhed (Nord-KAP, 2021, s. 8-15). Dette vil undersøges gennem kvalitative interview med praktiserende læger, som vil beskrive deres motivationsfaktorer og erfaringer med videokonsultationer.

Dermed er specialets formål at etablere de primære barrierer for adaption af videokonsultationer i almen praksis og gennem empiriske interview at undersøge, hvordan de praktiserende læger motiveres med henblik på at analysere disse til at udarbejde et samlet løsningsforslag, som kan nedbryde de observerede barrierer.

2. Problemfelt

Der har de senere år været meget fokus på lægemanglen i Danmark. I denne periode er de praktiserende læger samtidig blevet ældre i gennemsnit og er søgt fra land- og yderkommunerne til byerne (PLO, 2020, s. 3-4). Dette har resulteret i, at store dele af Nordjylland er en del af de lægedækningstruede områder. Samtidig er befolkningssalderen steget markant i disse områder (dst.dk/FOLK1A). Udviklingen kræver dermed løsninger, som kan bringe befolkningen i disse områder tættere på sundhedsvæsenet og særligt de praktiserende læger. Udviklingen har dog vist, at de praktiserende læger ikke ønsker at etablere praksis i yder- og landkommunerne. De praktiserende læger skal nemlig i fremtiden i højere grad være befolkningens indgang til og tovholder i sundhedsvæsenet (PLO & Danske Regioner, 2020, s. 4-5). Dette kræver alternative løsninger, som kan give disse borgere en øget tilgængelighed til almen praksis gennem en digital transformation med fokus på at adaptere ny teknologi:

”F.eks. vil en patient med en kendt problemstilling i fremtiden fint kunne få en videokonsultation sidst på dagen med en af klinikkens sygeplejersker, fremfor at skulle bruge en halv arbejdsdag på at møde op i klinikken for en kort konsultation. Digitale løsninger anvendes til at give mere fleksibilitet for borgerne f.eks. gennem online booking og et relevant miks af forskellige konsultationsformer, digitale som fysiske.” (PLO & Danske Regioner, 2020, s. 6).

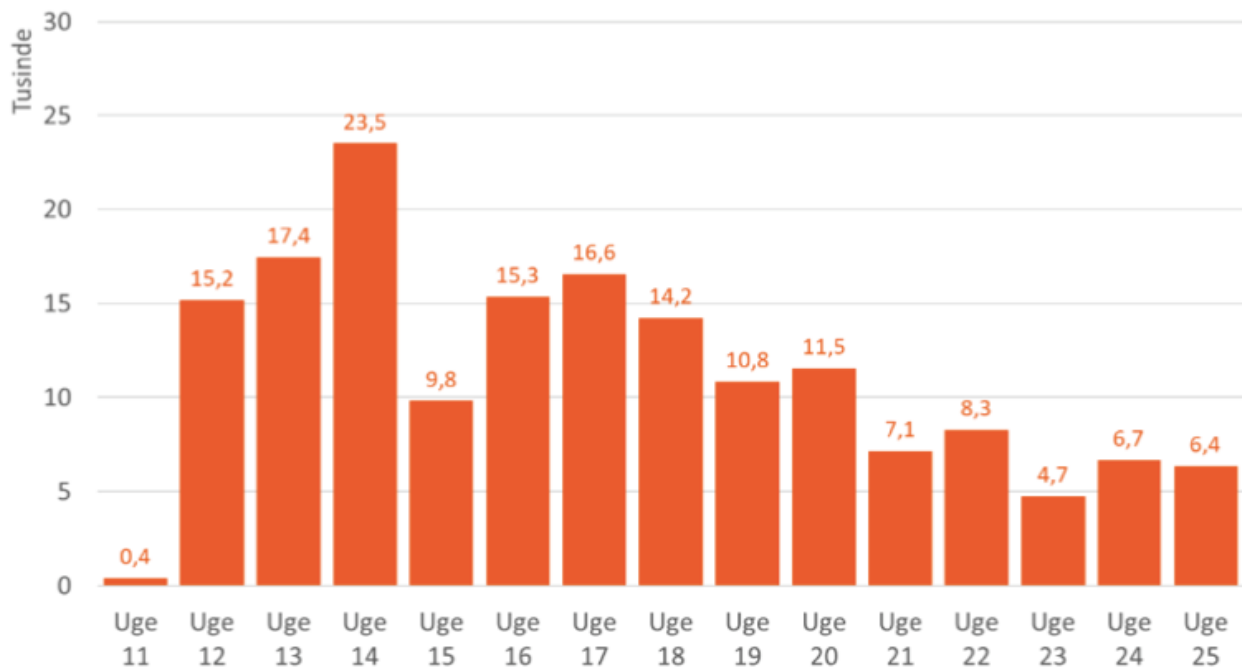
Dermed må der forventes at skulle findes alternative løsninger til, hvordan almen praksis kan sikres i disse områder, for at undgå en stigning i uligheden i sundhed mellem land og by. Tidligere er det forsøgt at løse lægemanglen ved at gøre det lettere at ansætte flere læger i almen praksis. Dermed skal lægerne ikke binde sig til et bestemt område, men kan ansættes af andre læger for at undersøge, hvordan dette virker for den enkelte. Derudover er der etableret incitamenter for ældre læger til at blive flere år i almen praksis og et øget honorar ved at have en klinik i bestemte land- og yderkommuner. Der er også blevet oprettet flere uddannelsespladser i almen medicin, som samtidig er blevet omstruktureret (PLO, 2020, s. 1-5). Dette har dog ikke haft den ønskede effekt, da flere uddannelsespladser langt fra byerne ikke bliver besat og flere læger stadig vælger at have praksis tættere på byerne (Ibid.). Dermed er der behov for alternative og moderne løsninger. Seneste løsning på denne udfordring er, som beskrevet i Danske Regioner og PLO's vision for

almen praksis i 2030, at de digitale konsultationsformer kan øge tilgængeligheden i de lægedækningsstruede områder (PLO & Danske Regioner, 2020, s. 6). Dette er en nærliggende løsning, da Danmark er et af de lande i verden, som er mest digitaliserede indenfor sundhedsvæsenet og dermed ville et øget antal af digitale konsultationer kunne løse nogle af udfordringerne med lægemanglen i yder- og landkommunerne (Gjødso, Langstrup, Høyer, Kayser & Vrangbæk, 2021, s. 27). Denne øgede tilgængelighed har den konsekvens for lægerne, at dynamikken ændres mellem borger og praktiserende læge. Tidligere var konsultationsformen i almen praksis organiseret omkring og fordelagtig for lægerne, hvor de største fordele ved videokonsultationer henvender sig til borgerne (Nord-KAP, 2021, s. 29).

En af de centrale digitale løsninger forventes at være videokonsultationer, som kan anvendes af praktiserende læger til allerede kendte patienter. Tidligere havde Danske Regioner en målsætning om, at hver tredje konsultation skulle foretages digitalt (Helsedirektoratet, 2018, s. 32-33). Hvis dette skal være tilfældet, skal videokonsultationer spille en central rolle. Dette skyldes, at tidligere undersøgelser i Danmark, Norge, England og Skotland har vist, at videokonsultationer er det bedste supplement til en fremmødekonsultation (Nord-KAP, 2021, s. 24). Derudover er der i alle disse undersøgelser fundet en række positive effekter. De mest centrale af disse er øget tilgængelighed, nedsat transporttid for borgeren og øget fleksibilitet for både læge og borger (Ibid., s. 29). Derudover kan der være en række positive samfundsøkonomiske effekter ved den nedsatte transporttid og ikke-tabte arbejdstid ved at foretage konsultationerne via video (Helsedirektoratet, 2018, s. 103).

Dermed er der mange positive effekter ved at foretage videokonsultationer for både borgere, læger og samfundsøkonomien. På trods af dette blev der blot afholdt 18 videokonsultationer i Region Nordjylland i januar og februar 2020 (Nord-KAP, 2021, s. 8). Dette tal steg markant efter nedlukningen af Danmark 11. marts 2021 i forbindelse med COVID-19 pandemien. I Nordjylland steg antallet fra 9 pr. måned til 6.232 i marts måned (Ibid.). Udviklingen er illustreret for hele Danmark i Figur 1, hvor antal videokonsultationer i dagstid kan observeres.

Figur 1 - Antal videokonsultationer i dagstid fordelt på uger i 2020.



Kilde: PLO, 2020, s. 3.

Det var altså primært i de første uger efter COVID-19 nedlukningen, at der blev anvendt mange videokonsultationer. Da sommeren nærmede sig, faldt antallet af videokonsultationer igen. I denne periode blev *Min Læge* app'en ellers udviklet til at kunne håndtere foretagelse af videokonsultationer, så næsten alle danskere havde adgang til disse (Ibid.). Nedgangen i videokonsultationer resulterede i en empirisk undring i dette speciale, da der, som tidligere beskrevet, er mange etablerede fordele ved at anvende videokonsultationer, særligt for borgerne. Dermed må der være en række markante barrierer som forhindrer, at udviklingen efter uge 11 ikke, som minimum, har kunne opretholdes. Som tidligere nævnt, er fordelene ved videokonsultationer størst for borgerne, hvorfor det må forventes, at disse ønsker at opretholde udviklingen efter COVID-19. Dermed må det forventes, at det er de praktiserende læger som oplever de mest markante barrierer og i den forbindelse kan medvirke til at nedbryde disse.

2.1 Hvilke aktører kan sikre et øget antal videokonsultationer?

Som nævnt ovenfor er de infrastrukturelle forudsætninger, for foretagelse af videokonsultationer, allerede etableret gennem *Min Læge* app'en. Dermed må der være nogle barrierer blandt

aktørerne, som resulterer i at der ikke foretages flere videokonsultationer. Derfor er formålet med dette afsnit at etablere, hvilke aktører der kan sikre et øget antal videokonsultationer.

Der er to centrale aktører i forbindelse med afholdelse af videokonsultationer: borgeren og lægen. For at etablere, hvilken af disse der kan påvirke antallet af videokonsultationer mest, er det nødvendigt at undersøge, hvilken af aktørerne der har ansvar for booking af tider og valg af konsultationstype. Det er muligt ved mange læger i Danmark at booke tider direkte på nettet til praktiserende læge (Lægevejen, u.å., ¶Om Lægevejen.dk). Ifølge tidligere danske undersøgelser udvælger de fleste praktiserende læger bestemte borgere, som de mener kan have glæde af en videokonsultation (MedCOM, 2020, s. 35). Dermed kan borgerne selv booke tider til konsultationer, men det er de praktiserende læger der, i de fleste tilfælde, vælger, hvem der tilbydes videokonsultationer. Borgerne kan dermed kun foreslå at anvende videokonsultationer, hvor det altid vil være en lægefaglig vurdering om dette er muligt.

Dette speciales udgangspunkt er derfor, at det er de praktiserende læger der i dagligdagen kan ændre antallet af videokonsultationer og det er dermed blandt disse, at de primære barrierer skal identificeres. Fordelene ved videokonsultationer er tidligere beskrevet kort og er etableret i flere danske og udenlandske undersøgelser. Der er tidligere foretaget mange undersøgelser af, hvordan både de praktiserende læger og borgerne har oplevet og anvendt videokonsultationer. Dette speciale tager udgangspunkt i seks undersøgelser og en artikel, som beskriver og danner overblik over syv andre undersøgelser. Et overblik over de anvendte undersøgelser kan findes i Bilag 1. Disse undersøgelser bygger primært på kvantitativ forskning, da formålet har været at danne overblik over lægernes og borgernes holdning til og erfaringer med videokonsultationer i almen praksis. En af disse undersøgelser er foretaget af Nord-KAP, som er Region Nordjyllands enhed for kvalitet i almen praksis. Denne undersøgelse beskriver ligeledes det øvrige forskningsfelt indenfor videokonsultationer (Nord-KAP, 2021, s. 3-5). Det beskrives i denne rapport, hvordan de største fordele er øget tilgængelighed og fleksibilitet. Disse fordele er, som tidligere beskrevet, størst for borgerne. Undersøgelserne har det til fælles, at de primært fokuserer på de største fordele og gode erfaringer med anvendelse af videokonsultationer.

Dermed er det etableret i den tidligere litteratur, at videokonsultationer kan have særligt to positive effekter for borgerne. Alligevel anvendes disse ikke i det omfang, som Danske Regioner og PLO havde forventet og håbet på. Derfor må der være nogle barrierer, som påvirker de praktiserende læger til at vælge andre konsultationsformer. De mest etablerede barrierer i de tidligere undersøgelser er lægernes *honorering, øget ulighed i sundhed og lægernes ressourcer samt arbejds-gange*. Nord-KAP's undersøgelse beskriver, hvordan de praktiserende læger oplever, at de bruger for meget tid ved at bruge videokonsultationer. Dette beskrives i de fleste undersøgelser, hvor teknologiske udfordringer kan resultere i, at lægerne bruger for meget tid (Nord-KAP, 2021, s. 24). MedCOM's undersøgelse beskriver også, at der kan være mange udfordringer med, at der anvendes for meget tid til booking og screening af borgerne samt evt. oplæring af nye patienter (MedCOM, 2020, s. 35). Den anden af de markante barrierer er, hvordan det vil påvirke lægernes økonomi, hvis de vil anvende video oftere. De praktiserende læger frygter, at en øget anvendelse af videokonsultationer kan have en negativ effekt på deres økonomi, særligt ved anvendelse af samtaleforløb (Ibid., s. 35-45). Det er ellers ved kronisk syge borgere med mange samtaleforløb og opfølgende samtaler, at videokonsultationer kan være særligt effektive (Ibid.). Den sidste barriere er frygten for, at den øgede tilgængelighed kan skabe en øget ulighed i sundhed. Dette sker med baggrund i, at de borgere med de fleste ressourcer muligvis vil udnytte denne tilgængelighed til at have flere kontakter med almen praksis, uden at være mere syge (Ibid.). Dermed vil dette potentielt have den effekt, at mere syge borgere med færre ressourcer ikke får mulighed for at komme i kontakt med lægen, hvis det er nødvendigt. Disse barrierer og de tidligere undersøgelser vil beskrives nærmere i Afsnit 5.

Dette speciale ønsker med afsæt i ovenstående at undersøge disse tre centrale barrierer. Disse vil undersøges gennem kvalitative interview, med de praktiserende læger, da dette tillader en nærmere beskrivelse af, hvordan barriererne kan nedbrydes. Denne tilgang er blandt andet valgt, da specialet har observeret et research-gap i litteraturen omkring barriererne og særligt, hvordan disse kan nedbrydes. Derudover er der foretaget mest kvantitativ forskning indenfor feltet, hvorfor de største fordele og barrierer allerede er præcist beskrevet. Derfor bør denne forskning suppleres af kvalitativ forskning med empirisk afsæt i denne viden, som dette speciale er et eksempel på.

Min Læge app'en har sørget for, at de infrastrukturelle betingelser er til stede for at kunne foretage flere videokonsultationer. Med baggrund i dette ønsker specialet, med udgangspunkt i de praktiserende læger, at undersøge, hvilke barrierer der har resulteret i, at der ikke foretages flere videokonsultationer og hvordan disse kan nedbrydes.

Til at belyse dette vil specialet anvende beslutningsteori med afsæt i *rational-choice*, *motivations-teori* og *TAM2-modellen*. Afsættet for specialets antagelser om lægernes beslutninger er, at de som udgangspunkt er rationelle. Det kan dog ikke forventes, at lægerne har al information tilgængelig eller, at de har tilstrækkeligt med ressourcer til rådighed til at opveje fordele og ulemper ved alle konsultationstyper (Simon, 1945). Dermed kræves der andre indsatser, hvis lægerne skal påvirkes til at beslutte at foretage flere videokonsultationer. Dette kan gøres ved at appellere til lægernes motivation. Det er muligt at appellere til lægernes motivation, da lægernes præferencer udspringer af denne (Nannestad, 2009, s. 835-844). Lægerne har en række mål, som er defineret ved præferencerne og, som lægerne qua specialets fokus på *rational-choice*, forventes at agere nyttemaksimerende ud fra, altså at opnå målene med færrest midler. Dermed skal løsningsforslag, som er udarbejdet med fokus på at forsøge at nedbryde de tre barrierer, appellere til lægernes præferencer indenfor belønning, arbejdsgange og interesse (Ibid.).

Dette teoretiske perspektiv er analytisk indenfor beslutningsteori. Som en kritik af denne tilgang er de anarkistiske tilgange indenfor dette felt. Indenfor denne tilgang er beslutninger i højere grad opbygget omkring kompromisser, da der kan være konflikt omkring information, interesser og præferencer (Simon, 1945). Dermed er der fokus på andre aspekter af beslutningsprocessen, hvor mere ubevidste faktorer, som normer, værdier, traditioner og kultur har en indvirkning på den endelige beslutning. Specialet er bevidst om disse faktorer, men antager at lægerne primært er bevidste og rationelle ud fra den tilgængelige information og ressourcer (Ibid.). På baggrund af dette antages det, at lægerne delvist bevidst fravælger videokonsultationer til fordel for andre konsultationstyper. Specialet forholder sig til denne kritik, omkring de ubevidste faktorer, ved at inddrage TAM2-modellen, da denne også beskriver disse. Den videre empiriindsamling vil derfor primært tage udgangspunkt i de bevidste faktorer, men også forsøge analytisk at undersøge, hvordan dele

af de ubevidste faktorer påvirker adaptionen af videokonsultationer i almen praksis. Dermed vil det undersøges, hvordan lægerne kan motiveres til rationelt at tilvælge videokonsultationer i en hverdag, hvor der er begrænsede ressourcer og information tilgængelig.

Specialets udgangspunkt er derfor, at lægerne skal motiveres til at visitere og udvælge flere borgere, som egner sig til videokonsultationer. Dette kan gøres gennem forskellige typer af motivation, hvor faktorer som betaling, normer, antagelser om borgerne, teknologien og ulighed i sundhed alle påvirker de praktiserende lægers motivation. Dette giver afsæt for specialets empiriske forskningsspørgsmål:

Hvad er de mest centrale barrierer, for de praktiserende læger, i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis?

Specialet vil kredse omkring dette empiriske spørgsmål. Forskningsspørgsmålet tager udgangspunkt i, at der eksisterer en række barrierer for de praktiserende læger. Disse skal nedbrydes, hvis de praktiserende læger skal vælge at foretage flere videokonsultationer. Udgangspunktet for dette er, at de praktiserende læger skal motiveres til at vælge videokonsultationer. Motivationsteori er udvalgt på baggrund af specialets antagelse om, at lægerne træffer nyttemaksimerende beslutninger på baggrund af den information og de ressourcer, som er tilgængelig. Lægerne kan motiveres på tre måder gennem: *ekstrintisk*, *intrinsisk* eller *pro-social motivation* (Berg-Sørensen, Grøn & Hansen, 2016, s. 373-377). Alle læger vil være motiveret af dele af alle tre motivationstyper og i den forbindelse ønsker specialet at identificere de praktiserende lægers primære motivation, da denne vil være afgørende for specialets løsningsforslag til at nedbryde barriererne.

2.2 Teoretisk problematisering

Med afsæt i ovenstående beskrivelse af de mest centrale aktører, vil der nu rettes fokus mod specialets teoretiske problematisering. Dette sker med baggrund i det teoretiske spændingsfelt, som specialet vil undersøge, med afsæt i beslutningsteori med særligt fokus på motivation og hvordan individer forholder sig til ny teknologi.

Det teoretiske afsæt i dette speciale bygger på rational-choice, motivationsteori og TAM2-modellen. TAM2-modellen skal, som nævnt ovenfor, styrke det teoretiske perspektiv i dette speciale ved at beskrive, hvilke særlige forhold der gør sig gældende ved adaption af ny teknologi, i dette tilfælde videokonsultationer, for de praktiserende læger. Det centrale ved anvendelsen af denne teori er at analysere, hvordan lægerne oplever den nye teknologi og dermed deres villighed til at adaptere denne i deres hverdag (David & Venkatesh, 2000, s. 188). TAM2-modellen er i udgangspunktet rationel, da denne beskriver forskellige faktorer, som tilsammen danner et overblik, hvor den enkelte læge kan opveje fordele og ulemper og dermed beslutte om de ønsker at adaptere teknologien. Ligeledes styrker TAM2 teorien ved at understøtte beslutnings- og motivationsteorien med en forklaring på, hvorfor de praktiserende læger kan fravælge videokonsultationer. Modellen tager højde for normer, image, anvendelighed (både for borger og læge), erfaringer, kvalitet og jobrelevans (Ibid.). TAM2-modellen er en meget anvendt teori til at beskrive, hvilke eksterne faktorer som påvirker adaption af ny teknologi indenfor sundhedsvæsenet (Holden & Karsh, 2010, s. 159-160). Dermed kan modellen bidrage med en forståelse af, hvordan teknologiske forandringer kan medvirke til, at videokonsultationer ikke anvendes i så høj grad som forventet.

Rational-choice bidrager med en antagelse om, at de praktiserende læger som udgangspunkt er nyttemaksimerende og dermed rationelle ud fra de tilgængelige ressourcer og information (Nannestad, 2009, s. 841). Dermed antages det i dette speciale, at lægerne som udgangspunkt er rationelle med baggrund i deres præferencer, restriktioner og den tilgængelige information. Det vil sige, at lægerne vil forsøge at opnå deres mål ved hjælp af så få ressourcer som muligt (Ibid., s. 841-843). På baggrund af disse antagelser om lægernes beslutningsproces kan lægerne motiveres på forskellig vis. Det er dermed centralt, at strukturerne omkring økonomi, teknologi og hvordan videokonsultationer tilpasses lægernes motivation, da det ikke kan forventes, at lægerne udelukkende handler efter at være egennyttmaksimerende.

Teoretisk skelnes der mellem tre typer af motivation: ekstrinsisk, intrinsisk eller pro-social motivation. Lægerne vil dog altid være motiveret af en blanding af de tre, men det mest effektive opstår, hvis ændringerne appellerer til lægernes primære motivationsform (Berg-Sørensen, Grøn & Hansen, 2016, s. 373). Da lægerne udfører en offentlig sundhedsydelse, må det forventes, at lægerne

primært vil være pro-socialt motiveret, nærmere bestemt public-service motiveret (Andersen & Pedersen, 2017, s. 373). Det vil sige, at lægerne vil være motiveret af at tilbyde de ydelser som de anser, som de mest hensigtsmæssige for borgerne og som stemmer overens med lægernes præferencer, information og de tilgængelige ressourcer.

Dette har dog ikke muligt at observere i praksis, da lægerne fik de infrastrukturelle forudsætninger for at foretage videokonsultationer, men stadig ikke anvender disse i høj grad, på trods af, at den eksisterende forskning argumenterer for at disse er gavnlige for borgerne. På baggrund af denne observation må lægerne derfor, i højere grad end forventet, være motiveret intrinsisk eller ekstrinsisk. Alternativt oplever lægerne videokonsultationer som mindre anvendelige, i praksis, end beskrevet i tidligere forskning. Derfor ønsker specialet at undersøge i, hvor høj grad lægerne er motiveret af hver af de tre motivationsformer for med afsæt i denne motivationsform at udforme et løsningsforslag. Undersøgelsen foretages med henblik på at udarbejde løsningsforslag, som kan øge antallet af videokonsultationer, gennem en øget motivation af de praktiserende læger. Med afsæt i denne empiriske og teoretiske undren, og ambitionen om at udarbejde relevante løsningsforslag, præsenteres hermed specialets problemformulering samt forskningsspørgsmål.

2.3 Problemformulering

Ovenstående teoretiske og empiriske overvejelser, samt overvejelser omkring almen praksis og videokonsultationer, som undersøgelsesfelt, medfører følgende problemformulering og forskningsspørgsmål:

Hvad er de mest centrale barrierer, for de praktiserende læger, i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis og hvordan kan lægerne motiveres til at nedbryde disse?

1. Hvad er de praktiserende lægers primære motivation for deres erhverv og føler de, at deres tid anvendes hensigtsmæssigt ved at foretage videokonsultationer?
2. Hvordan vurderer de praktiserende læger, at en øget anvendelse af videokonsultationer vil påvirke uligheden i sundhed?
3. Hvordan påvirker den nuværende økonomiske honorarstruktur antallet af videokonsultationer, som foretages i almen praksis?

Udover de beskrevne forskningsspørgsmål vil specialet udarbejde løsningsforslag til hver af de tre forskningsspørgsmål, for at nedbryde alle barriererne og dermed motivere lægerne til at anvende videokonsultationer. Problemformuleringen og forskningsspørgsmålene er udarbejdet med baggrund i tidligere forskning omkring de tre væsentligste barrierer omkring videokonsultationer, som er beskrevet tidligere, og feltet indenfor motivationsteori. Forskningsspørgsmål 1 omhandler de praktiserende lægers motivation i deres daglige arbejdsgange. Med afsæt i intrinsisk motivationsteori og tidligere forskning undersøges det derfor, hvorvidt lægerne anser videokonsultationer som gavnlige i deres hverdag og om dette stemmer overens med deres primære motivation. Samtidig undersøges TAM2-modellens faktorer angående erfaringer, normer, output samt relevansen for lægernes daglige arbejde. Forskningsspørgsmål 2 undersøger, hvordan lægerne anser uligheden i sundhed ved at øge tilgængeligheden til almen praksis. Dette spørgsmål henvender sig til lægernes pro-sociale motivation og tager afsæt i den tidligere forskning omkring tilgængelighed og, hvordan dette kunne forfordelte bestemte sociale grupper. TAM2-modellens faktorer omkring normer og demonstration af resultater indgår også i analysen af dette forskningsspørgsmål. Forskningsspørgsmål 3 omhandler den økonomiske honorarstruktur og tager afsæt i lægernes ekstrinsiske motivation og hvordan denne påvirker deres adaption af videokonsultationer. TAM-2 modellens faktor vedrørende frivillighed undersøges ligeledes i den forbindelse. Dermed skal forskningsspørgsmålene sikre, at alle tre motivationsformer, de tre mest centrale barrierer og alle eksterne faktorer i TAM2-modellen undersøges for at opnå de mest valide resultater. Som tidligere nævnt forventes det at være de praktiserende læger som kan have en direkte effekt på, hvor mange videokonsultationer der foretages.

Digital transformation er dermed forskningsfeltet for dette speciale, da det beskriver nogle forandringer baseret på teknologi. Dette kan potentielt ændre relationen mellem læger og borgere, kulturen, traditionerne og dermed de værdier, som lægerne arbejder ud fra (Enterprises Projekt, u.å., ¶What is digital transformation? - Ny art.). Dermed ændres nogle grundlæggende antagelser, hos de praktiserende læger, når ny teknologi skal adapteres. I dette speciale er denne nye teknologi, som tidligere nævnt, videokonsultationer i almen praksis. De praktiserende læger skal dermed tilpasse deres arbejdsgange til denne nye virkelighed, hvis de vælger at adaptere denne nye

teknologi. Der er dog en usikkerhed forbundet med dette skifte (Ibid.), hvorfor de praktiserende læger skal have etableret præferencer og have et mål om, at videokonsultationer er det mest hensigtsmæssige før anvendelsen af disse, vil stige. Da det ikke vil være hensigtsmæssigt at tvinge lægerne til at anvende videokonsultationer, er det i stedet nødvendigt at motivere lægerne til oftere at vælge disse. Derfor er det centralt først at etablere, hvordan lægerne primært motiveres med baggrund i de udfordringer, som disse oplever i forbindelse med afholdelse af videokonsultationer. Dette speciale vil derfor undersøge videokonsultationer, som en digital transformation med fokus på, hvordan lægerne kan motiveres til at adaptere denne teknologi. Specialet vil dermed ikke undersøge de tidligere nævnte udfordringer i forhold til kultur, traditioner og værdier, selvom specialet anerkender, at disse har en påvirkning på lægernes tilbøjelighed til at anvende videokonsultationer. I stedet vil det undersøges, hvordan lægerne skal motiveres til at anvende videokonsultationer ved at gøre det rationelt for dem at anvende disse for at opnå deres mål.

De tre forskningsspørgsmål er baseret på de tre motivationsformer, som er præsenteret kort tidligere i afsnittet. Disse skal anvendes til at strukturere analysen for at sikre, at forskningsspørgsmålene tilsammen udgør en besvarelse på den samlede problemformulering. På baggrund af ovenstående problemformulering ønsker specialet at identificere barriererne for videokonsultationer og gennem empiriske undersøgelser, med afsæt i motivationsteori, at påvise, hvordan disse barrierer ville løses mest effektivt gennem målrettet motivation af lægernes primære motivationsformer. Dermed forventes det at det er muligt at påvirke lægerne til at adaptere denne teknologi, hvis den tilgængelige information eller strukturerne omkring økonomi, tid eller anvendeligheden forbedres. Hvis disse ændres, med baggrund i lægernes primære motivation, vil det altså blive mere rationelt for lægerne at anvende videokonsultationer, for at opnå deres mål. Dermed vil lægerne foretage flere videokonsultationer på baggrund af nyttemaksimering.

2.4 Læsevejledning

Afsnit 1 – Indledning.

Afsnit 2 – Problemfelt. I problemfeltet bliver specialets forskningsfelt, teoretiske problem, forskningsspørgsmål og problemformulering præsenteret.

Afsnit 3 – Teori. I dette afsnit præsenteres specialets teoretiske perspektiv, som der vil blive benyttet i analysen og diskussionen af problemfeltet.

Afsnit 4 – Metode. I metodeafsnittet bliver det præsenteret, hvordan specialets problemfelt vil blive undersøgt.

Afsnit 5 – Baggrund for indførelsen af videokonsultationer. I dette afsnit bliver der præsenteret en række baggrundsinformationer om casen, samt tidligere forskning om emnet.

Afsnit 6 – Analyse af interviews. Dette afsnit beskriver de kvantitative målinger som der er blevet foretaget på baggrund af specialets kvalitative undersøgelser.

Afsnit 7 – De praktiserende lægers primære motivation. I dette afsnit bliver specialets første forskningsspørgsmål analyseret og diskuteret.

Afsnit 8 – Public-service motivation i almen praksis. Dette afsnit analyserer og diskuterer specialets andet forskningsspørgsmål.

Afsnit 9 – De økonomiske honorarstruktureres påvirkning på adaption af videokonsultationer. I dette afsnit bliver specialets tredje og sidste forskningsspørgsmål analyseret og diskuteret.

Afsnit 10 – Diskussion af motivationsformerne. Dette afsnit opsummerer resultaterne af afsnit 7, 8 og 9, samt diskuterer hvordan disse kan bidrage til besvarelsen af problemformuleringen.

Afsnit 11 – Konklusion. I dette afsnit bliver problemformuleringen besvaret.

Afsnit 12 – Efterrationalisering. Dette afsnit beskriver hvordan der kan arbejdes videre med de resultater som specialet kommer frem til. Derudover inkluderer dette afsnit også en diskussion af hvordan de metodiske dispositioner i specialet har påvirket dets resultater.

3. Teori

Det teoretiske perspektiv skal beskrive, hvordan dette speciale anser beslutnings- og motivations-teori for derefter at undersøge dette empirisk.

3.1 Beslutningsteori

Det teoretiske udgangspunkt for dette speciale er beslutnings- og motivationsteori. I den beslutningsteoretiske forskning bliver der typisk skelnet mellem analytiske og anarkistiske tilgange (Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada & Saint-Macary, 1995). De analytiske tilgange betragter individers beslutningsproces som en struktureret proces, hvori alle alternativer og konsekvenser bliver bevidst vurderet af individet og en beslutning omkring, hvorvidt den givne beslutning skal træffes eller ej, bliver udarbejdet heraf (Simon, 1945). Individer som agerer på baggrund af denne tilgang beskrives som *The Economic Man*. Dermed vil konsekvenserne ved at foretage en given handling få, indvirkning på, hvilken beslutning individet træffer. For at kunne foretage en analyse baseret på *The Economic Man* er det dermed også nødvendigt at antage, at individet er fuldt bevidst omkring alle konsekvenserne og alternativerne, der er forbundet med den givne beslutning. Dette er dermed en tilgang som antager, at individer vil træffe en beslutning på baggrund af en sammenligning af alternativernes konsekvenser og vælge den, som har de færreste konsekvenser. Kritikken af denne tilgang er dog, bl.a. at det ikke er realistisk at antage, at individer har adgang til al den nødvendige information til at kunne trække den mest rationelle beslutning. Dermed har de ikke mulighed for at foretage en præcis vurdering af konsekvenserne og alternativerne, som er nødvendige i forhold til at kunne foretage en beslutning ud fra en analytisk tilgang (Lindblom, 1959).

Denne kritik har inspireret til den anarkistiske tilgang indenfor beslutningsteori, også kaldet *The Administrative Man*. Denne retning tager udgangspunkt i, at der er en række modstridende mål som påvirker hinanden. Da de forskellige aktører er nødt til at blive enige om et kompromis, kommer deres evne til at indgå dette, til at påvirke beslutningsprocessen. Beslutningen bliver dermed ikke nødvendigvis den med færrest konsekvenser, men den som aktørerne kan blive enige om (Simon, 1945). Som Simon beskriver, vil individer dog sjældent anvende en udelukkende analytisk eller anarkistisk tilgang i deres beslutningsproces, da individer bl.a. er begrænset af deres færdigheder, normer, ressourcer og viden (Ibid.). Dette fænomen kaldes *Bounded Rationality*, som

beskriver, hvordan individers rationalitet i praksis er begrænset. Da dette speciale anerkender, at det, i praksis, ikke er muligt for de praktiserende læger at være bekendte med al den relevante information, er afsættet for dette speciale, at de praktiserende læger forventes at agere inden for en *Bounded Rationality* tilgang til beslutningsprocessen.

3.2 Rational-choice

For at skabe de bedste forudsætninger til at identificere hvilke løsningsforslag der, i sidste ende, kommer til at skabe den mest mærkbare effekt på brugen af videokonsultationer i almen praksis, vil der i de følgende afsnit blive gennemgået en række teoretiske retninger. Disse vil danne grundlag for forståelsen af, på hvilken baggrund individer træffer deres beslutninger. Den formegentlig mest udbredte teoretiske retning indenfor denne beslutningsteori er rational-choice (Nannestad, 2009, s. 838). Rational-choice bidrager med en række antagelser omkring individer, som danner grundlag for foretagelsen af analyserne i dette speciale. Det er de samme antagelser som benyttes i analysen af den kvalitative data, som indsamles i forbindelse med tilblivelsen af specialet. I de kommende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan rational-choice retningen påvirker dette speciale. I samme ombæring vil der også præsenteres en række kendte kritikpunkter af retningen med henblik på at forklare, hvordan specialet forholder sig til disse og dermed danne grundlag for, hvorfor netop denne retning er udvalgt.

Der findes flere forskellige fortolkninger af, hvordan rational-choice skal forstås. Den amerikanske nobelprismodtager i økonomi fra 1986, James Buchanan, og professor Gordon Tullock, er nogle af ophavsmændene til den såkaldte *Virginiaske*, som forstår rational-choice ud fra en politisk højreorienteret betragtning (Buchanan, 1986). Andre teoretikere kritiserer dog denne retning for at være for politisk og mener i stedet at rational-choice forskning – eller *public-choice*, som de kalder det – ikke behøver at tage udgangspunkt i højreorienterede politiske synspunkter, men også kan benyttes i forskning der tager udgangspunkt i mere venstreorienterede synspunkter (Lane, 1990, s. 80). Dette speciale vil dog betragte rational-choice ud fra Dennis C. Müllers definition af begrebet. Müller betragter rational-choice som:

"The economic study of nonmarket decision making" (Müller, 1989).

Müller påpeger med andre ord, at rational-choice retningen fokuserer på at lave et økonomisk studie af adfærd i ikke-markedssituationer. En ikke-markedssituation kunne f.eks. være når der skal træffes nogle forvaltningsmæssige beslutninger omkring, hvordan brugen af videokonsultationer i almen praksis, kan blive forøget. Hermed skal der dog ikke forstås, at rational-choice er en økonomisk teori. Denne forståelse af rational-choice er godt nok inspireret af økonomiske analyser, men økonomi er ikke nødvendigvis central for analysen. I stedet skal sammenhængen mellem økonomi og samfundsvidenskab findes i ønsket om at skabe samfundsvidenskabelige modeller, som kan forklare samfundets aktørers adfærd på samme effektive måde, som økonomer kan gøre det med markedet (Nannestad, 2009, s. 840). Formålet med anvendelsen af rational-choice retningen i dette speciale er netop at bidrage til at danne grundlag for at kunne forstå lægernes adfærd og på den måde forudse, hvordan de vil forholde sig til diverse ændringer i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis.

Rational-choice retningen har fået sit navn efter en af dens helt grundlæggende antagelser, nemlig at aktører tilrettelægger deres adfærd på baggrund af en række rationelle overvejelser (Ibid., s. 841). Et begreb som beskriver dette, og som kommer til at gå igen i dette speciale, er *nyttemaksimering*. Inden for rational-choice retningen antages aktørerne at være nyttemaksimerende. Helt konkret betyder det, at aktørerne antages at have nogle mål, som de vil forsøge at opnå, samtidig med, at de holder de omkostninger, som er forbundet med opnåelsen af målet, så langt nede som muligt (Ibid.). Disse mål bliver fastlagt på baggrund af tre faktorer: præferencer, restriktioner og information (Ibid., s. 841-843). Da det er disse faktorer som tilsammen bliver til individets mål, er det relevant for dette speciale at undersøge disse. En undersøgelse af disse faktorer kan bidrage til at forstå, hvorfor de praktiserende lægers mål ser ud som de gør. Dette har relevans for de løsningsforslag, som vil blive præsenteret i analysen og diskussionen.

3.2.1 Præferencer

Når individers præferencer skal forstås, er der nogle forskelle alt efter, hvilken fortolkning af rational-choice retningen begrebet betragtes ud fra. I Virginiaskolen antages det ikke bare, at individer er nyttemaksimerende, men at de er *egennyttemaksimerende*. Heri skal det forstås, at de

præferencer som individer har, er til for at gavne dem selv. I den forbindelse fremhæver Virginia-skolen, at økonomi er en af de vigtigste faktorer, som individer søger at maksimere (Buchanan, 1986). Public-choice kritikere af denne skole påpeger dog, at individers adfærd er præget af en række andre faktorer, som ikke nødvendigvis bidrager til egennyttemaksimeringen af målene. Kritikken lyder bl.a. på, at en undersøgelse som kun antager at individer er egennyttemaksimerende, vil være for reduktionistisk (Nannestad, 2009, s. 842). Af denne årsag antages det i dette speciale ikke, at de praktiserende læger udelukkende er egennyttemaksimerende. Det antages, at egennyttemaksimering *også* spiller en rolle for de praktiserende læger, men at deres mål ikke udelukkende handler om at gavne dem selv. Det er af denne årsag, at der i det teoretiske perspektiv er inkluderet Bounded Rationality perspektivet, da dette bidrager med en forståelse af, at andre faktorer såsom manglende information og ressourcer også kan påvirke de praktiserende lægers anvendelse af videokonsultationer.

3.2.2 Restriktioner

Det er ikke kun individernes præferencer som påvirker udformningen af deres mål. Alle individer antages at være underlagt en række restriktioner. Disse restriktioner kan være mange; såsom love, normer og generelle samfundsmæssige institutioner (Ibid., s. 843), men særligt relevant for dette speciale er, at forskellige aktører kan have forskellige mål, som i nogle tilfælde påvirker hinanden. I dette speciale er denne restriktion relevant at undersøge, da det ikke er sikkert at de politiske aktørers, Danske Regioner og kommunerne, målsætninger om øget adaption af videokonsultationer, stemmer overens med de praktiserende lægers. Denne forskydning i aktørernes mål tvinger dem til at udvikle strategier, der kan bidrage til opnåelsen af deres mål (Ibid.), hvilket er et af formålene med dette speciale.

3.2.3 Information

Den sidste faktor som påvirker individernes fastsættelse af mål, er den information som de har til rådighed. Der er et par elementer i denne faktor, som påvirker omkostningerne ved at fremskaffe information og fordelen ved at have den givne information. Det må ikke være mere omkostningsfuldt at fremskaffe den givne information, end det er fordelagtigt at være i besiddelse af den (Ibid.). Hvis den akkumulerede mængde information peger på, at en given handling vil bidrage til

nyttmaksimeringen af et individs mål, vil denne handling foretrækkes. I dette speciale er denne faktor interessant da den kan forklare, hvorfor de forskellige aktører har de mål som de nu engang har. En ændring i den tilgængelige mængde information, omkring videokonsultationer, kunne dermed også påvirke deres mål. Dette er tilfældet, da de, som det blev beskrevet i afsnittet omkring Bounded Rationality, ville have bedre vilkår for at kunne identificere konsekvenserne og dermed være mere i stand til at observere fordelene ved videokonsultationer.

De tre førnævnte faktorer danner altså tilsammen grundlaget for, hvordan aktørernes mål bliver udformet. Senere i diskussionen vil analysens resultater blive undersøgt ud fra disse faktorer. Som nævnt er der dog en række kritikpunkter af rational-choice, som skal diskuteres for at give et mere nuanceret billede af valget af rational-choice retningen, som grundlag for dette speciale.

3.2.4 Kritik til rational-choice og specialets holdning til denne

Public-choice forskere kritiserer rational-choice retningen på flere punkter. Det er vigtigt at være opmærksom på disse kritikpunkter, da dele af den kan være relevant i forhold til at forstå eventuelle anomalier i forbindelse med den data som præsenteres senere. Meget af kritikken omhandler rational-choice retningens antagelse om, at aktører handler nyttmaksimerende og i nogle tilfælde egennyttmaksimerende. Sociologen Mark Granovetter kritiserede bl.a. dette ved at påpege, at denne antagelse er for reduktionistisk og dermed ikke kan benyttes til at analysere virkeligheden, da denne i langt højere grad er påvirket af en række andre faktorer, som ikke bidrager til nyttmaksimeringen af aktørernes mål. Blandt disse nævner Granovetter bl.a. personlige relationer og forpligtigelser, som kan medføre, at aktører ikke agere nyttmaksimerende (Granovetter, 1985, s. 489). Dette perspektiv kan påvirke de praktiserende lægers beslutninger og er derfor nødvendigt at overveje, senere i dette projekt, i forbindelse med analyse af den indsamlede data.

Rational-choice retningen er dog ikke det eneste teoretiske perspektiv, som vil danne grundlag for analysen og senere diskussionen. For at kunne drage nogle konklusioner, om eventuelle løsningsforslag der kan bidrage til adaption af videokonsultationer i almen praksis, er det ikke nok at konstatere, at de praktiserende læger er nyttmaksimerende, da dette blot betyder at de har nogle mål, som de vil forsøge at opnå på den mindst omkostningsfulde måde. Det er også nødvendigt at

identificere, hvilke mål de praktiserende læger søger at opnå. Med andre ord, hvad de søger at nyttemaksimere. I den forbindelse kan man med fordel benytte sig af motivationsteori, som søger at afklare, hvad der motiverer aktørerne til at foretage de handlinger som de gør. Da antagelsen er, at de praktiserende læger er nyttemaksimerende, i forhold til opnåelsen af deres mål, må deres motivation være afgørende for hvordan disse er udformet.

3.3 Motivationsformer

Der er flere forskellige faktorer som påvirker aktørernes motivation. Når aktørerne skal træffe en beslutning om, hvilke handlinger de vil foretage sig i forskellige situationer, udvælges disse på baggrund af deres motivation. Denne motivation er, som tidligere beskrevet, baseret på at opnå en række mål. Disse mål er defineret på baggrund af en række bevidste faktorer, såsom et ønske om at egennyttmaksimere, og en række ubevidste faktorer, såsom normer og værdier. Uanset hvad der ligger til grund for udformningen af deres mål, er det dette udgangspunktet for motivationen af de praktiserende læger. Grundlaget for at foretage sig en handling, uanset hvilken denne måtte være, er motivation (Berg-Sørensen, Grøn & Hansen, 2016, s. 373). Dette speciale antager dermed, at det er interessant at undersøge, hvordan lægernes motivation påvirker anvendelsen af videokonsultationer. Anvendelsen af videokonsultationer er nemlig frivillig hvorfor, at de praktiserende læger er nødt til at være motiverede til at benytte dem, hvis de skal anvendes yderligere. Hvis de praktiserende læger ikke er motiverede til at anvende videokonsultationer, eller i højere grad er motiveret til at anvende andre konsultationsformer, vil det ikke give mening for dem at anvende disse, hvorfor de i højere grad vælger andre konsultationsformer.

Der findes dog flere måder hvorpå individer kan blive motiveret til at foretage sig en given handling. Individer kan være motiveret af en række ydre faktorer. Dette kunne bl.a. være udsigten til at få en belønning eller at undgå en straf, ved at foretage en bestemt handling, som Professor i Social Policy ved London School of Economics and Political Science, Julian Le Grand beskriver (Le Grand, 2003, s. 53). Denne form for motivation, der er knyttet til en række eksterne faktorer, kaldes for *ekstrinsisk motivation* (Berg-Sørensen, Grøn & Hansen, 2016, s. 373). Individer kan også være motiveret af en række indre faktorer. Der findes mange teoretiske perspektiver på, hvilke indre

faktorer der påvirker individers motivation. Le Grand beskriver bl.a. den indre, intrinsiske motivation som værende:

“...interest in or enjoyment of the work for its own sake.” (Le Grand, 2003, s. 53).

Endeligt kan udsigten til at hjælpe andre også være en afgørende motivationsfaktor. (Ibid., s. 54). Dette kaldes pro-social motivation, hvilket også er en indre motivationsfaktor. I de følgende afsnit vil de tre motivationsformer blive uddybet og deres relevans for specialet vil blive forklaret.

3.3.1 Ekstrinsisk motivation

At ydre faktorer kan motivere individer, er ikke noget nyt fænomen. Allerede i slutningen af 1950'erne blev de første eksempler på ekstrinsisk motivationsteori præsenteret. Dette skete i form af den økonomiske incitamentsteori, som blev beskrevet i *“Productivity and Economic Incentives”* af J.P. Davison m.fl. (Davidson, 1958). Økonomiske incitamenter er et eksempel på den ene måde, hvorpå ekstrinsisk motivation kan påvirke individer. Helt konkret skal der ved økonomiske incitamenter forstås, at der bliver knyttet en økonomisk gevinst til en bestemt handling (Andersen, 2016). I Danmark modtager de praktiserende læger en række *honorarer* for at foretage forskellige handlinger i deres lægepraksisser. Disse honorarer er i bund og grund økonomiske incitamenter, der, udover betaling for ydelserne, er udviklet med henblik på at *nodde* de praktiserende læger til at benytte sig af bestemte behandlingsformer. Et eksempel på dette kunne være den øgede økonomiske kompensering, som de praktiserende læger modtager, under COVID-19 pandemien, såfremt de foretager en videokonsultation (PLO, 2021, ¶Honorartabel). Grundet disse økonomiske rammer, vil en praktiserende læge, i mange tilfælde, modtage flere penge på at foretage en videokonsultation fremfor en fremmødekonsultation. På den måde vil det smarteste for den praktiserende læge, såfremt vedkommende rent faktisk er motiveret af ekstrinsiske faktorer, såsom penge, være at benytte sig af videokonsultationer og forventningen bliver dermed, at brugen af videokonsultationer i almen praksis vil stige. Da denne form for økonomiske incitamentsstruktur eksisterer i forholdet mellem regionerne og de praktiserende læger, vil det være relevant at undersøge hvor stor indflydelse den i praksis har på brugen af videokonsultationer. Af samme grund er det også nødvendigt at skabe et ordentligt vidensgrundlag for, hvordan sådanne

økonomiske incitamentsstrukturer kan udformes, således at de er så effektive som muligt. Til dette formål betragter vi *Principal-agent* teorien som er udformet til netop at beskrive, hvordan det kan lade sig gøre (Andersen, 2016).

I sin artikel fra 1985 beskriver Ray Rees, hvordan et økonomisk incitament kan udformes ved at betragte forholdet mellem principalen *P* og agenten *A*. Han påpeger at teorien kan benyttes i alle situationer, hvor *A* (som er et givent individ) skal foretage en handling på vegne af *P* (som er det givne individs overordnede/magthaver), som har positive eller negative konsekvenser for *P* (Rees, 1985). I dette speciale vil de praktiserende læger være at betegne som *A* og de politiske aktører, som fastlægger ydelserne for de praktiserende læger, vil være at betegne som *P*. For at denne teori kan være anvendelig er det vigtigt at understrege, at den baserer sig på nogle grundlæggende antagelser omkring *A* og *P*.

Om *A* antages der, at *A* vil bruge så få ressourcer som muligt på at udføre den opgave som denne er blevet pålagt (Ibid.). Med andre ord at *A* ikke bare er nyttemaksimerende, men egennyttemaksimerende. Denne antagelse lægger sig dermed op ad Virginiaskolen inden for rational-choice retningen, som tidligere er blevet beskrevet. Af samme årsag er det nødvendigt at have med i overvejelserne, hvorvidt denne teori kan benyttes såfremt de praktiserende læger ikke er egennyttemaksimerende. Derfor vil der senere beskrives en række andre motivationsfaktorer, som ikke antager, at de praktiserende læger er egennyttemaksimerende. Antagelsen om at *A* er egennyttemaksimerende medfører dog, at det er muligt for *P* at påvirke *A*'s opgaveløsning ved at tilbyde en belønning som, overstiger de ekstra ressourcer, som *A* skal benytte sig af for at foretage den handling som *P* ønsker foretaget. Såfremt de praktiserende læger er egennyttemaksimerende, påpeger principal-agent teorien altså, at Danske Regioner kan få de praktiserende læger til at benytte sig af videokonsultationer, såfremt de tilbyder økonomiske belønninger som, overstiger den udgift de praktiserende læger formoder at have ved at erstatte de fysiske fremmødekonsultationer med videokonsultationer.

Da specialet er bevidst om, at der foregår et arbejde om at justere honoreringerne for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet, således at de praktiserende læger bl.a. kan øge deres indkomst ved

at erstatte deres fremmødekonsultationer med videokonsultationer, vil specialet, bl.a. indeholde en analyse med baggrund i respondenternes besvarelser, ud fra et principal-agent teoretisk perspektiv.

3.3.2 Intrinsisk motivation

Som tidligere nævnt giver det dog ikke mening udelukkende at antage, at de praktiserende læger er egennyttemaksimerende, da de ligeledes vil være motiveret af indre motivationsfaktorer. I så fald vil de ikke udelukkende være motiverede af ekstrinsiske motivationsfaktorer og et løsningsforslag, der er rettet imod en forøgelse af videokonsultationer i almen praksis, som kun appellerer til denne motivationsform, vil ikke have den ønskede effekt. Derfor er det også nødvendigt at betragte andre motivationsformer. Foruden ekstrinsisk motivation kan individer også være intrinsisk motiveret. Fremfor at basere deres daglige opgaveløsning i almen praksis på, hvad der er det mest økonomiske rentable, kan de basere disse arbejdsopgaver på intrinsiske motivationsfaktorer, såsom *glæden* ved deres arbejde, *nysgerrighed* eller *normer* (Le Grand, 2003, s. 53).

Le Grand beskriver, at mange individer foretager deres arbejde, fordi de føler en indre glæde ved at udføre det (Ibid., s. 56). Det kunne i dette speciale dermed antages, at mange af de praktiserende læger har valgt dette erhverv, fordi de føler en indre glæde ved at være praktiserende læger. De vil altså være interesserede i faget og finde det fagligt udfordrende og interessant. Lægerne baserer dermed deres opgaveløsning på, hvad de mener er spændende. Opgaveløsningen behøver dermed ikke at være den mest økonomisk egennyttemaksimerende, da lægerne vil vælge den opgaveløsning, som de finder størst glæde og faglig stolthed ved at benytte sig af. Modsat antagelsen omkring agenterne i principal-agent teorien, antages der altså i denne motivationsform ikke, at de praktiserende læger vil bruge så få ressourcer på opgaveløsningen som muligt. Det er i denne motivationsform, at normer også kan påvirke, hvordan de praktiserende læger opnår glæde ved deres opgaveløsning. Hvis en praktiserende læge f.eks. har været vant til at foretage sin opgaveløsning på én bestemt måde, kan vedkommende se det som en trussel mod dennes arbejdsglæde at skulle ændre i sine arbejdsgange. Det kan f.eks. være, at en praktiserende læge har været vant til at behandle en bestemt sygdom ved fremmødekonsultationer, men at dette nu kan gøres via video.

I forlængelse af ovenstående beskriver Le Grand også, at individer kan basere valget af deres opgaveløsning på baggrund af nysgerrighed (Ibid.). De praktiserende læger er ikke nødvendigvis altid bekendt med, hvilken glæde de vil have ved en bestemt opgaveløsning, men nysgerrigheden for at afprøve en ny form for opgaveløsning kan være nok til at få dem til at vælge denne. Nysgerrigheden for at afprøve en ny form for opgaveløsning afhænger naturligvis også af en række faktorer og hænger bl.a. sammen med nogle af de faktorer som gør sig gældende ved den såkaldte *Technology Acceptance Model (TAM)*, som vil blive diskuteret senere.

3.3.3 Pro-social motivation

Foruden de to foregående motivationsformer, ekstrinsisk og intrinsisk motivation, som begge omhandler individet selv, findes der også en tredje motivationsform. Pro-social motivation er anderledes end de to andre, da den omhandler individers motivation til at foretage handlinger, som hverken tilfredsstiller nogle indre eller ydre faktorer hos individet selv. I stedet er drivkræften bag pro-social motivation udsigten til at foretage handlinger som er til fordel for andre (Andersen & Pedersen, 2017, s. 373). For de praktiserende læger kunne det være et ønske om at ville yde den bedste behandling af deres patienter, som motiverede dem til at beslutte, hvilke arbejdsgange de ville benytte sig af. Særligt interessant for dette speciale er den undergenre af pro-social motivation som kaldes public-service motivation, da denne omhandler produktionen af offentlige goder, som sundhedsvæsenet i Danmark må siges at være en del af.

3.3.4 Public-service motivation

Forskellen på pro-social motivation og public-service motivation er netop, at sidstnævnte knytter sig til produktionen af offentlige goder, hvorimod den pro-sociale motivation refererer til alle former for services. Da sundhedsvæsenet i Danmark må siges at levere et offentligt gode, giver det mest mening at undersøge de praktiserende lægers motivation ud fra dette perspektiv. Individer drevet af public-service motivation søger ikke at tilfredsstille egne behov når vedkommende beslutter, hvilke former for opgaveløsning der skal anvendes i den givne situation. De er med andre ord villige til at tilsidesætte deres egne behov, såfremt de vurderer at det vil være til gavn for andre (Ibid., s. 376). Når en praktiserende læge, der er drevet af public-service motivation skal

beslutte, hvilke former for opgaveløsning, de vil drive i en given situation, vil de fravælge videokonsultationer, hvis lægen vurderer, at det ikke er den mest effektive måde at behandle borgerne på. Denne beslutning vil i så fald ikke nødvendigvis afspejle den, for den praktiserende læges vedkommende, mest egennyttemaksimerende eller interessante løsning, da lægen er villig til at tilsidesætte disse behov, for at yde den bedst mulige service. De amerikanske forskere James L. Perry og Lois Recascino Wise, udgav i 1990 en artikel hvori de præsenterede nogle forventninger om, at individers grad af public-service motivation korrelerede positivt med deres sandsynlighed for at søge arbejde inden for den offentlige sektor (Perry & Wise, 1990). Derudover forventede de også, at den offentlige sektors effektivitet ville forbedres af, at de ansatte, i høj grad, var motiveret af public-service motivation, samt at disse individer i mindre grad ville være påvirkelige af ekstrinsiske motivationsfaktorer (Ibid.). Disse antagelser kan have relevans for vores speciale, da de praktiserende læger, ifølge Perry og Wise, burde være meget præget af public-service motivation, hvilket i så fald vil påvirke, deres modtagelighed over for løsningsforslag, der søger at øge brugen af videokonsultationer i almen praksis, ved hjælp af ekstrinsiske motivationsformer.

3.3.5 Samspillet mellem motivationsformerne

I de ovenstående afsnit er der præsenteret en række motivationsformer. Disse kan påvirke, hvilke former for behandling, som de praktiserende læger vil vælge i en given situation. I den forbindelse er det dog vigtigt at understrege, at de fleste individer, med al sandsynlighed vil være præget lidt af alle motivationsformerne (Andersen & Pedersen, 2017, s. 372). Det er derfor relevant at undersøge, hvilken motivationsform der er mest fremtrædende hos det enkelte individ, da dette kan variere. De forskellige motivationsformer kan også påvirke hinanden. Med andre ord så kan de løsningsforslag, som bliver foreslået på baggrund af de forskellige motivationsformer, påvirke hinanden (Le Grand, 2003, s. 53). Dette fænomen kaldes *crowding-in* og *crowding-out*.

Ved *crowding-out* menes der, at et individ kan være primært drevet af intrinsiske motivationsformer, men at disse kan blive påvirket, hvis der bliver implementeret en model, som appellerer til ekstrinsisk motivation (Ibid.). For at sætte dette fænomen i relief til dette speciale, kunne en praktiserende læge som er modstander af at lave for meget administrativt arbejde, miste sin intrinsiske motivation for sit arbejde, hvis vedkommende f.eks. blev pålagt at gøre netop dette, for ikke at

miste en del af sin indtægt. Den intrinsiske motivation for denne praktiserende læge ville dermed blive crowdet-out, hvilket ville reducere muligheden for at påvirke dennes form for opgaveløsning ved hjælp af modeller der appellerer til den intrinsiske motivation, da denne er påvirket negativt af tidligere løsninger.

Det modsatte kan dog også være tilfældet, hvilket kaldes crowding-in. Crowding-in ville f.eks. kunne gøre sig gældende, hvis en praktiserende læge fik en øget honorering for en ydelse, som vedkommende i forvejen nød at tilbyde sine patienter. I så fald ville dennes intrinsiske motivation, for denne form for opgaveløsning, blive forstærket og vedkommende ville dermed respondere bedre på modeller, som appellerede til denne type af motivation. Det er dermed nødvendigt at betragte alle ovennævnte motivationsformer, hvis der skal udarbejdes løsningsforslag til nedbrydelsen af barriererne i forbindelse med foretagelse af videokonsultationer i almen praksis. Da de praktiserende læger kan være motiveret af forskellige ting, betyder dette, at der skal udarbejdes forskellige løsningsforslag til forskellige praktiserende læger.

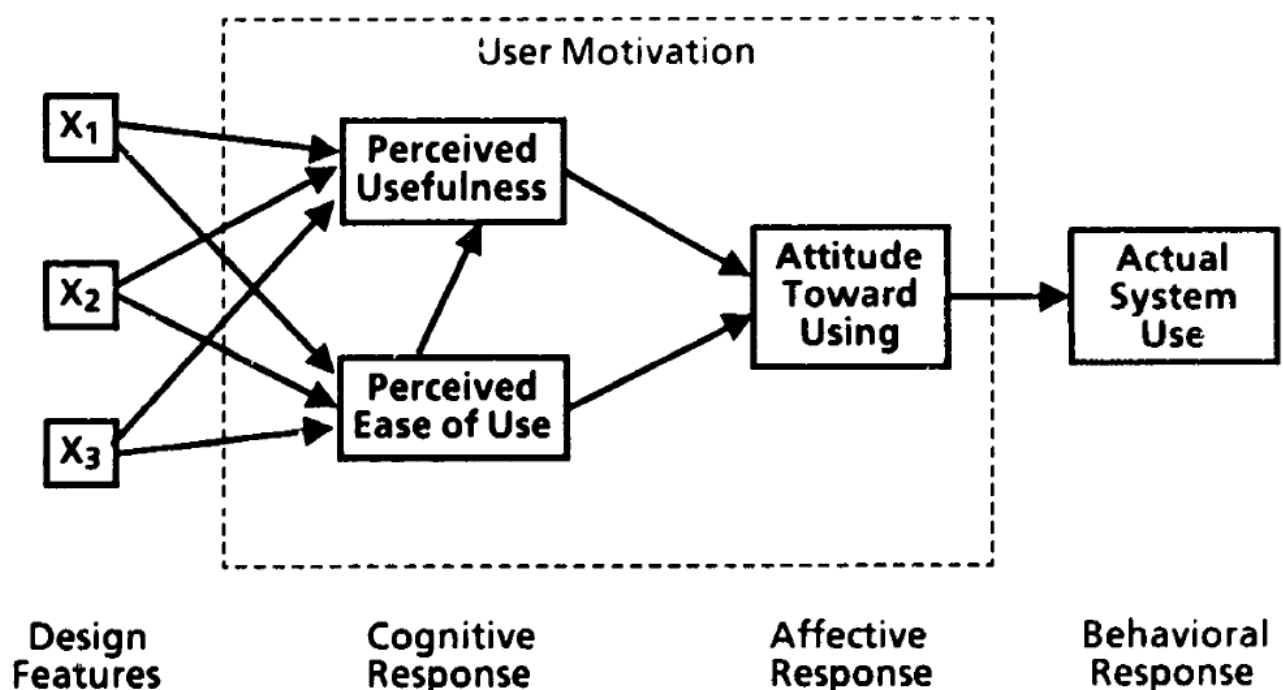
Der er dog en række særlige faktorer som kræver opmærksom i situationer, hvor den ønskede implementering omhandler IT. Individer kan have en særlig tilbagetrækkethed (eller interesse) i at adaptere moderne teknologi i deres arbejde. Der findes en række studier, som har undersøgt individers holdning til adaption af ny teknologi, som kan være relevant i forhold til dette speciale i forhold til identifikation og nedbrydelse af barrierer i forbindelse med øget anvendelse af videokonsultationer i almen praksis.

3.4 Information System Research: Fra IS til TAM-2

Den specificerede undersøgelse af, hvordan individer forholder sig til adaption af ny teknologi, kan spores tilbage til 80'ernes *Information System Research* (IS). I feltets tidlige undersøgelser var resultaterne ofte meget forskellige, og der var generelt ikke enighed om, hvordan man skulle undersøge indenfor forskningsfeltet (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989, s. 982-983). En af de centrale undersøgelser er de to sociologer Fishbein og Azjen's "*Theory of Reasoned Action*" (TRA). Denne model dannede grundlag for, hvordan den videre forskning indenfor feltet skulle foretages (Ibid.). Det ambitiøse formål med TRA var at skabe en model, som kunne forklare al menneskelig adfærd

(Ajzen & Fishbein, 1980, s. 4) og dermed også, hvordan individer danner holdninger og træffer beslutninger i forskellige situationer. Ud fra denne forskning præsenterede den amerikanske forsker, Fred D. Davis Jr. i 1985 den såkaldte *Technology Acceptance Model* (TAM). Davis argumenterede for, at særligt to faktorer påvirkede individers accept af ny teknologi: *Perceived Usefulness* (PU), der omhandler individets opfattelse af, hvad teknologien kan anvendes til, samt *Perceived Ease of Use* (PEU), der beskriver individets opfattelse af hvor nem teknologien er at benytte (Davis, 1980, s. 24). På baggrund af disse to faktorer udviklede Davis nedenstående figur:

Figur 2 - Technology Acceptance Model (TAM)-modellen.

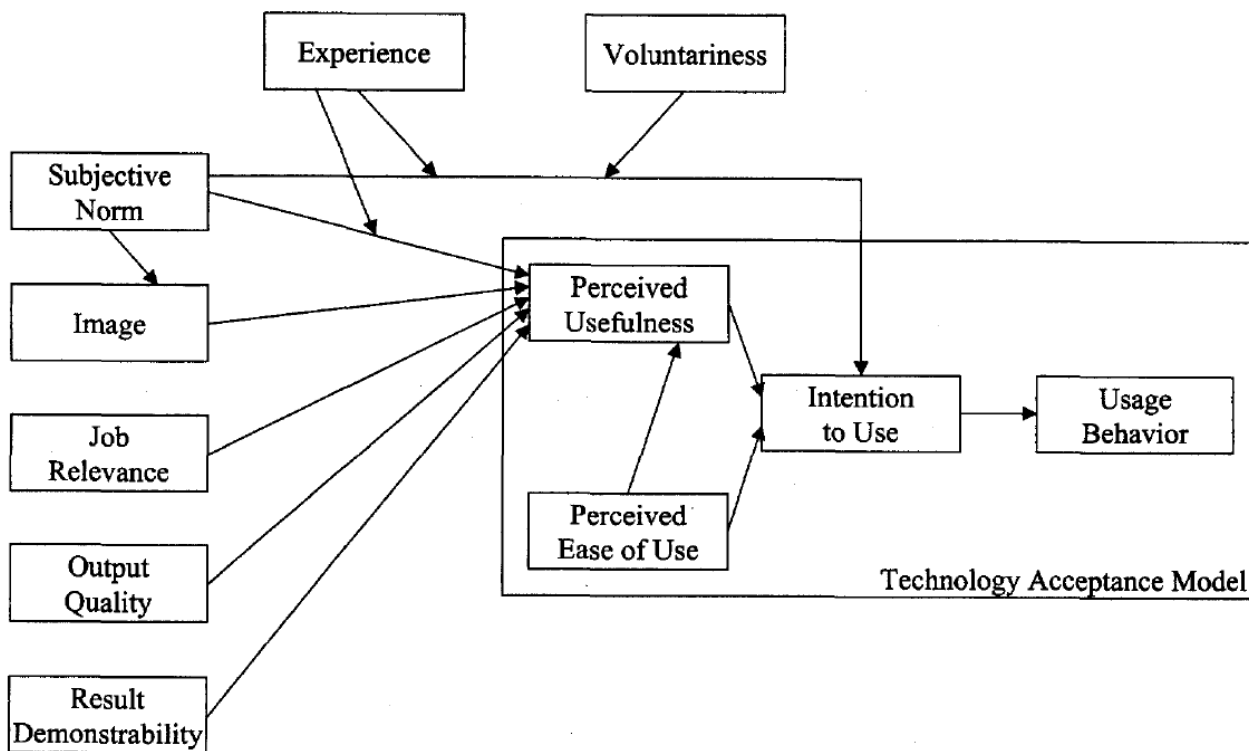


Kilde: Davis, 1980, s. 24.

Som det fremgår af Figur 2, argumenterer Davis for, at PU og PEU påvirker individets *Attitude Toward Using* (ATU), der beskriver individets holdning til at benytte sig af teknologien, hvilket i sidste ende påvirker, hvordan teknologien bliver anvendt (Ibid.). Som det fremgår af Figur 2 begynder accepten af ny teknologi med udformningen af den givne teknologi, de såkaldte *Design Features*. Det er udformningen af disse, som påvirker individernes PU og PEU, hvorfor disse også er særdeles interessante at undersøge i dette speciale. Set ud fra Davis' TAM-model vil brugen af

videokonsultationer i almen praksis nemlig være et resultat af de praktiserende lægers *ATU*, som afhænger af deres *PU* og *PEU*. Da disse bliver udformet på baggrund af videokonsultationernes Design Features, vil disse dermed udgøre de barrierer som specialet vil identificere i forbindelse med yderligere anvendelse af videokonsultationer i almen praksis. Davis' model blev dog kritiseret for ikke at være specifik omkring, hvad disse Design Features egentlig omhandlede, hvorfor Davis i samarbejde med Viswanath Venkatesh i år 2000 præsenterede en opdateret TAM-model (TAM-2), som uddyber hvad disse Design Features indeholder (Davis & Venkatesh, 2000, s. 188).

Figur 3 - Technology Acceptance Model 2 (TAM2)-modellen.



Kilde: Davis & Venkatesh, 2000, s. 188.

Som det fremgår af Figur 3 er der nogle forskelle fra TAM til TAM-2 modellen. Bl.a. argumenterer Davis og Venkatesh for, at de såkaldte Design Features påvirker *PU* og Intention to Use (IU) (det tidligere *ATU*) fremfor *PU* og *PEU*. Derudover er der blevet tilføjet en række faktorer, såsom *Voluntariness*, *Subjective Norm* og *Experience*, som ikke direkte knytter sig til designet af teknologien, men i stedet individernes holdning til teknologien (Ibid., s. 187-192). Af nedenstående tabel bliver de forskellige faktorer som blev tilføjet ved TAM-2 modellen, forklaret ud fra hvordan de kan bidrage til analysen i dette speciale.

Tabel 1 - Beskrivelse af TAM2-modellens faktorer.

Faktor	Oversættelse	Beskrivelse
Voluntariness	Frivillighed	Hvorvidt en læge vurderer, at det er frivilligt at benytte sig af videokonsultationer eller ej.
Experience	Erfaring	Udvikling i de erfaringer som lægerne gør sig med videokonsultationer.
Subjective Norm	Subjektiv norm	En læges forståelse af hvorvidt de fagpersoner, som vedkommende identificerer sig med, synes at det er hensigtsmæssigt at benytte videokonsultationer.
Image	Image	I hvor høj grad en læges brug af videokonsultationer påvirker vedkommendes status inde for det faglige miljø.
Job Relevance	Relevans for arbejdet	I hvor høj grad en læge vurderer, at videokonsultationer er relevante for vedkommendes arbejde.
Output Quality	Kvalitet af output	Hvor effektive videokonsultationer er til at løse de opgaver, som de bliver sat over for.
Result Demonstrability	Demonstration af resultater	I hvor høj grad lægerne kan sammenkoble positive resultater med brugen af videokonsultationer.

Som det fremgår af Tabel 1 kan alle faktorerne have en påvirkning i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis. Af denne grund vil respondenternes besvarelser ikke udelukkende blive analyseret ud fra de førnævnte motivationsformer, men også ud fra TAM-2 modellen.

For at danne et overblik over, hvordan de forskellige teoretiske perspektiver påvirker dette speciale, samt hvordan disse relaterer sig til hinanden, vil det teoretiske perspektivs vigtigste pointer herunder blive opsummeret. Der er en række forskellige faktorer, som påvirker de praktiserende

lægers beslutningsprocesser. Disse kan deles op i to grupper, de analytiske og de anarkistiske tilgange. Inden for den analytiske tilgang kan der identificeres en række rational-choice inspirerede faktorer, som et bevidst ønske om at egennyttemaksimere. Inden for den anarkistiske tilgang kan der dog modsat identificeres en række ubevidste faktorer, hvor normerne som lægerne besidder vil blive analyseret i dette speciale. Alle disse antages at have en påvirkning på de praktiserende lægers beslutningsproces. Dermed er der en række anarkistiske faktorer som dette speciale ikke behandler, såsom værdier, traditioner og relationer. Det betyder ikke, at disse ikke har en indvirkning på lægernes beslutningsproces, men disse er fravalgt, da det teoretiske afsæt for dette speciale primært er analytisk. De førnævnte faktorer benyttes i forbindelse med opnåelse af et bestemt mål. Definitionen af disse mål er baseret på de praktiserende lægers præferencer, som afhænger af deres motivation. Hvis de praktiserende læger f.eks. er intrinsisk motiverede vil deres præference være at tilfredsstille denne motivation, hvilket kommer til at afspejle sig i deres mål. Af denne grund vil de praktiserende lægers motivation blive analyseret i dette speciale. Disse motivationsfaktorer vil blive analyseret ud fra TAM2-modellens eksterne faktorer, da disse er særligt egnede til at analysere individers adaption af teknologi, herunder lægernes holdning til anvendelsen af videokonsultationer.

4. Metode

De kommende afsnit vil belyse specialets metodiske og forskningsdesignmæssige overvejelser. - Samtidig vil dette indeholde en diskussion af, hvordan disse overvejelser påvirker konklusionen og undersøgelserne i dette speciale. Derfor indeholder de kommende afsnit specialets tilgang til undersøgelsen samt, hvordan denne tilgang påvirker resultaterne og dermed, hvad specialet kan og ikke kan undersøge samt fordele og ulemper ved denne tilgang.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet skal tilrettelægges, så det mest effektivt besvarer problemformuleringen (Andersen, Binderkrantz & Hansen, 2010, s. 66). Problemformuleringen (Afsnit 2.3), i dette speciale, omhandler videokonsultationer, som den afhængige variabel, der påvirkes af antallet og omfanget af barriererne. Problemformuleringen er bakket op af tre forskningsspørgsmål, som alle bidrager med forklaringer på, hvordan løsningsforslag bør basere sig i forhold til lægernes opfattelse af videokonsultationer og deres motivation for anvendelse af disse. Dermed kan dette speciale betegnes som en blanding af en beskrivende og en problemløsende undersøgelse, da målet er at afdekke barriererne, men samtidig at finde løsningsforslag på de observerede barrierer (Ibid., s. 69-73). Dermed anvendes en *intensiv* strategi, da formålet er at udarbejde mest mulig viden omkring fænomenet videokonsultationer og særligt lægernes motivation omkring disse (Ibid., s. 75). Specialet er i sin grundform *induktivt*, da udgangspunktet for problemformuleringen tager sit afsæt i empirisk viden omkring videokonsultationer i almen praksis. Formålet er dog ikke at udvikle teori, men at analysere empirisk viden ved at anvende etableret teori til at forstå de fænomener som observeres (Ibid., s. 73-74). Samtidig er det ikke muligt i dette speciale at ændre på de uafhængige variable, da det ikke er muligt at ændre lægernes motivation, økonomi eller deres syn på videokonsultationer. Specialet vil indeholde fire interviews, som alle er foretaget med kort tidsinterval i forhold til hinanden. Dermed indeholder specialet én case, men fire enheder (Ibid., s. 80-88). For det optimale forskningsdesign skulle alle praktiserende læger være adspurgt før og efter COVID-19 for at undersøge om lægernes motivation havde ændret sig over tid. Dette var dog ikke muligt i praksis, hvorfor specialet, som nævnt, indeholder ét foretaget interview pr. læge med de fire praktiserende læger (Ibid., s. 89). Respondenterne er udvalgt med afsæt i baggrundsviden omkring

videokonsultationer, hvilket vil beskrives nærmere i Afsnit 5. Forskningsdesignet skal dermed understøtte disse antagelser om specialet for at udarbejde den mest generaliserbare viden.

4.1.1 Casestudiet og valg af caseområde

På baggrund af ovenstående argumentation kan dette speciale betragtes som et casestudie. Casestudiet tager udgangspunkt i motivationen i almen praksis i den danske lægesektor med fokus på videokonsultationer. Dette skal betragtes som en *most-likely case* (Ibid., s. 90). Most-likely kan i denne sammenhæng anvendes indenfor to felter. Resultaterne forventes både at kunne generaliseres til andre konsultationsformer for lægerne ved at undersøge deres primære motivationskilde (Ibid.). Samtidig forventes det også, at lægernes primære motivationsform kan overføres på andre offentlige serviceydelser, hvorfor casen kan anses som most-likely med andre offentlige serviceydere, særligt indenfor sundhedsvæsenet. Dette er dog kun tilfældet, hvis der tages højde for lægernes professionelle normer, hvorfor TAM2-modellen højner specialets teoretiske position ved netop at kunne forklare dette analytisk (Ibid.).

Dermed giver dette specialet yderligere generaliserbarhed, indenfor dette forskningsfelt, hvilket ellers har været en kritik af casestudiet (Flyvbjerg, 2015, s. 497-507). Videokonsultationer, indenfor almen praksis og forandringerne, der er sket efter COVID-19, i honorarstrukturen og antallet af videokonsultationer, resulterer i at videokonsultationer som forskningsfelt er særligt hensigtsmæssigt som most-likely case. Netop derfor havde et longitudinalt forskningsdesign med empiriindsamling før, under og efter COVID-19 pandemien været optimalt, hvilket dog ikke er muligt, da nedlukningen skete inden opstarten af dette speciale (Ibid., s. 507-512). Dermed ville flere interviews over tid, under processen med dette speciale, ikke have bidraget med en mere dybdegående forståelse af forskningsfeltet. Specialet er derfor primært et *teorifortolkende* casestudie, da specialet ønsker at fortolke den indsamlede empiri med baggrund i den etablerede teori.

4.1.2 Cross-sectional casedesign

Indsamlingen af empiri i dette speciale tager udgangspunkt i et *cross-sectional* design. Dette sker, da indsamlingen af empiri foretages på ét bestemt tidspunkt i tid og empirien skal ses som et tværsnit over, hvordan de praktiserende læger opfatter videokonsultationer (Cherry, 2019, ¶How

does the Cross-Sectional Research method work?). Dermed er undersøgelsens styrke, at den ret præcist kan undersøge, hvordan et udsnit af de praktiserende læger opfatter videokonsultationer i den nuværende kontekst. Overfor dette står det longitudinale design, hvor et bestemt forskningsfelt undersøges flere gange over tid (Ibid.). Dermed er de største styrker ved et cross-sectional design, at det relativt effektivt kan undersøge, hvordan én bestemt gruppe opfatter ét bestemt fænomen på ét bestemt tidspunkt. Forskningsdesignet skal ikke anses som arketyper på et cross-sectional design, men som det er argumenteret for ovenfor, indeholder specialets empiriindsamling mange af karakteristikaene fra denne type undersøgelse. Specialet bygger dermed primært på kvalitative data, som indsamles cross-sectional ved at interviewe flere læger på samme tid. Dette vil de kommende afsnit beskæftige sig yderligere med.

4.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative metode står i kontrast til den kvantitative metode. Dette speciale ønsker at forklare, hvorfor de praktiserende læger ikke anvender videokonsultationer i højere grad og hvordan dette kan ændres. Dette erfares i dette speciale gennem lægernes egne erfaringer, som er kvalitative (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 13). Modsat den kvantitative forskning er dette speciale altså interesseret i specifikke oplevelser og løsninger snarere end kvantificerede overblik. Den kvantitative forskning er også væsentlig, men er indenfor dette forskningsfelt allerede ret etableret (Afsnit 5). Netop derfor ønsker dette speciale i stedet at undersøge kvalitativt, hvorfor antallet af videokonsultationer er som observeret.

Kvaliteten af det kvalitative studie afhænger af undersøgelsens mål og ambitioner. For at opnå dette kræves der troværdighed, transparens og metodisk refleksion af undersøgelsen (Ibid., s. 531), som kan betragtes som nogle af de centrale kvalitetskriterier for kvalitativ forskning. Derfor vil de kommende afsnit belyse dette speciales metodiske refleksioner i forbindelse med dataindsamling og analyse.

4.3 Anvendte dokumenter

Der anvendes primært to typer af kvalitative kilder i dette speciale. Det drejer sig om dokumenter, som bidrager med tidligere forskning og relevant info omkring emnet. Disse dokumenter danner

sammen med teorien en forforståelse af, hvordan den etablerede viden er indenfor videokonsultationer og hvordan dette kan forklares teoretisk. Derefter undersøges dette gennem kvalitative interview foretaget med praktiserende læger. Netop disse to kvalitative datakilder vil diskuteres og beskrives i de kommende afsnit.

Der er anvendt mange forskellige typer af dokumenter i dette speciale. Overblikket over disse kan findes i Tabel 2 med en kort beskrivelse af de forskellige dokumenter og hvordan de er anvendt.

Tabel 2 - Anvendte dokumenter.

Dokumenttype	Antal	Beskrivelse og anvendelse
Bøger	17 stk.	Specialet indeholder bidrag fra 17 bøger. Ud af disse er 13 anvendt til det teoretiske perspektiv, hvor fire er anvendt til metoden. Metoden og dele af teorien er tertiære kilder i form af lærebøger, som beskriver teori og metode så det er anvendeligt for studerende (Lynggaard, 2015, s. 154-155). De øvrige bøger er teoribøger, som er de oprindelige kilder og dermed ikke produceret med læring som formål.
Artikler fra tidsskrifter	10 stk.	Der er anvendt 10 artikler fra tidsskrifter i specialet. Ud af disse indgår seks i grundlaget for teorien, tre er anvendt i baggrundsviden omkring videokonsultationer og den sidste er en engelsk artikel, som beskriver tidligere forskning indenfor feltet.
Internetartikler	9 stk.	Specialet indeholder ni artikler for internettet. Af disse er de otte anvendt som baggrundsviden med afsæt i lægernes tidligere oplevelser og forskelligt data. Disse artikler er primært fra PLO og forskellige hjemmesider med fokus på praktiserende læger. Der er taget højde for dette da artiklerne blev udvalgt, så de mest farvede artikler ikke medvirker, men kun redegørende og neutrale

		artikler. Den sidste artikel er anvendt i det metodiske afsnit for at forklare cross-sectional designet.
Rapporter	8 stk.	Der er anvendt otte rapporter. Disse er primært udarbejdet af PLO med henblik på formidling af deres analyser og undersøgelser omkring almen praksis. Dermed kan der være en agenda forbundet med disse rapporter. Herfra har specialet primært anvendt data, da denne må formodes at være korrekt uafhængigt af agenda.
Forskningsundersøgelser	6 stk.	Der er anvendt seks forskningsundersøgelser, som er tidligere forskning omkring fordele og ulemper ved videokonsultationer i almen praksis. Disse er beskrevet nærmere i Bilag 1 og vil derfor ikke forklares her.

Som det fremgår af ovenstående tabel, er der primært anvendt tertiære kilder i dette speciale. Dette er tilfældet da der er foretaget en del forskning omkring videokonsultationer og dermed er fremstillet mange dokumenter omkring dette med henblik på videreformidling (Ibid.). Disse dokumenter kan derfor være fremstillet med formål om at belyse én bestemt holdning til emnet. Dette er forsøgt undgået ved systematisk at anvende dokumenter, som henvises til i anden valid forskning gennem den såkaldte *sneboldsmetode* og i denne proces at fravælge ikke-valid forskning (Ibid., s. 156-162). Dette er især gjort i forbindelse med generering af dokumenter til at belyse tidligere forskning. Her var Nord-KAP's undersøgelse central, da denne undersøgelse beskrev forskningsfeltet ret præcist og dermed henviste til en række relevante undersøgelser (Ibid.). Samme metode er anvendt i teorien, hvor processen startede med at anvende lærebøger og internetsøgninger, hvorefter referencerne fra disse blev undersøgt og dermed blev de oprindelige kilder opsporet.

Det primære formål med dokumenterne er dermed at beskrive det teoretiske og empiriske forskningsfelt (Ibid.). Når det empiriske og teoretiske forskningsfelt er beskrevet, tillader det dermed specialet at fokusere eksplorativt på, hvorfor de praktiserende læger ikke anvender videokonsultationer i højere grad end det er tilfældet. Dette er ikke muligt gennem den etablerede forskning, da

denne primært er opbygget omkring spørgeskemaundersøgelser og fokus på fordelene fremfor barriererne og dermed heller ikke på nedbrydelsen af disse. Perspektivet og antagelserne i den videre undersøgelse er derfor, at interview med de praktiserende læger i yderkommunerne kan beskrive deres erfaringer med videokonsultationer (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 524). Dermed er den grundlæggende interesse for den videre dataindsamling, hvordan de praktiserende læger oplever videokonsultationer i forhold til den eksisterende litteratur med særligt fokus på barriererne. Dette undersøges gennem et semistruktureret forskningsinterview, som kan undersøge og understøtte den eksisterende forskning med henblik på empiriindsamling til videre analyse og diskussion.

4.4 Interview

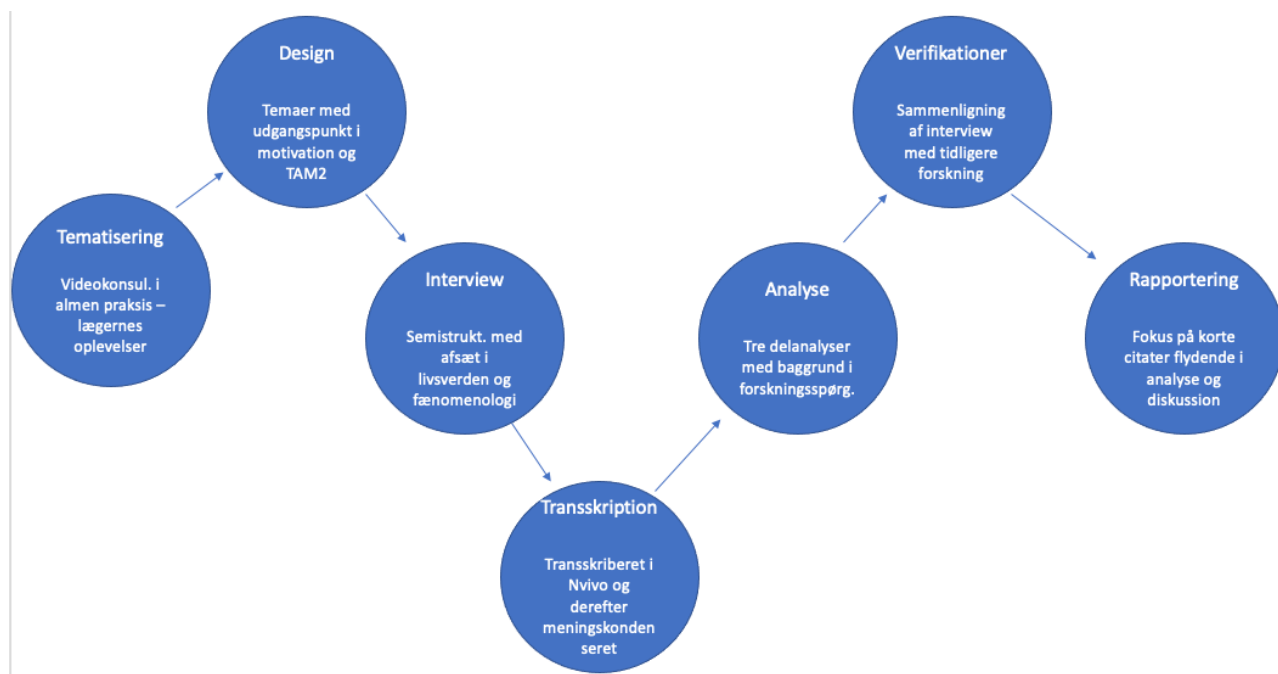
Interviewene foretages med udgangspunkt i at få adgang til fænomener i de praktiserende lægers livsverden (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 31-37). Dette er netop målsætningen med interviewene i dette speciale. Interviewene er foretaget ud fra en interesse om lægernes oplevelser og erfaringer med videokonsultationer. Dermed er den viden der opnås også påvirket af dette. Det vil sige, at empirien tager udgangspunkt i de udvalgte lægers livsverden og er dermed et tværsnit af oplevelser indenfor almen praksis' anvendelse af videokonsultationer (Ibid.). Interviewet kan dermed betragtes som et *kvalitativt fænomenologisk livsverdensinterview*, hvor det qua specialets teoretiske baggrund i rational-choice og motivationsteori forventes at lægerne vil svare og handle rationelt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48-52). Lægerne forventes dermed at vælge de konsultationsformer som er rationelle for dem. Dette rationale vil dog være afhængigt af, hvordan lægerne motiveres, hvilket er det centrale for interviewene. Udgangspunktet for interviewet er altså at indsamle deskriptive beskrivelser af lægernes erfaringer med videokonsultationer. For at opnå dette er der anvendt en eksplorativ tilgang til interviewene, hvor der er mulighed for at indsamle uventet ny information, som kan indgå som empirisk viden i specialet.

4.4.1 Interviewmetode og valg af respondenter

Interviewene blev foretaget som enkeltinterviews. Interviewene var *semistrukturerede*, da dette gav mulighed for at sikre indsamlingen af den ønskede empiriske viden, men samtidig mulighed for at forfølge nye emner og dermed opnå uventet viden om forskningsfeltet (Tanggaard &

Brinkmann, 2015, s. 37-38). Inden interviewene blev udarbejdet, var der foretaget en grundig undersøgelse af tidligere forskning indenfor emnet. Det er med udgangspunkt i den etablerede forskning, at der opstår ny viden gennem interview og det bliver muligt for interviewerens at vide, hvilke nye oplysninger der er værd at forfølge og hvilke der ikke er relevante (Ibid.). For at sikre strukturen i interviewene blev der udarbejdet en interviewguide med udgangspunkt i teori og den eksisterende forskning. Kombinationen af interviewguiden og muligheden for at forfølge nye oplysninger er styrken ved det semistrukturerede interview. På denne måde sikrer interviewerens, at respondenterne kommer omkring de forberedte temaer og spørgsmål (Ibid.).

Figur 4 - Interviewets syv faser.



Kilde: Egen figur med udgangspunkt i Kvale & Brinkmann, 2015.

Interviewene er planlagt og foretaget med udgangspunkt i interviewets syv faser (Kvale & Brinkmann, 2015). De væsentligste af disse vil beskrives nærmere i de kommende afsnit, hvor Figur 4 danner overblik over, hvordan de forskellige faser er anset i dette speciale. Tematisering er beskrevet i problemfeltet og designet samt foretagelsen af interviewene er beskrevet ovenfor og i resten af dette afsnit. I de kommende afsnit vil de øvrige trin beskrives nærmere, udover verifikation, som er anvendt gennem hele specialet og beskrives løbende i de forskellige afsnit (Ibid., s. 313-325).

Interviewene i dette speciale blev foretaget pr. telefon, da de praktiserende læger er frontpersonale og har særligt travlt under COVID-19 pandemien og de var dermed ikke villige til at foretage interviewene fysisk. Dette har en betydning for evt. kropssprog, som selvsagt går tabt telefonisk. Det er dog specialets klare antagelse, at disse interviews bidrager med viden, som ikke er mulig at indsamle på anden vis og dermed er centrale for analysen og diskussionen. Derfor er de fire interviews foretaget over telefonen efter aftale med lægernes receptionister. Der blev foretaget fire interviews i dette speciale med praktiserende læger med praksis i en af de nordjyske land- eller yderkommuner, da det er disse læger der vil have de største fordele af øget anvendelse af videokonsultationer.

Der er interviewet tre praktiserende læger i to yderkommuner (Thisted og Morsø) og en landkommune (Frederikshavn). Udover disse læger er formanden for PLO Nordjylland og praktiserende læge i Nibe, Charlotte Lønskov Jensen interviewet. Interviewpersonerne er valgt ud fra kriterier omkring geografisk placering (længst fra stor by) og forskellige kliniktyper. Derfor er to interviewpersoner enkeltmandspraksisser, hvor de andre to er en del af kompagniskaber, hvor der er flere læger tilknyttet samme klinik. Specialet ville gerne have interviewet en enkeltmandsklinik og kompagniskab i Aalborg, som en kontrol til yder- og landkommunerne. Dette har dog ikke været muligt, trods mange henvendelser til forskellige læger i Aalborg.

Den første interviewperson er Charlotte Lønskov Jensen, som er formand for PLO Nordjylland og læge ved Lægerne i Nibe. Charlotte har ni års anciennitet som praktiserende læge og anvender videokonsultationer sporadisk. Den anden interviewperson er Antonio Tivalotti, som er indehaver af alles Lægehus i Øster Jølby på Mors. Denne klinik var tidligere regionsklinik og Antonio har erfaring med videokonsultationer derfra. Antonio har fem års anciennitet som praktiserende læge. Tredje interviewperson er Merete Hansen, som har en enkeltmandsklinik i Hurup Thy. Merete anvender video sporadisk og har ni års anciennitet som praktiserende læge. Sidste interviewperson er Flemming Lyng, som har en enkeltmandspraksis i Ålbæk. Flemming anvender aldrig video og har 31 års anciennitet som praktiserende læge. Respondenterne er dermed en blanding af to mænd, to kvinder og læger med et spænd i erfaring på 5-31 år med en vis geografisk spredning i Nordjylland, dog

med placeringer langt fra Aalborg. En samlet oversigt over respondenterne og info om disse er at finde i Bilag 2. For at sikre, at alle relevante temaer undersøges, blev der udformet en interviewguide til disse interviews.

4.4.2 Interviewguide

Interviewguiden fungerede som et styringsredskab for at sikre, at alle forskningsspørgsmålene og temaer blev behandlet og besvaret. Denne blev ikke fulgt metodisk, men fungerede som pejlemærke for interviewene (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 38-41). Grunden til dette skal findes i specialets metodiske grundlag, som fænomenologiske og eksplorative. Dermed skal alle relevante informationer forfølges og undersøges med udgangspunkt i interviewguiden og dermed teori og eksisterende forskning (Ibid.). For at sikre respondenternes tryghed og de mest deskriptive, spontane svar starter interviewguiden og hvert tema med et indledende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 190-191). Disse følges op af mere specificerede, sonderende og fortolkende spørgsmål for at sikre den korrekte forståelse med tanke på den videre analyse (Ibid.). Interviewguiden var ens for de forskellige respondenter og kan findes i Bilag 3.

Da det, som tidligere nævnt, ikke er muligt at ændre på de uafhængige variable i dette speciale, forsøges der i interviewene at spørge ind til, hvordan ændringer i strukturerne omkring motivationen ville påvirke lægernes tilbøjelighed til at vælge videokonsultationer. Disse svar vil være påvirket af de specifikke erfaringer den enkelte læge har haft, hvorfor styrken ved interviewene opstår ved at sammenligne de forskellige besvarelser og dermed danne en cross-sectional besvarelse for, hvordan lægerne anser videokonsultationer i foråret 2021. Interviewguiden er opbygget på følgende måde:

Tema 1 - Lægernes primære motivation for deres erhverv. Dette tema skal skabe et grundlag for resten af interviewet for at forstå den enkelte læges primære motivationsfaktor.

Tema 2 - Lægernes erfaringer med videokonsultationer. Dette tema skal indkredse lægernes erfaringer med videokonsultationer med afsæt i TAM2-modellen. Dermed skal temaet forsøge at indsamle empiri omkring lægernes normer, anvendelighed, erfaringer og resultater.

Tema 3 - Den primære barriere. Dette tema skal beskrive, hvilken barriere som lægerne anser, som den mest centrale for yderligere anvendelse af videokonsultationer.

Tema 4 - Videokonsultationers honorarstruktur. Dette tema beskriver lægernes ekstrinsiske motivation og, hvordan lægerne anser sammenhængen mellem den nuværende honorarstruktur og anvendelsen af videokonsultationer. Herunder hvordan en ændring af denne struktur ville påvirke deres valg af konsultationstype.

Tema 5 - Videokonsultationers påvirkning på ulighed i sundhed. Dette tema beskriver lægernes public-service motivation og, hvordan lægerne anser sammenhængen mellem anvendeligheden for bestemte grupper og videokonsultationer, samt om disse afholdes for borgerens bedste.

Tema 6 – De praktiserende lægers foretrukne arbejdsgange. Dette tema beskriver lægernes intrinsiske motivation og, hvordan lægerne anser sammenhængen mellem lægernes tid og anvendelsen af videokonsultationer. Dette drejer sig om øget brug af tid i forbindelse med booking, screening, oplæring af borgere og afholdelse af videokonsultationer.

4.4.3 Transskribering og kodning

De fire interviews i dette speciale er optagede og derefter transskriberede. Interviewene blev transskriberet ordret med undtagelse af fyldeord, som ikke bidrager til forståelsen, men blot ville besværliggøre mening og læsning. Derfor er der valgt en simpel transskribering med fokus på meningen og indholdet (Tanggaard & Brinkmann, 2015, s. 43-44). Da interviewene var transskriberet, blev disse kodet. Kodningen startede som en åben kodning for at identificere de steder, hvor bestemte teorier blev omtalt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 261-271). Dermed var koderne i høj grad begrebsstyret, da de tog afsæt i det teoretiske perspektiv.

Kodningen blev derefter anvendt til at foretage en meningskondensering, som skulle danne et kvantificeret overblik over, hvor ofte de praktiserende læger omtalte forskellige motivationsteorier (Ibid.). Kodningen blev foretaget i programmet NVivo for lettere at skabe overblik over koderne og meningerne. Meningskondenseringen minder om den fænomenologiske tilgang og dermed tager den udgangspunkt i empirien fremfor begreberne (Ibid.). Meningskondenseringen blev derefter anvendt i analysen, som et kvantificeret overblik til at præsentere de forskellige

delanalyser og efterfølgende citater fra interviewene. Dermed er meningskondenseringen en central del af den videre analyse, diskussion og rapportering.

Validiteten af undersøgelsen er forsøgt styrket gennem interviewguiden. Her var det lægernes fænomenologiske oplevelse af motivation, som var afgørende for, hvordan besvarelsene endte. Det er derfor væsentligt, at respondent og interviewer har samme udgangspunkt for begrebet motivation samt de forskellige strukturer, der påvirker dette (Ibid., s. 313-325). Dette blev forsøgt gennem korte beskrivelser af de forskellige forhold, for dermed at danne fælles grundlag mellem interviewer og respondent. Dette vil dog altid, i et forskningsdesign som dette, være et tværsnit og dermed kun et midlertidigt billede af, hvordan de praktiserende læger anser videokonsultationer. Denne kontekst kan ikke nødvendigvis genskabes i en kommende undersøgelse, hvorfor fænomenologien mindsker reliabiliteten en smule. Resultaterne må dog forventes at være sammenlignelige, hvis der ikke sker markante ændringer i normer eller strukturerne omkring de forskellige motivationsformer. Undersøgelsen vil dog være mulig at genskabe, da specialets induktive tilgang beskriver, hvilken tidligere forskning der er anvendt og dermed, hvilke dele af forskningsfeltet, som er inddraget i undersøgelsen. Som tidligere nævnt kan specialets resultater forventes at generaliseres til andre grupper, som udfører offentlige sundhedsydelser.

4.4.4 Struktur af analyse på baggrund af interviewene

Strukturen for analysen og den videre diskussion tager udgangspunkt i interviewene. I Afsnit 5 (redegørende) vil tidligere forskning og empiri beskrives med afsæt til videre diskussion i samspil med analysen af egen indsamlede empiri. Analysen vil først og fremmest have til formål at besvare problemformuleringen: *Hvad er de mest centrale barrierer i forbindelse med foretagelse af videokonsultationer i almen praksis og hvordan kan disse nedbrydes?* Formålet med analysen er altså at belyse de mest centrale barrierer imod videokonsultationer og diskutere, hvordan disse kan nedbrydes.

Strukturen for at opnå dette er, at analysen vil fremgå som tre selvstændige delanalyser, som tager udgangspunkt i specialets forskningsspørgsmål. I hver af de tre delanalyser vil afsnittet starte med meningskondenseringen, om det givne emne, for at danne et kvantitativt overblik over,

hvordan de praktiserende læger omtaler det pågældende emne. Herefter vil en kvalitativ analyse af det pågældende forskningsspørgsmål følge. Dette vil tage udgangspunkt i den gode rapportering, som bygger på i korte, fortolkede, veludvalgte citater som er relateret til den øvrige tekst (Ibid., s. 353). Samtidig skal der være et samspil mellem citater og øvrig tekst, så det er muligt at følge analysens udvikling imellem citaterne. De tre delanalyser vil, som tidligere beskrevet, tage udgangspunkt i de tre forskningsspørgsmål, hvorfor analysen er struktureret således:

Delanalyse 1: Hvad er de praktiserende lægers primære motivation for deres erhverv og føler de, at deres tid anvendes hensigtsmæssigt ved at foretage videokonsultationer? Denne delanalyse relaterer sig til lægernes intrinsiske motivation i forhold til lægernes faglige udfordringer og vil derfor tage udgangspunkt i koder og meningskondenseringen relateret til dette emne.

Delanalyse 2: Hvordan vurderer de praktiserende læger, at en øget anvendelse af videokonsultationer vil påvirke uligheden i sundhed? Denne delanalyse relaterer sig til lægernes public-service motivation i forhold til lægernes vurdering af anvendelighed for forskellige grupper og dets påvirkning på ulighed i sundhed og anvendelig for borgerne og vil derfor tage udgangspunkt i koder og meningskondenseringen relateret til dette emne.

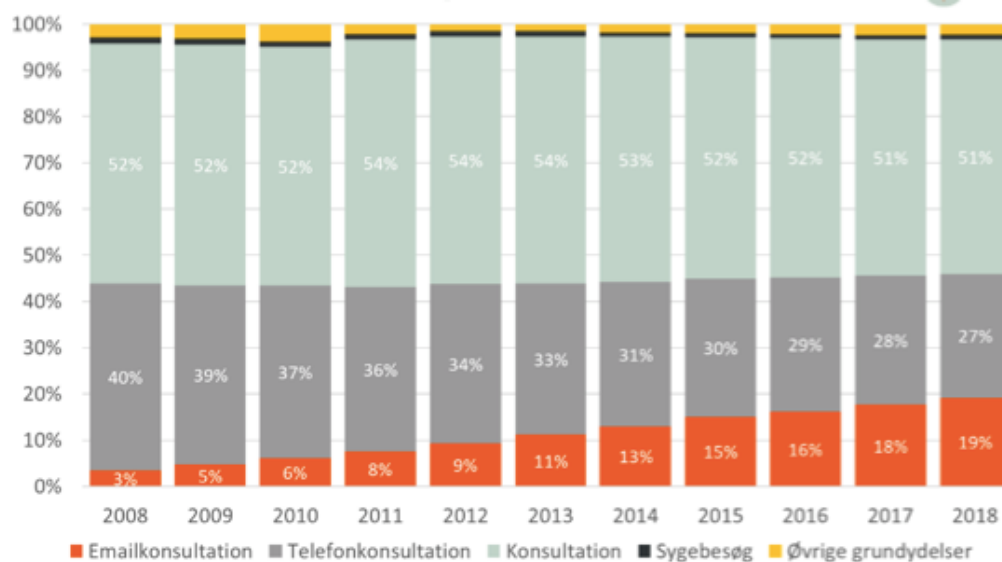
Delanalyse 3: Hvordan påvirker den nuværende økonomiske honorarstruktur antallet af videokonsultationer, som foretages i almen praksis? Denne delanalyse relaterer sig til lægernes ekstrinsiske motivation omkring honorarstrukturen og vil derfor tage udgangspunkt i koder og meningskondenseringen relateret til dette emne.

Efter delanalyserne vil disse samles i én diskussion, hvor de vurderes i forhold til validitet og internt i forhold til hinanden. Dette gøres for at give et kvalificeret bud på, hvordan de mest centrale barrierer kan nedbrydes og anvendelsen af videokonsultationer dermed kan øges.

5. Baggrund for indførelsen af videokonsultationer

Danmark fremhæves ofte, som et af de mest digitaliserede lande i verden. Blandt andet har FN (FN, 2020, E-government survey 2020) og OECD (OECD, 2019, Digital Government Index) de seneste år udnævnt Danmark til at være blandt de tre mest offentligt digitaliserede lande i verden. Særligt indenfor sundhedsvæsenet har Danmark været et af foregangslandene indenfor digitalisering, hvor denne har forbundet sektorer og sikret forskellige tiltag til gavn for borgerne (Gjødso et. al, 2021, s. 27). Blandt andet har praktiserende læger siden 2004 anvendt digitale journaler til f.eks. at udveksle informationer, se laboratoriesvar og henvise borgere til andre dele af sundhedsvæsenet (Ibid., s. 28). På grund af denne fremskredne digitalisering har danskerne i mange år haft mulighed for at booke konsultationer, se prøvesvar og kommunikere på skrift med lægerne online (Ibid.). Dermed har de praktiserende lægers hverdag ændret sig de seneste 20 år, hvor lægernes hverdag er blevet markant mere digital. Dette er illustreret i Figur 5, som viser, at andelen af e-konsultationer er gået fra 3% i 2008 til 19% af det samlede antal i 2018 (PLO, 2019, Almen praksis er blevet mere digital).

Figur 5 - Fordelingen af konsultationstyper i almen praksis 2008-2018.



Kilde: PLO, 2019, Almen praksis er blevet mere digital.

E- og telefonkonsultationer har dog sine begrænsninger i forhold til patientsikkerhed og kommunikation. En af de centrale udfordringer ved disse konsultationstyper er dog, at disse ikke kan substituere en fremmødekonsultation. I stedet kommer de til at udgøre ekstra konsultationer, som giver

lægerne mere travlhed og dermed mindre tid til andre borgere (Andersen & Medaglia, 2010, Danskerne syge med nettet). Disse udfordringer kan begrænses eller løses ved anvendelse af videokonsultationer. På trods af dette anvendes videokonsultationer langt mindre end både e- og telefonkonsultationer, som det kan observeres i Figur 5, hvor videokonsultationer blot indgår i kategorien "Øvrige grundydelse".

Der skulle en global pandemi, og nedlukning af det danske samfund til for, at lægerne og borgerne begyndte at øge anvendelsen af videokonsultationer, som det fremgår af Figur 1 i Afsnit 2, hvor nedlukning af Danmark i forbindelse med COVID-19 pandemien skete 11. marts, i uge 11. Antallet af videokonsultationer steg på baggrund af nedlukningen med næsten 6000% på blot 3 uger (PLO, 2020, Almen praksis under COVID-19). I samme periode faldt de almindelige konsultationer med 74%, da de praktiserende læger lukkede ned for ikke-akutte patienter til fysiske konsultationer (Ibid.). Antallet af e- og telefonkonsultationer steg også, hvor mange henvendelser formegentlig var COVID-relaterede.

En af grundene til, at antallet af videokonsultationer steg så markant var, at der blev udviklet en funktion i den eksisterende Min Læge-app, som gjorde det muligt at foretage videokonsultationer gennem app'en (Ibid.). Dermed blev de strukturelle forudsætninger for videokonsultationer ved almen praksis forbedret, sammenlignet med tidligere. På trods af denne strukturelle, digitale udvikling faldt anvendelsen af videokonsultationer hurtigt igen, selvom de stadig anvendes mere end før COVID-19 nedlukningen af Danmark (Ibid.).

Anvendelsen af videokonsultationer steg dog mest i og omkring Danmarks største byer. Dette skyldes formegentlig den demografiske sammensætning i disse områder, hvor de store byer generelt har en yngre befolkning end i yderkommunerne (Ibid.). Det må derimod forventes, at de største fordele ved en øget anvendelse af videokonsultationer er at finde i yderkommunerne.

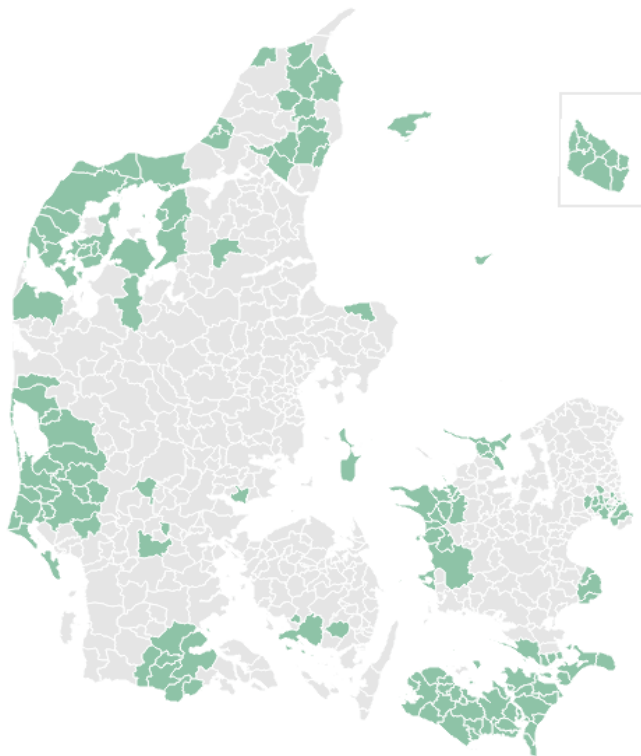
5.1. Udviklingen i lægedækning og demografi i de danske yder- og landkommuner

De seneste år er presset steget på de praktiserende læger i Danmark. Antallet af praktiserende læger i Danmark er faldet fra 3.595 i 2008 til 3.326 i 2020, hvilket er et fald på 7,5% (PLO, 2020, s. 3-

4). Samtidig er antallet af sikrede borgere i Danmark steget fra ca. 5,5 mio. til 5,8 mio. (Ibid., s. 26). Ligeledes er antallet af konsultationer, for en praktiserende læge, steget fra ca. 45 til ca. 50 om dagen i løbet af de sidste 14 år (PLO, 2019, ¶Stigende antal konsultationer). Dette resulterer i, at hver lægekapacitet i Region Nordjylland i 2019 havde 1.779 sikrede patienter, hvilket er det højeste i nogen dansk region (PLO, 2019, ¶Stigende antal konsultationer). Samtidig vælger mange medicinstuderende ikke at specialisere sig, som praktiserende læge i landkommunerne, da de ikke ønsker at uddanne sig der (Petersen, 2020, ¶Hver femte H-stilling er ubesat). Dette skaber en ulighed i sundheden, da der skabes en større tilgængelighed og tryghed for borgerne i bykommunerne og en utryghed for borgerne i yderkommunerne, hvor der oftest mangler læger og der er store afstande mellem borger og almen praksis. Dette er en særlig sundhedsmæssig udfordring, da almen praksis er borgernes adgang til sundhedsvæsenet og dermed, i høj grad, skal sikre sundheden i den brede befolkning. De områder som er særlig hårdt ramt af lægemangel kaldes de *lægedækningstruede områder*. Disse udpeges hvert år af Praksisplanudvalget og vil beskrives i de kommende afsnit, for at redegøre for, hvor disse områder befinder sig geografisk.

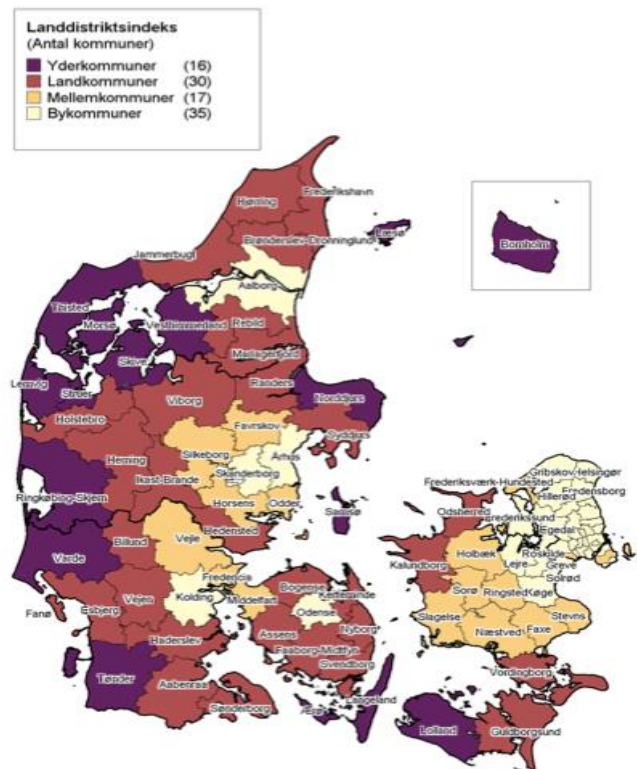
Som det fremgår af Figur 6 og 7 er de lægedækningstruede områder altså særligt geografisk placeret i yder- og landkommunerne. Disse findes især på Lolland, Falster, det meste af Nordjylland og store dele af Vestjylland, hvilket er illustreret i Figur 6 (Dalgaard, Kristensen & Kjeldsen, 2007, s. 4). Særligt Region Nordjylland er udfordret i forhold til manglen på læger, da 7 ud af 11 kommuner mangler praktiserende læger. Udover disse syv kommuner er Læsø kommune, som dog har nogle specifikke geografiske udfordringer, der ikke kan sammenlignes med de øvrige kommuner. Der er en række fælles udfordringer for disse kommuner. Fælles for disse områder er, at borgerne i gennemsnit har kortere uddannelser end i byerne (Ibid., s. 6). Derudover er der færre jobs, ingen større byer i disse områder og befolkningsantallet og beskæftigelsen er faldende (Ibid.). Dette skaber en stigende ulighed i sundhed, som kan skabe udfordringer for det danske sundhedsvæsen i fremtiden, hvis de ikke adresseres og løses.

Figur 6 - De lægedækningstruede områder i Danmark pr. oktober 2020.



Kilde: PLO, u.å., Lægedækningstruede områder.

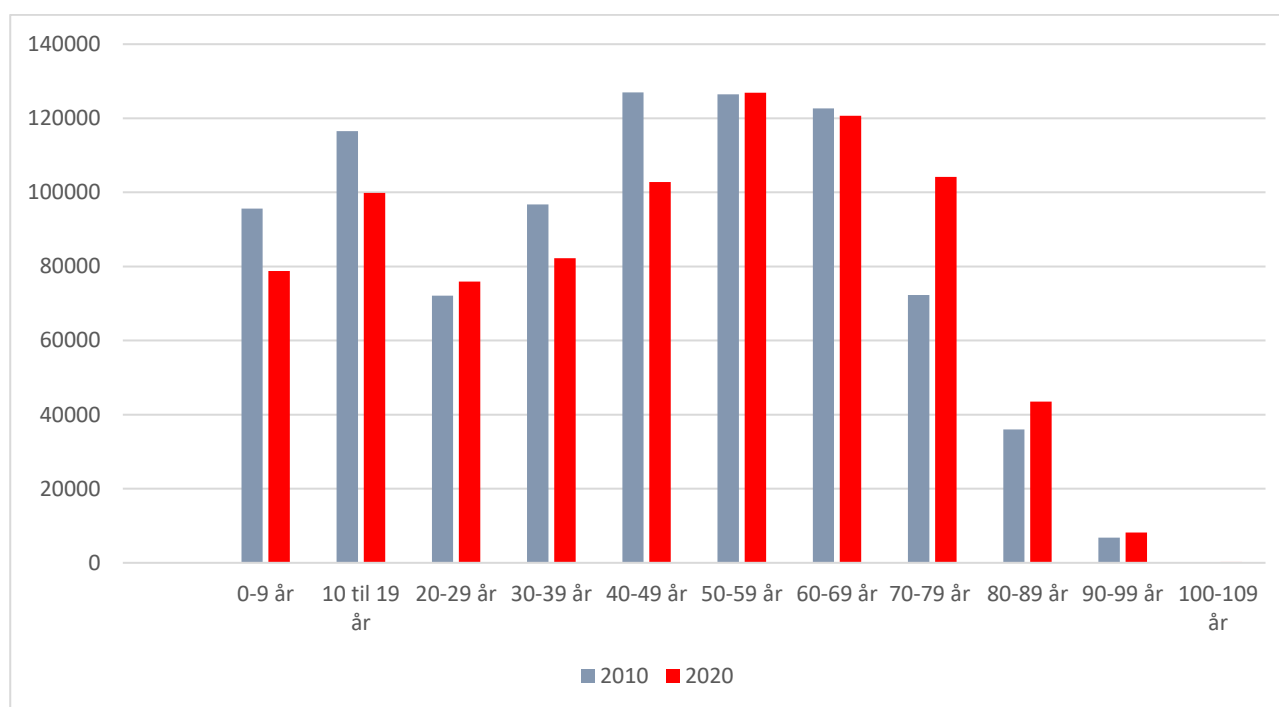
Figur 7 - Kort over kommunetyper i Danmark.



Kilde: Kristensen, Kjeldsen & Dalgaard, 2007, s. 4.

En af de mest centrale årsager til lægemanglen i disse områder skal findes i den demografiske sammensætning, der er i disse områder. Der er en række demografiske udfordringer, som gør det mindre attraktivt for praktiserende læger at oprette en praksis i de lægedækningstruede områder. Blandt andet har disse områder en større andel af ældre borgere, som generelt har flere kroniske sygdomme, hvorfor disse i gennemsnit har flere kontakter med almen praksis sammenlignet med yngre aldersgrupper (PLO, 2020, s. 28-29). Som beskrevet ovenover er de lægedækningstruede områder især i Nordjylland, Falster, Vestjylland og Lolland. Der er 19 kommuner, som er lægedækningstruede og som er en land- eller yderkommune. Det er disse, som nedenstående statistik tager udgangspunkt i. Der er dog også nogle københavnske kommuner, som er med i de lægedæknings-truede områder, da de har aldrende læger. Deres udfordringer kan dog ikke forventes at være de samme, som på Mors eller i Stuer, hvorfor disse er valgt fra i denne redegørelse. Kommunerne, som er med i denne undersøgelse, kan ses i Bilag 4, samt en argumentation over, hvorfor nogle kommuner er fravalgt.

Figur 8 - Grupperet aldersfordeling i de lægedækningstruede områder i yder- og landkommunerne.



Kilde: dst.dk/FOLK1A.

Figur 8 viser, at der er sket en markant stigning i andelen af ældre borgere over 70 år i disse områder siden 2010. Det er disse borgere, som især har mange kontakter med almen praksis (Ibid.), hvilket øger presset på de praktiserende læger i disse områder. Samtidig er der nogle udfordringer i honorarstrukturen i almen praksis, som også er medvirkende til, at de praktiserende læger fravælger at etablere praksis i de lægedækningstruede områder.

5.1.1 Almen praksis

Almen praksis fungerer ved, at de praktiserende læger køber et ydernummer og derefter honoreres lægerne for hver af deres foretagne ydelser. De praktiserende læger modtager et basishonorar pr. borger på 474,48 kr. om året (PLO, 2021, ¶Honorartabel). Derudover modtager lægerne betaling for hver konsultation der foretages med borgerne, dette beløb er 146,25 kr. for en alm. konsultation og 45,97 kr. for en e-konsultation, derudover giver en telefonkonsultation 28,63 kr. (Ibid.). Der er lige nu et ekstra COVID-tillæg for videokonsultationer, så de giver 165,27 kr. (Ibid.). Ydermere betales der ekstra tillæg til behandling af kronisk syge borgere, hvor de praktiserende læger modtager et fast beløb pr. måned efter sygdom (Ibid.). Derudover modtager læger i de lægedækningstruede områder i yder- og landkommunerne en øget betaling pr. patient (Ibid.).

Flere praktiserende læger har dog kritiseret dette ekstra honorar i de lægedækningstruede områder, men også kronikertillægget, da disse ikke dækker de ekstra omkostninger der er ved at drive praksis i områder med en høj koncentration af kronisk syge borgere og ældre. Dette er tilfældet da disse har flere opfølgningssamtaler end yngre borgere, som lægerne kan vælge at afholde uden beregning, for at sikre den bedste behandling af borgeren (Melbye, 2019, ¶Læge genantændte debatten). Disse samtaler kan med fordel foretages online, da de ikke afregnes som en konsultation og det dermed kunne lette presset på lægerne og samtidig give borgerne og de praktiserende læger øget frihed og tilgængelighed i forhold til at afholde disse samtaler på de mest hensigtsmæssige tidspunkter. Nogle af disse kan muligvis også afholdes af personalet i almen praksis, hvilket ville frigive mere tid til de praktiserende læger.

Dermed står almen praksis overfor en udfordring i fremtiden. Lægedækningen skal sikres i de lægedækningstruede områder, hvis ikke der skal ske en stor forskydning af tilgængeligheden til egen læge mellem land og by. For at forhindre dette anser både PLO og Danske Regioner videokonsultationer, som en integreret del af hverdagen i almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.

5.2 Videokonsultationer som en del af sikringen af lægedækningen i fremtiden

PLO og Danske Regioner udarbejder i fællesskab overenskomsten for de praktiserende læger i Danmark. Der er snart overenskomstforhandling mellem disse decentrale parter og derfor har de udarbejdet en vision for almen praksis frem mod 2030 (PLO & Danske Regioner, 2020, s. 3). I denne vision er der særligt fokus på at sikre lægedækningen for alle danskere frem mod 2030. I den forbindelse skal flere sundhedsfaglige funktioner overgå til almen praksis for at sikre den bedste behandling af alle borgere (Ibid., s. 4). Almen praksis skal overtage flere opgaver i forhold til samtale med kronikere og borgere i risiko for forværret sygdom. Her skal videokonsultationer bidrage til et mere fleksibelt og nærværende almen praksis (Ibid., s. 3-6). Videokonsultationer kan her supplere almindelige konsultationer på tidspunkter eller i situationer, hvor det ikke er muligt for borgerne at transportere sig til egen læge. Dermed kan der være nogle samfundsøkonomiske gevinster ved øget anvendelse af videokonsultationer, da både læge og borger kan spare betragtelig tid ved denne konsultationsform. Der har tidligere været forsøg med telemedicin i Region

Nordjylland, som blandt andet har haft fokus på de kronisk syge borgere og behandling af disse i eget hjem.

5.2.1 Tidligere telemedicinske løsninger i Region Nordjylland

Der har i Region Nordjylland de senere år været arbejdet med to projekter, som skulle bringe sundhedsvæsenet tættere på de kroniske syge og borgere i yderkommunerne. Disse projekter var *Nye Veje* og *TeleCare Nord*.

5.2.1.1 TeleCare Nord

TeleCare Nord er et nordjysk samarbejde mellem de 11 nordjyske kommuner, almen praksis og regionens sygehuse. Projektet startede i 2015 og var et telemedicinsk forsøg, hvor borgere udførte målinger på sig selv og dermed overvågede egen sygdom (RN, u.å., s. 2). Borgerne fik udleveret en tablet og udstyr til at tage blodtryk, puls og veje sig. Data fra disse sendes automatisk via tabletten til kommunalt sundhedspersonale, som tjekker at der ikke er en forværring af borgerens tilstand (Ibid., s. 3-6). Denne type behandling i eget hjem giver patienten mere styring over egen kroniske sygdom og mere medbestemmelse over patientforløbet. Dermed kommer borgeren tættere på sundhedsvæsenet ved at blive monitoreret i eget hjem, fremfor at dette skal gøres via fysisk kontakt med sundhedspersonale. Modsat videokonsultationer var TeleCare Nord forankret ved kommunalt sundhedspersonale, som hjemmepleje og lignende, hvor almen praksis blot stod for henvisning af rette borgere (Ibid.). Sundhed tættere på borgeren var udgangspunktet for TeleCare Nord og det samme var det ved projektet Nye Veje.

5.2.1.2 Nye Veje

Nye Veje var et projekt, som var et samarbejde mellem Region Nordjylland og Morsø Kommune. Baggrunden for projektet var blandt andet de tidligere nævnte udfordringer med lægedækningen i Morsø Kommune. Formålet var at se sundhedsvæsenet på en ny måde, med henblik på at sikre sundheden for alle borgere på Mors (Nye Veje, 2019, s. 3-4). Et af de centrale tiltag var et videoambulatorie i Morsø Sundhedshus. Herfra kunne borgerne tale med læger og sygeplejersker fra hospitalerne i Thisted eller Aalborg uden at skulle transportere sig fysisk til disse byer (Ibid., s. 8). Dermed blev der foretaget videokonsultationer for bestemte sygdomme, som ellers kun kan

behandles på de centrale hospitaler. Samtidig var teknikken enkel og brugervenlig og der var personale til at hjælpe ved tekniske udfordringer (Ibid.). På trods af start vanskeligheder med videoambulatoriet, er dette tiltag siden udvidet til flere typer af sygdomme og flere steder i Region Nordjylland (VIVE, 2021, s. 30,72). En af erfaringerne fra Nye Veje er, at disse videoambulatorier er en fordel for patienterne, da det giver mere frihed og mindre transport (Ibid., s. 38).

Dermed har der tidligere i Region Nordjylland været forskellige projekter med henblik på at rykke sundhedsvæsenet tættere på borgerne i regionen. Begge projekter oplevede, at borgerne følte sig sikre og fik mere frihed. Dermed er der nogle fordele, for især borgerne, ved at anvende digitale løsninger i sundhedsvæsenet. Disse vil særligt gælde for almen praksis, da de, som tidligere beskrevet, i fremtiden skal have en større koordinerende rolle i det samlede sundhedsvæsen. Med afsæt i disse erfaringer, omkring digitalisering indenfor kroniske syge borgere og nære sundhedstilbud i yderkommunerne, vil det kommende afsnit beskrive, hvilke fordele videokonsultationer særligt bidrager med ifølge tidligere undersøgelser.

5.3 Tidligere forskning omkring videokonsultationer i almen praksis

Der er de senere år foretaget mange undersøgelser i forskellige lande, både før og efter COVID-19 pandemien. Denne gennemgang indeholder to danske, tre norske og en skotsk undersøgelse af anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis. Derudover bygger afsnittet på en engelsk artikel, som har indsamlet erfaringer fra syv andre undersøgelser. Overblikket over disse er samlet i Tabel 3 nedenfor. Dermed vil erfaringerne, som vil beskrives i dette og i de kommende afsnit, ikke blot beskrive videokonsultationer i en dansk kontekst. Dermed kan de fordele, som identificeres betragtes, som de mest centrale i anvendelsen af videokonsultationer, ifølge tidligere undersøgelser af videokonsultationer, både fra før og efter COVID-19. De følgende afsnit bygger altså på kilderne som nævnes i Tabel 3 og vil for læsevenligheds skyld blot henvises til ved udgivernavn i de kommende afsnit.

Tabel 3 - Liste over anvendte undersøgelser omkring videokonsultationer.

Land	Udgiver	Årstal	Beskrivelse
Danmark	Nord-KAP (Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland).	2021	Denne undersøgelse er lavet ved at se på konsultationsdata i forbindelse med COVID-19 og spørgeskemaundersøgelse med 68 informanter, som alle er sundhedspersonale.
Danmark	MedCOM (nonprofitorganisation finansieret af KL, Danske Regioner og Sundhedsministeriet).	2020	Spørgeskemaundersøgelse med 52 læger og 17 borgere, som har forsøgt at anvende videokonsultationer i et pilotprojekt. Herudover var der gruppeinterview med 19 læger. Her skulle læger og borgere vurdere hver enkelt konsultation, hvor der dog kun var besvarelser fra en tredjedel af konsultationerne fra lægerne.
Norge	Confrere (videoløsningsfirma, som har erfaringer fra Norge - har dermed interesse i positiv omtale).	2019	Spørgeskemaundersøgelse med 100 praktiserende læger i Norge. Der er lavet nogle forskellige undersøgelser på baggrund af denne data i forhold til anvendelighed og barrierer.
Norge	Helsedirektoratet.	2018	En undersøgelse fra det norske Helsedirektoratet, som undersøger, hvordan videokonsultationer kan anvendes i almen praksis, men også i lægevagten. Her blev fordele og ulemper ved videokonsultationer undersøgt, hvor der også indgår anbefalinger for, hvordan lægerne kan motiveres til oftere at vælge e-konsultationer.
Norge	Helsedirektoratet.	2019	En undersøgelse fra det norske Helsedirektoratet, som undersøger, hvordan videokonsultationer kan anvendes til diagnosticering. Dette med henblik på, hvilke fordele der er ved disse ved at foretage et pilotprojekt.
Skotland	Scottish Government.	2020	Den skotske undersøgelse indeholder både besvarelser fra borgere og læger. Her kommer begge grupper

			med bud på, hvad de største fordele og ulemper ved videokonsultationer er. Der er også fokus på deres program, som hedder Near Me, hvilket ikke indgår i redegørelsen i dette projekt, men kun de generelle fund i rapporten.
England	BJGP (British Journal of General Practice).	2020	Denne artikel tager udgangspunkt i syv tidligere undersøgelser (to britiske og fem amerikanske). Fire af undersøgelserne indeholder patientundersøgelser, hvor fire indeholder data fra læger. Disse undersøgelser blev screenet og udvalgt af nogle medarbejdere, som bedømte tidligere undersøgelser ud fra en række kvalitetskriterier. Selve artiklen har samlet de væsentligste pointer fra de syv undersøgelser og opridset disse kort.

De syv udvalgte undersøgelser er alle positivt stemte overfor videokonsultationer, som en integreret del af fremtidens almene praksis. I MedCom's danske undersøgelse er både praktiserende læger og borgere positive overfor anvendelsen. Nord-KAP's undersøgelse finder ligeledes, at de fleste læger er tilfredse med at kunne anvende videokonsultationer, men at de største fordele er for patienterne. På samme måde finder alle tre norske undersøgelser, at de største fordele er at finde for patienterne. Det samme gælder for den engelske artikel, hvor borgerne er mere tilfredse i gennemsnit end lægerne, dog med begge grupper med en tilfredshed på over 85%. Den skotske undersøgelse finder ligeledes, at langt de fleste læger og borgere er positive overfor videokonsultationer. Her var det dog lægerne, som var mest positive overfor anvendelsen.

5.3.1 De største fordele ved anvendelse af videokonsultationer

Dermed finder alle syv undersøgelser, at anvendelsen af videokonsultationer er positive og at de påtænker at anvende disse fremadrettet. Samtidig er de fleste af undersøgelserne enige om, at de største positive effekter skal findes hos borgerne. Undersøgelserne finder også, at videokonsultationer ikke er et alternativ til fremmødekonsultationer, men skal anses som noget der kan anvendes

i andre situationer og kan stå i stedet for en telefonkonsultation eller som opfølgning på en fremmødekonsultation.

De syv undersøgelser har alle fundet nogle positive effekter ved anvendelsen af videokonsultationer, som primært er til fordel for borgeren, hvilket er en forandring fra den traditionelle lægekonsultation:

”Ifølge denne arbejdsgruppe tager den traditionelle lægekonsultation kun hensyn til lægen og institutionen, imens videokonsultation er til fordel for patienterne...”. (Nord-KAP, 2021, s. 29).

De kommende afsnit vil forsøge at beskrive de væsentligste af disse, for at beskrive, hvordan og hvornår videokonsultationer kan have en positiv effekt i almen praksis. Der er især tre områder, hvor litteraturen er enig om, at videokonsultationer er effektive. Disse er *Tilgængelighed*, *Fleksibilitet* og at Videokonsultationer har nogle fordele over telefonkonsultationer. Derudover beskriver det meste af litteraturen, at videokonsultationer er mest effektive når de anvendes med borgere, som de praktiserende læger allerede kender og at videokonsultationer fjerner risikoen for smitte i venteværelset. Det er dog væsentligt at understrege, at alle undersøgelserne finder, at videokonsultationer kun er et supplement til fremmødekonsultationer og aldrig kan erstatte disse fuldstændigt.

5.3.2 Tilgængelighed og fleksibilitet

De mest etablerede fordele ved videokonsultationer i litteraturen er tilgængelighed for borgeren og fleksibilitet for både borger og læge (Nord-KAP, 2021, s. 30). Tilgængelighed vil sige, at videokonsultationer gør det lettere for borgerne at komme i kontakt med egen læge. Fleksibilitet er i forhold til, at borgerne kan ordne konsultationerne fra kontoret eller hjemmefra, hvor lægerne oplever en øget fleksibilitet i forhold til, at de hurtigere kan foretage konsultationer med borgere som henvender sig:

”Disse udgivelser konkluderer alle, at fleksibilitet og tilgængelighed til lægen er en styrke ved brugen af videokonsultation” (Nord-KAP, 2021, s. 30).

I Nord-KAP's undersøgelse oplevede lægerne, at den største fordel ved videokonsultationer var den øgede fleksibilitet. I MedCom's undersøgelse var den største fordel tilgængelighed, da borgerne ikke behøvede at transportere sig til lægen, hvor fleksibiliteten i ikke at skulle tage fri blev anset, som den næststørste fordel. Confreres norske undersøgelse beskriver ligeledes, at fleksibiliteten er den største fordel og at tilgængeligheden er den næststørste fordel. De norske læger oplever især, at de kan nå at foretage flere konsultationer pr. dag, når de anvender video. De to undersøgelser fra Helsedirektoratet beskriver, hvordan fleksibiliteten i transport er den største fordel i den norske kontekst. Den engelske og skotske undersøgelse fokuserer særligt på begge områder som de største fordele. Da den engelske artikel bygger på flere ældre undersøgelser, må disse områder dermed anses som de største fordele i den eksisterende litteratur.

Dermed kan det betragtes i den eksisterende litteratur, at det er fleksibilitet og tilgængelighed, som er de centrale fordele ved foretagelse af videokonsultationer i almen praksis. Disse fordele er primært for borgeren, da de sparer transport og ventetid ved ikke at skulle møde op til en fremmøde-konsultation. Der er dog også en række andre fordele ved videokonsultationer, som en eller flere af undersøgelseerne beskriver.

5.3.3 Har fordele fremfor telefonkonsultationer

En af de andre fordele, som flere af de tidligere undersøgelser har fundet, er, at både patienter og læger oplever, at videokonsultationer er mere effektive end telefonkonsultationer. I Nord-KAP's rapport er den næststørste forbedring, som lægerne oplever, at videokonsultationerne er mere effektive end telefonkonsultationer. MedCOM's undersøgelse beskriver videokonsultationer, som et alternativ til telefonkonsultationer, men ikke som en forbedring. Den norske rapport finder en lille forbedring ved anvendelse af video frem for telefonkonsultationer. I den skotske undersøgelse er borgerne meget mere tilfredse med video end telefon, hvor lægerne i gennemsnit angav, at konsultationsformerne var lige anvendelige. Den engelske artikel har ikke gennemgået denne del.

Litteraturen beskriver altså, at videokonsultationer er mindre anvendelige end fremmødekonsultationer, men mere effektive end telefonkonsultationer. Disse fordele er dog størst for borgerne, som med fleksibilitet og tilgængelighed.

5.3.4 Kendte patienter

Den eksisterende litteratur beskriver, at de mest effektive videokonsultationer afholdes med borgere, som allerede er kendte i klinikkerne. Dette kan især være effektivt for borgere som er kronisk syge, skal have prøvesvar, som skal foretage opfølgningssamtale eller er sygemeldte. NordKAP's rapport beskriver, hvordan lægerne anser opfølgning med sygemeldte patienter, psykisk syge patienter og for at få prøvesvar, som effektive konsultationer at anvende video til. Dette stemmer overens med, at videokonsultationer kan anvendes i de yderkommuner, hvor der er langt til nærmeste praktiserende læger og mange ældre med kroniske sygdomme. Fælles for disse konsultationstyper er, at lægerne tidligere har været i kontakt med borgerne inden de begynder at anvende videokonsultationer. I MedCOM's undersøgelse nævnes det også, at videokonsultationer er mest effektive med patienter som lægen kender:

"Og så har jeg håndplukket de patienter, hvor jeg føler, at hvis det kikser, så kan vi måske klare det over telefonsamtale." (MedCOM, 2020, s. 40).

Dette er dog mest med henblik på, at lægerne på denne måde ved, at de udvalgte borgere kan finde ud af at anvende de teknologiske løsninger, som er nødvendige for at foretage en videokonsultation. Også de tre norske og den skotske undersøgelse fandt, at videokonsultationer giver bedre muligheder for at foretage opfølgende samtaler med kronisk eller terminalt syge patienter. I den engelske artikel er der mere tvetydighed omkring anvendelsen af videokonsultationer ved kronisk syge borgere. Borgerne i de syv undersøgelser, som indgår i artiklen, angiver, at kroniske syge borgere foretrækker fremmødekonsultationer, men at lægerne skal have en relation til borgeren for at en videokonsultation er optimal at anvende.

Derfor er det altså centralt for videokonsultationer, at læge og borger har en god relation inden disse kan foretages. Videokonsultationer kan særligt anvendes ved borgere, som led i et forløb,

enten med kronisk sygdom, sygemelding eller lignende tilstande, hvor der er behov for regelmæssig opfølgning.

5.3.5 Fjerner smitterisiko

Den sidste fordel ved videokonsultationer er, at dette fjerner risikoen for at blive smittet i venteværelset. Dette nævnes særligt i de rapporter, som er lavet efter COVID-19 pandemien. Særligt den skotske rapport beskriver, hvordan videokonsultationer kan forebygge smittespredning i epidemi situationer eller influenzasæsoner. I tidligere skotske undersøgelser blev dette ellers kun beskrevet som en mindre fordel, men efter COVID-19 anses det som en central fordel ved videokonsultationer:

“Both the public and health professionals identified the lower infection risk of video consulting as the number one benefit which reflects the period in which this consultation took place (during the Covid-19 pandemic). Notably, this has previously only described as a minor benefit of using video consulting (eg, to reduce people coming into GP practices with norovirus”) (Scottish Government, 2020, s. 6).

Dette er også nævnt i to af de norske undersøgelser, som begge er foretaget inden COVID-19. I en af disse er det dog beskrevet, at videokonsultationer også kan anvendes på borgere, som er mistænkt for at være smittet med en smitsom sygdom eller borgere i risikogrupper. Nord-KAP nævner også denne fordel i forbindelse med COVID-19, men fremhæver den ikke som en af de centrale fordele for at anvende videokonsultationer mere i fremtiden.

Fælles for de fleste af disse undersøgelser er, at de især fokuserer på de positive effekter, som anvendelsen af videokonsultationer medfører. Der er dog også mange ulemper ved at anvende videokonsultationer. Derfor vil det videre arbejde med dette speciale især omhandle barriererne, som forhindrer, at de praktiserende læger foretager flere videokonsultationer. Fokus vil være på barriererne, da nogle af disse må være markante nok til at forhindre yderligere anvendelse af videokonsultationer, da det i litteraturen er meget etableret, at der er mange positive effekter ved disse. Ifølge litteraturen er det borgerne som får de fleste fordele ved, at der foretages flere

videokonsultationer. Der er heller ikke meget fokus på løsninger i den etablerede empiri. Derfor ønsker dette speciale ikke blot at identificere de mest centrale barrierer, men også at finde løsningsforslag baseret på teori og teste dem gennem kvalitative interviews med praktiserende læger.

5.4 Videokonsultationers største barrierer ifølge den etablerede litteratur.

De kommende afsnit vil beskrive litteraturens bud på de største barrierer, som forhindrer at der foretages flere videokonsultationer. Dette har været en del af afsættet for specialets problemformulering og forskningsspørgsmål, som efterfølgende vil undersøges og testes. Afsnittene vil først beskrive alle kendte barrierer fordelt på forskellige kategorier og efterfølgende forsøge at identificere de mest centrale barrierer. Barriererne tager udgangspunkt i, hvilke udfordringer der er ved at foretage videokonsultationer. Derfor er det værd at bemærke, at videokonsultationer, ifølge alle undersøgelser i denne redegørelse, ikke kan erstatte fremmødekonsultationer, men blot skal ses som et supplement, som stadig indeholder en række barrierer for yderligere anvendelse. Afsnittene vil bygge på de samme syv kilder, som de forrige afsnit og kan findes i Tabel 3.

5.4.1 Økonomi

I henhold til den tidligere beskrevne honorarstruktur mellem PLO og Danske Regioner vil en stigning i antallet af videokonsultationer, resultere i en ændring i de praktiserende lægers økonomi. Den eksisterende litteratur har forskellige bud på, hvordan dette vil påvirke de praktiserende læger. Dette afsnit vil primært have fokus på de danske undersøgelser, da disse bygger på samme honorarstruktur, som undersøges i dette speciale, hvor der kan være andre strukturer i England, Norge, Skotland og USA.

I Nord-KAP's undersøgelse oplever de praktiserende læger ikke en forværring af deres økonomi i forbindelse med anvendelse af videokonsultationer under COVID-19. Dette skyldes formegentlig den forhøjede ydelse, som er indført i forbindelse med COVID-19. I MedCOM's undersøgelse fandt de, at honoreringen ved almindelige videokonsultationer ikke havde betydning, men at honoreringen skulle forbedres for samtaleforløb:

”Ved samtaleforløb, hvor nogle, men ikke alle, samtaler kan erstattes. Dette forudsætter dog, at taksten for samtale i videokonsultation reguleres, således at den matcher den eksisterende takst for samtaleforløb.” (MedCOM, 2020, s. 51).

Dette er problematisk, da en af de centrale anvendelser for videokonsultationer er i forbindelse med samtaleforløb med eksempelvis kronisk syge borgere. De norske undersøgelser forholder sig primært til de samfundsøkonomiske gevinster, hvor Confrere finder, at honoraret i Norge var for lavt, men dette blev hævet 1. juli 2019. Helsedirektoratet nævner også, at en mulig løsning på de økonomiske udfordringer er at etablere et økonomisk incitament for at foretage flere videokonsultationer. Dette kan gøres gennem et honorar for at indføre video i sin klinik eller et forhøjet honorar pr. konsultation. Den skotske og engelske undersøgelse omtaler ikke økonomi, som en væsentlig barriere. Med afsæt i de danske undersøgelser er der dele af de økonomiske incitamenter, som kan forbedres for de danske praktiserende læger. Dette gælder både for almindelige videokonsultationer, men især for samtaleforløb, hvor de nuværende økonomiske rammer ikke er rentable.

5.4.2 Øget ulighed i sundhed

En af de centrale udfordringer, som både præsenteres i de danske og udenlandske undersøgelser er, at et øget antal videokonsultationer vil medføre en øget ulighed i sundhed. Dette skyldes primært, at lægerne frygter, at de mest ressourcestærke borgere vil få foretaget flere konsultationer, hvis tilgængeligheden til almen praksis forbedres. Dermed bliver en af de mest centrale fordele også en af de faktorer, som kan øge uligheden i sundhed og dermed forfordele de mest ressource- og teknologisk svage borgere.

MedCOM anser dette som en central udfordring, hvor flere af de interviewede læger omtaler, hvordan tilgængeligheden kan resultere i, at de ressourcestærke borgere vil have mange flere kontakter til egen læge. Dermed vil de have flere kontakter uden at have mere sygdom og dermed vil dette tage konsultationstider fra de ressource svage og muligvis mere alvorlige sygdomme. Alle tre norske undersøgelser beskriver ligeledes, hvordan indførelsen af flere videokonsultationer kan medføre flere kontakter og dermed en skævvridning i, hvilke borgere der kommer til egen læge:

”Dette hænger også sammen med en bekymring for, at videokonsultationer kan komme på bekostning af svagere patientgrupper, for eksempel ved at ressourcestærke patienter optager mere tid eller har lettere ved at bruge video.” (Confrere, 2019, ¶Efterspørgsel og patientgrupper.)

Den skotske undersøgelse beskriver også denne udfordring, som en af de centrale. Denne undersøgelse forklarer endvidere, at den potentielle effekt af dette kan være, at det bliver borgere med bedre socioøkonomisk baggrund, længere uddannelse og lavere alder, som i højere grad vil optage tiden hos de praktiserende læger. Med baggrund i ovenstående er der en frygt hos de praktiserende læger om, at en stigning i anvendelsen af videokonsultationer vil have en negativ effekt på fordelingen af sundhedsressourcer i det danske samfund. Dette kan anses som kontraproduktivt, da en af de store fordele ved videokonsultationer var, at dette skulle gøre den praktiserende læger mere tilgængelig for alle borgere og særligt de ressourcetsvage og ældre borgere, som primært lever i yder- og landkommunerne. Dermed er der en barriere, som skal løses før, at lægerne vil acceptere en yderligere integration af videokonsultationer i almen praksis, hvis ikke de føler at alle borgere har samme muligheder for at anvende disse.

5.4.3 Teknologi og kommunikation

En anden udfordring, som den eksisterende litteratur nævner, er de teknologiske udfordringer der kan være forbundet ved at foretage konsultationer via video. Dette kan både være de teknologiske udfordringer med video, udstyr osv., men det kan også være de udfordringer, som er forbundet med at læge og borger ikke sidder fysisk sammen, hvilket kan resultere i nogle kommunikative udfordringer.

Nord-KAP's undersøgelse viser, at en af de største udfordringer, beskrevet af de nordjyske læger, er de kommunikative signaler f.eks. kropssprog, som kan gå tabt over video. Denne holdning deles af samtlige undersøgelser, som ikke ser de samme muligheder for at kommunikere via video, som ved en fremmødekonsultation. Dette udgør en væsentlig barriere, hvis de praktiserende læger ikke føler, at de kan viderebringe alle relevante sundhedsfaglige beskeder til borgerne. Dermed vil kvaliteten i sundhed falde, hvis borgerne ikke modtager alle relevante informationer eller der

opstår misforståelser i kommunikationen. Denne barriere er beskrevet af en 40-årig kvindelig læge i Confreres undersøgelse, som udtaler sig således om kommunikation og teknologi:

”Med pasient tilstede kan man raskt få gjort klinisk undersøkelse uten ny avtale. Video kan fort bli dobbelt arbeid da. Det må forskes på risiko for økt feilbehandling når man ”gjetter status” i stedet for å ta status.” (Confrere, 2019, ¶Kommunikation).

Nord-KAP’s undersøgelse beskriver, at lægerne selv anser teknologi som et mindre problem for dem, men at det giver nogle udfordringer for borgerne. MedCOM’s primære barrierer har omhandlet de teknologiske udfordringer. Disse inkluderer især booking af videokonsultationer, hvor der skal downloades en app og lægerne skal udvælge borgere, som kan foretage en videokonsultation. Samtidig har teknologiske udfordringer resulteret i, at mange konsultationer ikke kunne foretages og dette har virket demotiverende på både borgere og læger. De norske undersøgelser finder i mindre grad, at det kræver bestemte teknologiske kompetencer for at borgerne kan deltage i videokonsultationer. Den skotske undersøgelse nævner, at dårlig forbindelse, dårligt udstyr og lignende udfordringer var den største udfordring ved videokonsultationer. Dermed er det i højere grad udstyret og ikke borgernes evner, der ifølge den skotske undersøgelse, er den største teknologiske barrierer. Dermed er der uenighed i litteraturen omkring, hvorvidt de teknologiske udfordringer primært relaterer sig til udstyret eller borgernes evner til at anvende teknologien.

5.4.4 De praktiserende lægers ressourcer

En af de faktorer som nævnes som en af de teoretisk største fordele er, at det skal forbedre de socioøkonomiske forhold, da lægerne kan nå flere patienter og borgerne kan blive på deres arbejde og deltage i videokonsultation. Dermed sparer begge parter tid på denne proces og dermed frigives mere tid til at tilse flere patienter og arbejdstid for borgerne. Dette har dog vist sig ikke at være tilfældigt, ifølge de udvalgte undersøgelser. De nuværende strukturer resulterer nemlig i, at lægerne skal bruge uforbeholdent meget tid på at screene og godkende patienter, som kan anvende videokonsultationer.

Nord-KAP's undersøgelse viser, at cirka halvdelen af de adspurgte læger oplever, at de anvender mere tid på video end fremmødekonsultationer. Den anden halvdel oplever, at de får mere tid. Dette står i kontrast til MedCOM's undersøgelse, som viser, at lægerne i høj grad oplever, at de bruger for meget tid på at booke og screene patienter:

"Man skal ind i et andet system, og så skal jeg ind og ud og så skal jeg kopiere ind i mit system, og så skal jeg sende linket, og i forvejen skal jeg bruge tid på at snakke med patienten og informere omkring video de skal også lige downloade en app, fordi det virker i Min Læge-app, og så videre, så det tager bare en krig. Og i en travl hverdag er det måske ikke lige der man har tiden." (MEDCom, 2020, s. 36).

Dermed oplever de danske læger i denne undersøgelse altså, at det er meget tidskrævende at udvælge de patienter, som kan finde ud af at anvende videokonsultationer. Samtidig er selve processen med at booke patienterne meget tidskrævende. De norske undersøgelser har primært fokus på, at det er besværligt at oplære patienterne i, hvordan de anvender teknologien. Dermed går der tid til dette, som dermed ikke kan anvendes til at foretage konsultationer. Den skotske undersøgelse nævner, at de praktiserende læger i for høj grad udvælger patienter til videokonsultationer, men at mange af de antagelser, om borgerne, som dette baserer sig på, ikke er rigtige. Dermed fravælges mange egnede borgere på baggrund af nogle kriterier, som ikke stemmer overens med virkeligheden. Den engelske artikel fandt dog, at dette var den mest almindelige fremgangsmetode.

Dermed er der både nogle barrierer angående de praktiserende lægers tid i forbindelse med booking og screening. I den forbindelse udvælger lægerne borgere, som de forventer kan have sundhedsfaglig gevinst af en videokonsultation. Denne screeningsproces kan dog være problematisk, hvis den bygger på antagelser omkring f.eks. alder eller uddannelse, som ikke er korrekte. Litteraturen er dog enig om, at det ikke er alle borgere, som kan have gavn af videokonsultationer, men borgerne kan ikke blot screenes på baggrund af alder eller bopæl. Fælles for undersøgelserne er dog, at de undersøger videokonsultationer i et bredt perspektiv, hvor dette speciale ønsker at

undersøge lægerne i land- og yderkommunerne, da de, som nævnt tidligere, vil have de største fordele ved øget anvendelse.

De mest centrale barrierer for at foretage flere videokonsultationer må derfor, ifølge litteraturen, antages at være:

1. De økonomiske strukturer
2. Lægernes ressourcer med fokus på tid i forbindelse med screening, booking og oplæring af patienter
3. En frygt for øget ulighed i sundhed, hvis de ressourcestærke borgere får øget tilgængelighed til almen praksis

Foruden disse tre barrierer må der forventes at være nogle teknologiske udfordringer ved at foretage videokonsultationer. Disse udfordringer kan dog udspringe af flere af ovenstående barrierer. Derfor undersøges de teknologiske udfordringer med baggrund i de tre ovenstående barrierer med udgangspunkt i TAM2-modellen. Inden denne analyse vil der dog først være et kvantificeret overblik over specialets resultater i forbindelse med kodningen og meningskondenseringen.

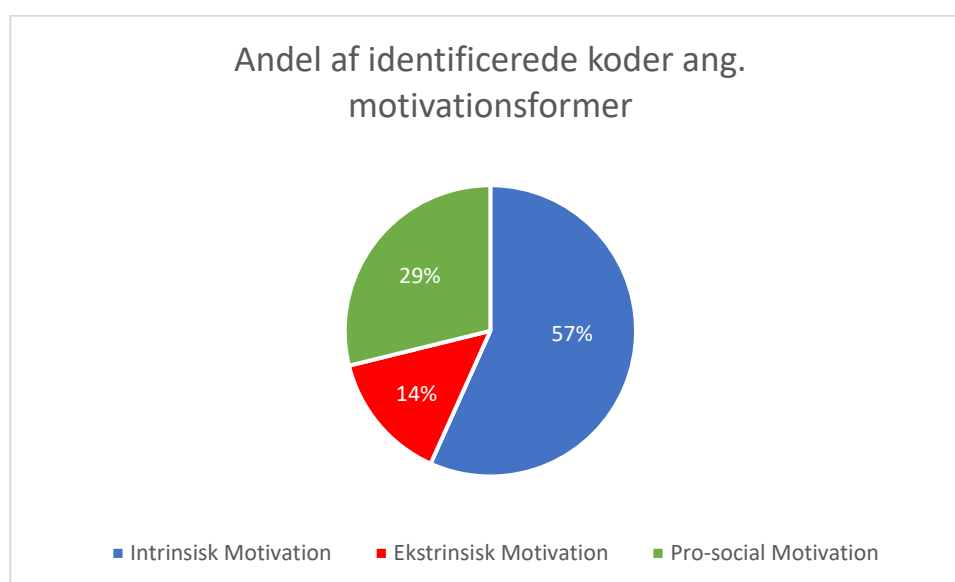
6. Analyse af interviews

For at kunne danne et overblik over, hvilke barrierer som specialets respondenter identificerer i de kvalitative interviews, vil der i de følgende afsnit blive beskrevet en kodning af disse. Som før nævnt vil denne kodning blive benyttet til at kvantificere respondenternes besvarelser, således at det er muligt at foretage en analyse af disse, på baggrund af specialets teoretiske perspektiv.

6.1 Kvantitative empiriske resultater på baggrund af kodning

Som det blev nævnt i det metodiske afsnit, vil specialet forsøge at besvare forskningsspørgsmålene ved hjælp af en række kvalitative interviews med fire praktiserende læger. Efterfølgende er der også foretaget en kodning af disse interviews, med henblik på at danne et overblik over respondenternes besvarelser. Resultatet af denne kodning viser, at de praktiserende læger alle sammen nævner eksempler på situationer, hvor de bliver motiveret af hver enkelt af de tre forskellige motivationsformer, som blev nævnt i det teoretiske perspektiv. Dog lader det til at særligt den intrinsiske motivation er central i beslutningsprocessen for de praktiserende læger.

Figur 9 - Samlet andel af identificerede koder angående motivationsformer.



Som det fremgår af Figur 9 omtaler respondenterne, at det i 57% af tilfældene er intrinsiske motivationsformer, som danner grundlag for beslutningsprocessen i deres arbejdsgang. Da respondenterne samtidig fremhæver public-service motivationsformer 29% af tiden, tyder dette på, at de i

højere grad er motiveret af intrinsiske motivationsformer fremfor public-service motivation. Det skal dog nævnes, at lægerne fremhæver ekstrinsiske motivationsformer 14% af tiden, hvorfor at denne også lader til at påvirke respondenternes beslutningsprocesser. Som det fremgår af bilag 9, 10 og 11 kan det, i interviewene observeres, at alle fire respondenter omtaler hver af de tre motivationsformer. Der er dog nogle forskelle på, i hvor høj grad de forskellige motivationsformer, er afgørende for de forskellige respondenter. F.eks. kan det af bilag 10 observeres, at Charlotte Løn-skov Jensen omtaler intrinsiske motivationsformer 13 gange, mens Flemming Lyng omtaler disse 21 gange. Det tyder dermed på, at der må være forskel på, i hvor høj grad de forskellige læger er motiveret af de forskellige motivationsformer. Figur 9 kunne dog godt give et fejlagtigt indtryk af, at ekstrinsiske motivationsformer ikke påvirker de praktiserende læger i særlig høj grad. Årsagen til dette er, at det i interviewene har været lettere for respondenterne at forklare, hvordan de ekstrinsiske motivationsformer påvirker dem, modsat de public-service og intrinsiske motivationsformer, som ofte har krævet en større uddybning. I de følgende afsnit vil dette, samt en række andre observationer blive beskrevet. Analysen vil blive struktureret ud fra de forskningsspørgsmål, som blev præsenteret tidligere i specialet. Foruden at analysere respondenternes besvarelser, samt at besvare forskningsspørgsmålene, vil specialet også indeholde en diskussion af mulige løsningsforslag til problemformuleringen, som tager udgangspunkt i forskningsspørgsmålene.

7. De praktiserende lægers primære motivation

Det første af forskningsspørgsmålene lød: *Hvad er de praktiserende lægers primære motivation for deres erhverv og føler de, at deres tid anvendes hensigtsmæssigt ved at foretage videokonsultationer?* Som det fremgår af ovenstående afsnit, kunne det gennem kodningen observeres, at alle respondenterne fremhævede den intrinsiske motivation, som værende den primære drivkræft for, at de er blevet praktiserende læger:

"... jeg kan godt lide det brede, hvor man ikke bliver så nørdet og hvor man sådan har det større overblik over tingene" (Charlotte Løn-skov Jensen, Bilag 5).

Hun fremhæver dermed, at det er selve arbejdsgangene i det at være praktiserende læge, som var afgørende for, at hun i sin tid valgte at uddanne sig til praktiserende læge. Dette er, som nævnt

ovenfor, en holdning som alle respondenterne deler (bilag 5, 6, 7, 8), hvilket tyder på at dette har en markant betydning for lægerne i forhold til at tilfredsstille deres indre behov. Derfor lader det også til, at respondenterne baserer deres opgaveløsning og arbejdsgange med afsæt i de intrinsiske motivationsfaktorer. Denne antagelse bliver samtidig understreget af, at respondenterne udtrykker utilfredshed med at blive pålagt at udføre nogle opgavetyper, som de ikke synes om:

*”Kravet til dokumentation for alt mellem himmel og jord. Det er jo vokset, og vokset og vokset (...)
Altså det er noget bøvl for at sige det pænt ” (Flemming Lyng, Bilag 8).*

Som det fremgår af ovenstående citat, påpeger den ene respondent, Flemming Lyng, at han er utilfreds med den udvikling, som hans arbejdsgange har gennemgået siden han startede med at være praktiserende læge. Han påpeger at han synes det er ’bøvlet’ at skulle bruge meget af sin tid på at journalisere. Denne frustration, over arbejdsopgaverne, tyder dermed på, at respondenterne er motiveret af intrinsiske faktorer, da det påvirker ham, hvordan han anvender sin tid på arbejdet.

Ovenstående udtalelser, samt Figur 9 illustrerer at det er selve arbejdsgangene ved at være praktiserende læge, som tyder på at være den primære motivationsfaktor for disse. Yderligere anvendelse af videokonsultationer vil utvivlsomt påvirke disse, hvorfor det må antages at de praktiserende lægers tendens til at være motiveret af intrinsiske motivationsformer, kan agere som en væsentlig barriere. Af samme årsag vil det også være fornuftigt at udarbejde en løsningsmodel, som får den yderligere anvendelse af videokonsultationer til at appellere til de praktiserende lægers intrinsiske motivation. Med andre ord vil effekten af et løsningsforslags succes afhænge af, at de praktiserende læger anser brugen af videokonsultationer, som værende forstærkende for deres indre værdier. Da de praktiserende læger baserer deres mål på baggrund af deres motivation, som i dette tilfælde er intrinsisk, vil de helt naturligt vælge at foretage flere videokonsultationer, såfremt de vurderer, dette som værende den optimale arbejdsgang.

Opgaven bliver dermed at udforme et løsningsforslag, der kan bidrage til, at de praktiserende læger, i højere grad end hidtil, anser videokonsultationer som en positiv del af deres arbejdsgang.

Med andre ord, et løsningsforslag som øger lægernes *PU* (Perceived Usefulness) omkring videokonsultationer. Der er flere måder hvorpå dette kan realiseres. Som det fremgår af TAM2-modellen, tidligere i dette projekt, er der en række faktorer der forklarer, hvordan lægernes *PU* bliver dannet. Ved at analysere respondenternes besvarelser ud fra disse, kan der dannes et overblik over, hvordan deres holdning til brugen af videokonsultationer kan påvirkes.

7.1 Videokonsultationers relevans

En af de nuværende udfordringer som kan identificeres ved videokonsultationer, er at respondenterne oplever udfordringer i forbindelse med identifikation af, hvordan videokonsultationer er relevante for deres arbejde:

”Altså i en verden, uden Corona så kan jeg sgu have svært ved at se, hvad det videokonsultation skal. Det må jeg indrømme...” (Merete Hansen, Bilag 6).

Manglende evne til at identificere videokonsultationernes relevans for deres arbejde kommer ifølge TAM2-modellen til at påvirke de praktiserende lægers *PU* af videokonsultationer, hvilket dermed er en medvirkende faktor til at forklare i hvor høj grad de kan forventes at benytte disse. For at få de praktiserende læger til at benytte sig yderligere af videokonsultationer, kunne der altså argumenteres for, at netop denne udfordring skal adresseres. For at muliggøre dette, er det nødvendigt at understrege præmissen for dette felt. Som det står beskrevet tidligere, i dette speciale, omhandler feltet i hvor høj grad en læge vurderer, at videokonsultationer er relevante for vedkommendes arbejde. Det handler altså ikke nødvendigvis kun om, hvorvidt videokonsultationer rent faktisk er relevante for de praktiserende lægers arbejdsgange, men om hvorvidt det er den praktiserende læges opfattelse, at de er det. Som det fremgår af en række af de tidligere undersøgelser, som er blevet beskrevet tidligere i dette speciale, er der observeret mange fordele ved videokonsultationer. På trods af dette tyder det på, at respondenterne endnu ikke foretrækker at benytte sig af videokonsultationer. Dette indikerer dermed at der er nogle andre, indre faktorer, som udover videokonsultationernes effektivitet, påvirker lægerne. I udarbejdelsen af et løsningsforslag burde disse dermed være i fokus. En måde hvorpå de praktiserende lægers vurdering af videokonsultationers relevans, for deres arbejdsgange, kunne forøges, er ved at gøre dette til

en del af uddannelsen af nye praktiserende læger. Som det er illustreret tidligere i dette speciale, forklarer respondenterne, at de primært er interesserede i at arbejde som praktiserende læger pga. de arbejdsgange, der gør sig gældende indenfor faget, da disse stemmer overens med lægernes intrinsiske motivation. Hvis aspirerende praktiserende læger blev introduceret til videokonsultationer i deres læringsforløb, ville det have potentialet til at tiltrække nogle individer, som synes det er interessant at arbejde med denne konsultationsform. Dette er tilfældet da disse ville betragte videokonsultationer som positivt korrelerende med deres intrinsiske motivation. Dermed ville disse kommende læger også i højere grad være tilbøjelige til at anse videokonsultationer, som relevante og interessante for deres arbejdsgange.

7.2 Kvaliteten af videokonsultation

En anden faktor som påvirker de praktiserende lægers *PU*, og dermed deres tilbøjelighed til at benytte videokonsultationer, er kvaliteten af det output som lægerne kan observere ved anvendelse af videokonsultationer. I den forbindelse udtaler Flemming Lyng, at han ikke mener at videokonsultationer kan tilbyde den samme kvalitet som fremmødekonsultationer:

”Jeg tror der går mange informationer tabt? Ved at det, Undskyld udtrykket, kun er video. Man har måske lidt sværere ved at fornemme hvad der egentlig er galt. Man kan jo ikke mærke, hvis man nu siger jeg har et udslet. Der skal man jo kunne mærke om det er hævet over huden eller om det er plant. Måske kan man få en ide om det ved at kigge på det, men det er altså ikke helt det samme” (Flemming Lyng, Bilag 8).

Udfordringer med den manglede fysiske kontakt er umuligt at undgå, da præmissen for videokonsultationer er, at patienten og lægen ikke er fysisk til stede i samme lokale. Der findes dog to måder, hvorpå denne udfordring kan formindskes. En mulighed er at videokonsultationer kombineres med andre telemedicinske løsninger, som kan gøre det muligt for patienten selv at foretage en række undersøgelser, som lægen normalt skulle være fysisk til stede for at foretage. Et sådant løsningsforslag kunne dermed blive inspireret af de positive erfaringer fra det før omtalte telemedicinske projekt TeleCare Nord, som udleverede udstyr til borgere, med henblik på at borgerne selv kunne måle f.eks. deres blodtryk eller puls. Denne data, kombineret med en videokonsultation,

ville give lægen en række af de sundhedsfaglige oplysninger, som respondenterne giver udtryk for mangler ved anvendelse af video. Dermed kunne et løsningsforslag baseret på øget anvendelse af telemedicin bidrage til, at outputtet af videokonsultationerne blev forbedret, hvilket ville øge de praktiserende lægers tilbøjelighed til at benytte disse.

En anden løsning på ovenstående problem kunne være at understrege overfor lægerne, at videokonsultationer ikke skal betragtes som et alternativ til fremmødekonsultationer, men som et supplement. Dermed vil lægerne ikke skulle betragte effektiviteten af videokonsultationer i forhold til fremmødekonsultationer, men i forhold til andre konsultationsformer. Videokonsultationer vil i nogle tilfælde måske endda substituere slet ikke at afholde en konsultation. I denne kontekst ville det forventes, at de praktiserende lægers indtryk af videokonsultationers effektivitet kunne ændre sig. Dermed vil disse have en bedre mulighed for at blive en mere integreret del af de praktiserende lægers arbejdsgang og hverdag. Der kan i besvarelsene fra respondenterne identificeres eksempler på at dette kan fungere:

”Jeg synes at videokonsultationer er bedre [end telefonkonsultationer], det giver nogle ekstra [fordele], det giver adgang til en ekstra sanser” (Antonio Tivalotti, Bilag 7).

Antonio Tivalotti betragter, modsat Flemming Lyng, videokonsultationer som et alternativ til telefonkonsultationer og dermed ikke i forhold til fremmødekonsultationer. I den forbindelse nævner Antonio Tivalotti, at videokonsultationerne giver ham bedre mulighed for at vurdere patienten, fremfor telefon, da billedet i en videokonsultation medfører, at han kan benytte synssansen. Derfor vurderer han også, at videokonsultationerne er bedre end telefonkonsultationerne.

For at løse udfordringen, omkring kvaliteten af outputtet, er det altså muligt at anvende telemedicinske løsninger til at øge den tilgængelige datamængde, for de praktiserende læger, ved anvendelse af videokonsultationer. Derudover skal det understreges, at videokonsultationer ikke skal erstatte fremmødekonsultationer, men i stedet ses som et supplement til disse. På baggrund af disse forslag vil kvaliteten af outputtet forbedres, hvilket vil appellere til de praktiserende lægers

intrinsiske motivation og dermed øge muligheden for at yderligere anvendelse af videokonsultationer i almen praksis.

7.3 Fokus på positive resultater ved brug af videokonsultation

De praktiserende lægers evne til at sammenkoble deres oplevede, positive erfaringer med brugen af videokonsultationer, er også en afgørende faktor for deres PU af disse. Merete Hansen beretter at videokonsultationer i nogle tilfælde har medført, at hun har været i stand til at screene patienterne således, at hun kunne afklare om den givne patient havde behov for at få foretaget en fremmødekonsultation:

”Så siger jeg til hende mens vi foretager en telefonsamtale ... Jo det kunne hun sagtens og efter 10 sekunder havde hun downloadet den app og jeg kunne få et billede frem og så kunne jeg jo sige okay det ligner ikke du har den her sygdom det ligner bare almindelige bumser. Så her var det jo mega fedt at vi havde billedet” (Merete Hansen, Bilag 6).

I det tilfælde kunne hun sammenkoble videokonsultationerne med positive resultater i sin arbejdsgang. Ved ikke at skulle afsætte tid til, at den givne patient skulle møde op i klinikken, og få foretaget en fremmødekonsultation, resulterede dette i ekstra tid til den praktiserende læge, som dermed kunne anvende denne til andre opgaver. Dette er appellerende i forhold til hendes intrinsiske motivation, hvilket qua specialets empiri og teori er motiverende for de fleste praktiserende læger. Observationer som disse kan dermed bidrage til at øge de praktiserende lægers PU af videokonsultationer i deres arbejdsgange. Det kunne dermed være en medvirkende faktor til nedbrydelsen af barriererne, i forbindelse med yderligere anvendelse af videokonsultationer i almen praksis, at understrege overfor de praktiserende læger, hvordan videokonsultationer kan være tidsoptimerende for de praktiserende læger. Dette vil dermed øge deres fleksibilitet og resultere i bedre forudsætninger for at tilrettelægge deres arbejdsgange således, at disse bedst muligt appellerer til deres intrinsiske motivation.

7.4 Normen omkring videokonsultationer

Tilpasningen af ovenstående løsningsforslag, som tager afsæt i lægernes intrinsiske motivation, korrelerer også i høj grad med de normer, der eksisterer blandt de praktiserende læger. Som det blev illustreret i kodningen i Afsnit 6 kan det observeres, at alle respondenterne blev tiltrukket af lægefagets arbejdsgange og dertilhørende udfordringer. Dermed eksisterer der med stor sandsynlighed en norm, blandt de praktiserende læger, om at videokonsultationer ikke er så hensigtsmæssige, som tidligere undersøgelser beskrev. Denne norm kan agere som en barriere for den yderligere anvendelse af videokonsultationer i almen praksis. Derfor ville det kræve en ændring af normen, således at der skabes bedre muligheder for, at lægerne oftere vælger at anvende videokonsultationer. Som det fremgår i Afsnit 3.4 om TAM2-modellen, påvirker de subjektive normer flere af de andre faktorer. Den subjektive norm er baseret på de intrinsiske motivationsformer, da normen er baseret på disse. En af måderne hvorpå normen kan forandres, er ved at skabe positive erfaringer med brugen af videokonsultationer. I projektet Nye Veje påvirkede regionen lægerne, i regionsklinikkerne, til at anvende videokonsultationer. Forskellene på arbejdsgangene i regionsklinikkerne, fremfor i klassiske praksisser i almen praksis, er mange, f.eks. kan regionerne i højere grad påvirke, hvordan opgaveløsningen i regionsklinikkerne skal foregå. Ved at anbefale de ansatte i regionsklinikkerne at benytte videokonsultationer, bliver lægerne mere erfarne med anvendelsen af disse og dermed vil dette påvirke normen omkring anvendelsen af videokonsultationer. Dette forsøg på at ændre normen, afhænger dog af, at de erfaringer, som lægerne i regionsklinikkerne opnår, er positive. Såfremt regionsklinikkerne er i stand til at opnå positive erfaringer omkring anvendelsen af videokonsultationer, vil de fremstå som et godt eksempel, for de praktiserende læger, som dermed kan blive påvirket til at benytte sig yderligere af videokonsultationer.

Med afsæt i TAM2-modellen illustrerer dette altså, at der er en række faktorer som udgør barrierer i forbindelse med yderligere anvendelse af videokonsultationer i almen praksis. Det fremgår også at respondenterne i dette speciale ikke er tilfredse med at skulle foretage videokonsultationer i deres daglige arbejde, da de ikke er overbevist om, at dette ikke er den mest effektive udnyttelse af deres tid. For at løse denne udfordring kan de barrierer, som TAM2-modellen har illustreret, anvendes til at skabe et løsningsforslag som tilgodeser de praktiserende lægers behov for at opfylde deres intrinsiske motivation.

Et løsningsforslag kunne være at udlicitere tidsbestillingen af videokonsultationer til andet personale i almen praksis. Som det fremgår af nogle af de tidligere undersøgelser, har der været udtrykt bekymringer omkring at overlade denne opgave overgå til andre ansatte i praksisserne, men disse bekymringer deler respondenterne i dette speciale dog ikke:

”I starten skal man vænne sig til det, men på sigt bliver det hurtigt løst” (Antonio Tivalotti, Bilag 7).

Antonio Tivalotti udtaler, at han ikke bekymrer sig omkring dette, da han stoler på at hans personale er i stand til at vurdere, hvilke patienter der er egnet til at få foretaget videokonsultationer og hvem der ikke er. Denne holdning deler Flemming Lyng også:

”De har sådan nogle flowcharts de kan slå op i. Men det er klart, hvis man har en sygeplejerske som har været her i 15 år, så har de også en vis erfaring” (Flemming Lyng, Bilag 8).

Dermed tyder empirien ikke på, at denne barriere er så markant, som den eksisterende litteratur har beskrevet. Lægerne føler dog ikke, at de udnytter deres tid mest hensigtsmæssigt, når de foretager videokonsultationer. For at ændre på dette kan de faktorer, som TAM2-modellen belyser, med fordel benyttes. Derfor vil det være hensigtsmæssigt at forsøge at ændre normerne omkring forskellige konsultationstyper i almen praksis. Ved at skabe en norm, som tilskynder brugen af videokonsultationer, sikres en øget appel til de praktiserende lægers intrinsiske motivation i forhold til at foretage disse. Sådanne normer kan bl.a. skabes ved at fremhæve de positive erfaringer, som regionsklinikkerne har gjort sig i forbindelse med Nye Veje. Derudover bør det også understreges, overfor de praktiserende læger, at videokonsultationer skal ses som et supplement til fremmøde-konsultation, fremfor et alternativ. Dette sker da de praktiserende læger i så fald vil have nemmere ved at observere fordelene ved videokonsultationer. Endeligt bør videokonsultationer inkluderes i uddannelsen af nye læger, hvilket vil medføre, at de nyuddannede læger vil betragte videokonsultationer, som en naturlig del af arbejdsgangene. Dermed vil de læger, som er intrinsisk motiverede, og stadig vælger at uddanne sig til praktiserende læger, være interesserede i at anvende

videokonsultationer mere og dermed anse disse som en integreret del af hverdagen i almen praksis.

Ovenstående løsningsforslag henvender sig dog primært til de praktiserende lægers intrinsiske motivation. Som det fremgik af kodningsafsnittet, er der også andre motivationsformer som påvirker respondenterne. Det følgende kapitel vil beskrive, hvordan der eksisterer en række andre indre barriere i forhold til de praktiserende lægers public-service motivation og hvordan forskellige løsningsforslag kan udarbejdes med afsæt i denne motivationsform.

8. Public-service motivation i almen praksis

Selvom de ovenstående afsnit beskrev, at lægerne er intrinsisk motiveret betyder dette dog ikke, at de ikke også kan være motiveret af andre motivationsformer. Der er også observeret nogle eksempler på, at lægerne har handlet ud fra public-service motivation. Som det er blevet beskrevet, i et af de tidligere afsnit, er en af bekymringerne ved den øgede digitalisering af sundhedsvæsenet, at det kommer til at skabe en større ulighed mellem de ressourcesvage og ressourcestærke i samfundet. Denne bekymring danner grundlaget for det andet forskningsspørgsmål: *Hvordan vurderer de praktiserende læger, at en øget anvendelse af videokonsultationer vil påvirke uligheden i sundhed?* Dette er en bekymring som en række af respondenterne adresserede:

” ... som jeg har beskrevet det før, det er ikke sikkert at mange ældre kan få adgang til den slags [videokonsultationer] og der er i hvert fald mange som giver op, og siger ’jaja jeg gider ikke det’ og ’fint med den behandling jeg får nu, jeg har det godt, jeg vil have den kontrol som det plejer at være’. Fordi det bliver besværligt for dem” (Antonio Tivalotti, Bilag 7).

Dermed frygter lægerne især at de ældre borgere kan blive forfordelt af den øgede ulighed, da lægerne antager, at det er denne befolkningsgruppe som får sværest ved at bestille og deltage i videokonsultationer. Respondenten påpeger at det særligt er de ældres tekniske evner, som er med til at skabe denne ulighed. Dette er en af årsagerne til at flere af respondenterne er tilbageholdende i forhold til at tilbyde patienterne videokonsultationer:

” ... den ældre befolkning er vist udfordret for de er ikke vant til at bruge den video, mens både dig og mig bruger det regelmæssigt højest sandsynligvis på mange forskellige former, det er en del af vores dagligdag. Det er det ikke for de ældre, de ældre er vant til at bruge telefon fx, så den største forskel for dem er om det er fastnet eller mobiltelefon mere end det, det kan de ikke, og det er det der udfordrer lidt videokonsultationen” (Antonio Tivalotti, Bilag 7).

Det er dermed forskellen i den tekniske formåen mellem den yngre del af befolkningen i forhold til de ældre, som er årsag til, at respondenterne oplever udfordringer ved anvendelsen af videokonsultationer. Som det blev beskrevet tidligere i dette speciale, kunne løsningen på denne barriere

baserer sig på erfaringerne fra TeleCare Nord projektet. Gennem undersøgelserne blev det nemlig observeret, at denne problematik primært var forankret i, at brugervenligheden ved de nuværende systemer var for lav:

”Det ville jo være et godt gæt [at de yngre er bedre til at anvende video end de ældre]. Min mor ville aldrig nogensinde lave en video. Hun har godt nok en computer med et kamera, men det ville hun jo aldrig bruge” (Flemming Lyng, Bilag 8).

En mulig løsning på denne barriere kunne dermed være at reducere de tekniske udfordringer, som den ældre del af befolkningen, ifølge lægerne, oplever i forbindelse med de nuværende systemer der faciliterer videokonsultationer. I den forbindelse er der dog en række overvejelser som skal nævnes. En af respondenterne forklarer, at lægerne har efterspurgt et mere forsimplet system, således at det skulle blive endnu nemmere for den ældre befolkning at tilkoble sig en videoforbindelse:

”Man kunne egentlig bare godt tænke sig sådan et ’Messenger’ system, hvor man bare kan ringe op og sætte video på” (Charlotte Lønskov Jensen, Bilag 5).

Et mere simpelt videokonsultationssystem, der f.eks. fungerede som Facebooks *Messenger* system, hvor borgeren oplever et mere brugervenligt system, ville dermed kunne reducere denne barriere. Indtil videre har dette dog ikke været muligt, da der i videokonsultationer sker en udveksling af personfølsomme sundhedsdata. Derfor skal videokonsultationer foretages via særligt udviklede programmer, som er i stand til sikkert at kryptere og behandle data. Indtil videre har dette dog medført den barriere, at videokonsultationsprogrammerne, ifølge vores respondenter, ikke har været brugervenlige nok. Det er i forbindelse med nedbrydelsen af denne barriere, at der kunne udarbejdes et løsningsforslag på baggrund af de positive erfaringer med TeleCare Nord. En mulig løsning på denne udfordring kunne være at udlevere nogle devices magen til dem som patienterne i TeleCare Nord modtog. Disse devices skulle kun have de nødvendige programmer installeret og på forhånd være indstillet til den enkelte patient, med henblik på at være så simple, og

dermed så brugervenlige, som overhovedet muligt. På den måde kunne disse devices medvirke til, at det blev lettere for de ældre at booke og deltage i videokonsultationer:

Interviewer: *"Tror du man kunne løse det ved for eksempel at køre sådan nogle telemedicinske løsninger og udlevere nogle devices eller noget i den stil? Hvor det næsten er helt forsimplet ned. For eksempel en iPad eller noget, hvor der er downloadet en app fra start af, altså så det bliver super nemt?"*

Flemming: *"Men det kunne meget vel tænkes, ja"* (Flemming Lyng, Bilag 8).

Formålet med denne løsning er at reducere den potentielle ulighed, som kunne forventes at opstå i forbindelse med, at en øget adaption af videokonsultationer i almen ville gøre det lettere for ressourcestærke borgere at benytte sig af videokonsultationer. Derudover ville dette løsningsforslag appellere til de praktiserende lægers public-service motivation, hvilket ville forøge deres PU af videokonsultationer, da flere ressourcetsvage borgere ville få øget adgang til disse. For at løsningsforslaget kan have en effekt, på den yderligere adaption af videokonsultationer i almen praksis, kræver det dermed, at de praktiserende læger er public-service motiveret for at hjælpe borgerne mest effektivt. Som det blev nævnt i det teoretiske perspektiv, og som det fremgår af interviewene er dette også tilfældet for respondenterne:

Antonio: *"Altså jeg tænker patienten er 1. Prioritet, vi tænker altid bedst for patienten..."*

Interviewer: *"... så den primære motivation til at tilbyde en video, det er fordi at I vurderer, at det vil være bedst for patienten i det givne tilfælde?"*

Antonio: *"Ja, ja præcis"* (Antonio Tivalotti, Bilag 7).

Da de praktiserende læger dermed lader til også at være public-service motiverede, kunne et løsningsforslag som det ovenstående bidrage til en forøget adaption af videokonsultationer i almen praksis. Dette løsningsforslag vil nedbryde eller formindske barrieren omkring ulighed i sundhed,

da denne ulighed er baseret på de ressourcetsvage borgeres manglende evne til at drage fordel af den øgede tilgængelighed ved selv at booke og deltage i videokonsultationer.

8.1 De praktiserende lægers vurdering af patienternes udbytte af videokonsultationer

Som nævnt tidligere beretter flere af respondenterne om, at deres patienter ikke får samme udbytte fra en videokonsultation, som en fremmødekonsultation. Da respondenterne giver udtryk for, at de bl.a. er drevet af public-service motivation vil de have en tendens til at tilbyde videokonsultationer, såfremt de vurderer at disse medfører en god behandling af patienten. Respondenterne udtrykker dog bekymring omkring anvendelsen af videokonsultationer i arbejdsgangene i almen praksis. Flere af respondenterne pointerer, at de betragter videokonsultationernes fordele i lægevagten fremfor almen praksis:

”Men når du er i lægevagten, så har du jo meget kort tid til at orientere dig om hvad er det for et menneske. Underdriver de? Nogle er jo meget beskedne i Region Nordjylland. De ringer nogle gange hvor man tænker hold da op i skulle da have ringet 112, hvor nogle gange at man tænker, dit ben er jo helt vildt hævet. Du bliver nødt til at komme ind, for du kan have en blodprop i dit ben, hvor man nogle gange har brugt video til at overbevise dem om at de blev nødt til at komme ind, så vi kan få trykket på det der ben, for det ser da mærkeligt ud” (Merete Hansen, Bilag 6).

Da specialet, som tidligere beskrevet, har observeret, at videokonsultationer har mange fordele for patienterne i almen praksis, lader dette til, at der er en særlig norm blandt de praktiserende læger. Denne norm beskriver, at videokonsultationer ikke er lige så effektive i almen praksis, som i andre dele af sundhedssektoren. Det kan bl.a. påvirke frivilligheden, som de praktiserende læger oplever omkring adaptionen af videokonsultationer. Hvis lægerne oplever at normen dikterer, at de skal tilbyde deres patienter fremmødekonsultationer, i situationer hvor den enkelte læge ellers vurderer, at en patient kunne få foretaget en videokonsultation, vil de i mange tilfælde derfor ende med at tilbyde patienten en fremmødekonsultation. Ligesom det var tilfældet i analysen af den intrinsiske motivation, er det dermed også nødvendigt at ændre på normen blandt læger som er public-service motiveret. Dermed vil læger, som er public-service motiverede, og som vurderer,

at en videokonsultation er mest egnet i et given tilfælde, også vælge at tilbyde patienten denne konsultationstype.

8.2 Vurderingen af hvorvidt videokonsultationer kommer patienterne til gode

Udover de ovenstående tilfælde ville det også kunne påvirke public-service motiverede læger, til at adaptere videokonsultationer, hvis de positive resultater, som disse medfører tydeliggøres. Der er som før nævnt mange fordele ved videokonsultationer, men det lader ikke til at de praktiserende læger tager højde for disse:

”Altså i en verden, uden Corona så kan jeg sgu have svært ved at se, hvad det videokonsultation skal. Det må jeg indrømme...” (Merete Hansen, Bilag 6).

Denne oplevelse af videokonsultationer kunne relatere sig til, at de praktiserende læger ikke er bekendte med de fordele, som videokonsultationerne medfører. Flere af respondenterne giver dog udtryk for, at de er bekendte med videokonsultationernes mange fordele:

”Det kan godt være at man ikke kan bruge kun videokonsultationer til at afslutte sin proces, men den kan bruges lidt til at sortere i folk som har en travl hverdag (...) Så nogle, og særligt de der små mennesker, med øjenbetændelse og sådan noget i den stil, dem har jeg også siddet og set på mens de har siddet og spist morgenmad og de har ikke engang fattet at de har været til læge” (Merete Hansen, Bilag 6).

Respondenten er altså bekendt med, at der er fordele ved anvendelsen af videokonsultationer. Dette har tilsyneladende ikke været tilstrækkeligt til at overbevise vedkommende om, at respondenterne skulle adaptere videokonsultationer i sin praksis. Public-service motiverede læger burde ellers være drevet af et mål om at ville tilbyde borgerne den bedst mulige behandling. Dermed indikerer dette, at lægerne endnu ikke er blevet overbevist om, at videokonsultationer er den mest hensigtsmæssige behandling af patienterne i andre situationer end travlhed. Demonstrationen af positive resultater vil dermed påvirke lægernes PU, såfremt der indsamles mere data, som påviser en positiv sammenhæng mellem kvaliteten af de serviceydelser, som de praktiserende læger

leverer, og anvendelsen af videokonsultationer. Dette løsningsforslag ville dermed resultere i en tydeligere demonstration af, hvordan videokonsultationer kan skabe et bedre sundhedssystem for patienterne, hvilket ville medføre, at de public-service motiverede læger ville vælge at adaptere denne konsultationsform i deres praksis.

For at udarbejde et løsningsforslag, som appellerer til de praktiserende lægers public-service motivation skal dette udarbejdes på baggrund af flere faktorer. Disse inkluderer, som de intrinsiske faktorer, en ændring af normer i forhold til, hvornår lægerne anser videokonsultationer som hensigtsmæssige for borgerne. Derudover bør der være øget fokus på at demonstrere sammenhængen mellem videokonsultationer og en effektiv behandling. Med afsæt i de positive erfaringer fra Tele-Care Nord bør det nuværende videokonsultationssystem forsimples og evt. kombineres med udlevering af en device, som kunne øge brugervenligheden og dermed øge tilgængeligheden for de ressourcetsvage borgere.

Analysen har hidtil belyst, hvordan en række indre faktorer agerer som barrierer i forbindelse med den adaption af videokonsultationer i almen praksis. Der er dog også en række yderlige faktorer, som påvirker de praktiserende lægers beslutningsproces i forhold til, hvilken form for konsultationer og arbejdsgange, som de vælger i almen praksis.

9. De økonomiske honorarstruktureres påvirkning på adaption af videokonsultationer

Dette afsnit har til hensigt at besvare det tredje og sidste forskningsspørgsmål som lyder: *Hvordan påvirker den nuværende økonomiske honorarstruktur antallet af videokonsultationer, som foretages i almen praksis?* Formålet med dette forskningsspørgsmål er at definere i hvor høj grad de praktiserende læger er motiverede af ekstrinsiske motivationsfaktorer. Som det blev beskrevet i det teoretiske perspektiv, er dette nemlig også en af de motivationsformer, som kan påvirke læger og andre individer når de skal beslutte sig for en konkret form for opgaveløsning. I følgende analyse tyder dette også på at være tilfældet:

”Altså de har jo givet en ydelse. De har givet nogle penge. Det er nogle kroner og øre som vi får. Så altså vi får en fin honorering for at benytte os af det her og i almen praksis er det altid en god motivationsfaktor. Der skal være penge med i det” (Charlotte Lønskov Jensen, Bilag 5).

Respondenten understreger dermed, at ekstrinsiske motivationsformer, i dette tilfælde, økonomiske incitamenter, påvirker hendes beslutning om, hvorvidt hun vælger at udføre videokonsultationer eller ej. Som beskrevet tidligere, kan økonomiske incitamenter i teorien påvirke de praktiserende læger til at øge mængden af videokonsultationer, såfremt de til en vis grad er motiveret af ekstrinsiske faktorer. Ovenstående citat tyder på, at selvom respondenterne giver udtryk for, at de primært er motiveret af indre faktorer, kan de også motiveres af eksterne faktorer. I interviewene er der endda observationer som viser, at de måske endda er mere motiveret af ekstrinsiske motivationsfaktorer end de selv er bevidste om. Af interviewene fremgik det, at ikke alle respondenterne påstod, at et økonomisk incitament ville kunne få dem til at adaptere videokonsultationer:

”Altså der vil ikke være noget økonomisk der kunne få mig til at vælge videokonsultationer fremfor noget andet” (Merete Hansen, Bilag 6).

Dermed hævder respondenterne, at hun ikke kan motiveres til at adaptere videokonsultation på baggrund af ekstrinsisk motivation. Af denne årsag burde økonomiske incitamenter dermed ikke

have nogen effekt. På trods af dette blev det i samme interview observeret, at forbedringen af de økonomiske incitamenter påvirkede respondenterne til at anvende disse:

”jamen her var det jo ren og skær økonomi der gjorde, at jeg sagde at vi sætter den [konsultationen] op til videokonsultationer, altså jeg kunne jo lige så godt have snakket med hende [patienten] over telefonen, men så kunne jeg ikke have benyttet mig af samtaletaksten” (Merete Hansen, Bilag 6).

Respondenten giver dermed udtryk for, at hun alligevel valgte at benytte sig af videokonsultationer, da dette muliggjorde, at respondenterne blev kompenseret med samtaletaksten for videokonsultationer, som er højere end den tilsvarende takst for at foretage konsultationen over telefon. Dermed tyder dette på, at respondenterne, til en vis grad, kan påvirkes gennem ekstrinsisk motivation.

Denne observation giver dermed anledning til at diskutere, hvorvidt respondenterne har en tendens til at undervurdere, enten bevidst eller ubevidst, påvirkningen af ekstrinsiske motivationsfaktorer i beslutningsprocessen i deres daglige arbejde. Som det fremgår af det teoretiske perspektiv, har aktører, der leverer en offentlig service, som de praktiserende læger er i Danmark, en tendens til særligt at være motiveret af public-service motivation. Dette skaber et image omkring de praktiserende lægers rolle. Lægernes image bliver dermed, at deres virke er at hjælpe og behandle patienterne mest hensigtsmæssigt og at dette dermed er deres primære motivation for at være praktiserende læger. Hvis nogle praktiserende læger i stedet er motiveret af ekstrinsiske motivationsfaktorer, kunne disse være tilbageholdende med at offentliggøre og udtale sig om dette, da der vil være en frygt for reaktionen, som ville opstå fra deres kollegaer og dermed også fra fællesskabet, der eksisterer blandt de praktiserende læger. Dette ville dog ikke nødvendigvis påvirke deres beslutningsproces når de skal udvælge, hvilken opgaveløsning de vil anvende i deres arbejds-gange. Ovenstående citat antyder også, at de praktiserende læger føler, at de nuværende økonomiske rammer, tvinger dem til at anvende videokonsultationer, da deres praksisser er afhængige af den indtægt som medfølger. I relation til dette nogle af variablene fra TAM2-modellen

inddrages til at forklare, hvordan det kan have en betydning for de praktiserende lægers brug af videokonsultation i almen praksis.

9.1 Frivilligheden forbundet med videokonsultationer

I hvor høj grad de praktiserende læger anvender og adapterer videokonsultationer afhænger nemlig også af, i hvor høj grad de oplever, at dette er et frivilligt tilvalg. Såfremt de praktiserende læger oplever, at de nuværende økonomiske rammer ved anvendelsen af videokonsultationer, tvinger dem til at anvende disse, vil der opstå en crowding-out effekt hos de praktiserende læger. Dette vil resultere i, at de praktiserende læger bliver mere negativt indstillede overfor anvendelsen af videokonsultationer:

”Men det jeg synes der er træls det er at vi bliver tvunget til at benytte os af videokonsultationer for at få en høj takst fra nogle af samtalerne. Og her kan man jo sige det er primært lyden. Jo altså hende jeg snakkede med hun var da tydeligt berørt og hun græd men det kunne jeg jo godt fornemme fra vores samtale med hende så der havde jeg jo ikke behov for at se hende” (Merete Hansen, Bilag 6).

Respondenten beskriver dermed, hvordan hun oplever at blive tvunget til at afvikle videokonsultationer, på trods af at hun ikke oplever nogle fordele for patienten eller for hendes egen evne til at hjælpe denne. Dette er et eksempel på at graden af frivillighed lader til at være lav i forbindelse med adaption af videokonsultationer. På kort sigt kan der argumenteres for, at denne grad af frivillighed ikke påvirker anvendelsen af videokonsultationer. Som det fremgår af ovenstående citat, har respondenterne adapteret videokonsultation på baggrund af de økonomiske incitamenter. Det er dog netop i denne sammenhæng, at det er nødvendigt at vurdere de langsigtede konsekvenser af den crowding-out effekt, som disse økonomiske rammer skaber. Ved at etablere nogle økonomiske incitamenter som tilskynder en adfærd, som de praktiserende læger ikke er interesserede i, vil deres intrinsiske motivation reduceres med tiden. Lægernes opgaveløsning vil dermed blive mere afhængig af, at de økonomiske incitamenter bliver yderligere forbedret, da deres arbejdsglæde vil falde i forbindelse med adaptionen af videokonsultationer. Dette kan dermed resultere i øgede udgifter til de praktiserende læger, og vil samtidig medføre, at de praktiserende læger

mister interessen i at være kreative og opfindsomme i deres opgaveløsning. Af denne årsag kræves påpasselighed ved tilrettelæggelsen af økonomiske incitamenter, som tilskynder anvendelsen og adaptionen af videokonsultationer i almen praksis.

9.2 De økonomiske konsekvenser forbundet med de nuværende tekniske udfordringer

Derudover skal man også overveje 'tid er penge' argumentet. Flere af respondenterne udtrykker en bekymring omkring den tid, det tager for dem at afholde en videokonsultation:

"... så er der selvfølgelig også en barriere i at når du aftaler sådan en videokonsultation så skal du også bruge nogle minutter på at forklare folk hvordan det foregår. Jeg mener alle kan finde ud af at tage en telefon og sige jeg ringer til dig. Men at få dem forklaret at så skal du lige downloade denne her app og så skal du lige bruge dit Nem-ID til det og så nede for nede der er nogle ikoner. Altså der er rigtig mange barrierer i at få det der til at fungere og det tror jeg – det er klart det kan man lige sige til en ung: "du skal bare lige gå ind og downloade den der app der", men det er klart det kan man ikke sige til Oda på 75 ude fra Øster Bøvelse... Det kan man simpelthen ikke" (Charlotte Lønskov Jensen, Bilag 5).

Respondenten beskriver dermed at det er problematisk, at lægerne er nødt til at bruge tid på at oplære patienter i, hvordan videokonsultationer foretages. Det betyder at lægerne er nødt til at afsætte længere tid til at foretage videokonsultationer, hvilket medfører at disse ikke kan afholde lige så mange konsultationer som ved telefon- og fremmødekonsultationer. Da de praktiserende læger i Danmark bliver kompenseret ud fra, hvor mange konsultationer de afholder, betyder dette at disse i sidste ende ikke modtager en lige så høj en compensation. Rent økonomisk tyder det altså på, at den nuværende brugervenlighed af videokonsultationer medfører, at de praktiserende læger har et incitament til at fravælge videokonsultationerne, da de dermed kan bruge tiden på at afholde andre konsultationsformer. Dette bør derfor inkorporeres i udviklingen af løsningsforslag, som appellerer til de praktiserende lægers ekstrinsiske motivation.

De nuværende økonomiske rammer påvirker altså de praktiserende lægers anvendelse og adaption af videokonsultationer. Lægerne modtager en højere ydelse ved at foretage

videokonsultationer end tidligere, hvilket har medført at anvendelsen af videokonsultationer er steget. De praktiserende læger bør derfor fortsat modtage en øget ydelse, for brug af videokonsultationer, for at opretholde denne positive udvikling. Disse ydelser har dog en crowding-out effekt på de praktiserende lægers andre motivationsformer, hvilket på længere sigt kan medføre, at det bliver sværere at motivere dem til at anvende videokonsultationer uden at forbedre de nuværende økonomiske rammer. Dette vil være omkostningsfuldt og nedsættende for innovationen blandt de praktiserende læger, hvilket dermed har nogle negative konsekvenser for samfundet. Ved at påvirke de eksisterende normer, omkring anvendelsen af videokonsultationer i almen praksis, vil dette dog vende crowding-out effekten, som de nuværende økonomiske incitamenter skaber, til en crowding-in effekt, som vil have modsatte virkning og medføre en besparelsen i samfundsøkonomien på sigt, samt øge innovationen i sektoren. Dermed bør løsningsforslag relateret til ekstrinsiske motivationsfaktorer tage afsæt i de crowding-in effekter, som vil opstå hos de praktiserende læger. Løsningsforslag bør også basere sig på frivillighed og at fastholde de nuværende økonomiske strukturer, da en reduktion af honoraret vil resultere i relativt bedre økonomiske incitamenter ved at anvende andre konsultationsformer. Dette vil dermed have en crowding-in effekt af lægernes foretrukne konsultationstyper som er video og telefon.

10. Diskussion af motivationsfaktorerne

På baggrund af ovenstående analyse vil de kommende afsnit indeholde en videre diskussion af, hvordan de empiriske resultater kan anvendes i forhold til tidligere forskning og teori. Afsnittene vil også indeholde specialets samlede bud på et løsningsforslag, som kunne nedbryde de mest centrale barrierer i forbindelse med adaption af videokonsultation i almen praksis. Yderligere vil der indgå en diskussion af teoriernes indbyrdes forståelse samt, hvordan dette påvirker anvendelsen af specialets resultater.

10.1 Delkonklusion på baggrund af analysen

Der er altså mange måder hvorpå de praktiserende læger kan motiveres til at adaptere videokonsultationer. Da de praktiserende læger primært er intrinsisk motiveret er det denne motivationsform som løsningsforslag skal tage udgangspunkt i. Der bør dog også etableres strukturer, som appellerer til lægernes public-service motivation, da denne også påvirker lægernes beslutningsproces. Endeligt bør de praktiserende lægers ekstrinsiske motivation også inkluderes i løsningsforslag, da denne kan observeres at have påvirket beslutningsprocessen omkring, hvilken form for konsultationer de praktiserende læger anvender. Derudover kan den potentielle crowding-in effekt, som de eksterne faktorer medfører, påvirke de praktiserende læger til at adaptere videokonsultationer i almen praksis på længere sigt, på en både bæredygtig og innovativ måde. Tabel 4 illustrerer faserne i specialets løsningsforslag og beskriver, hvordan de forskellige faser appellerer til forskellige motivationsformer. Løsningsforslaget tager udgangspunkt i analysen og bør, ifølge den indsamlede empiriske viden, medvirke til, på en bæredygtig og innovativ måde, at nedbryde de eksisterende barrierer i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis gennem motivation af de praktiserende læger.

Tabel 4 - Specialets samlede løsningsforslag til at nedbryde de undersøgte barrierer.

Trin	Beskrivelse	Formål	Appel
1. Trin	De nuværende økonomiske incitamenter bør bibeholdes i forbindelse med foretagelse af videokonsultationer.	Den nuværende økonomiske struktur bør bibeholdes, da respondenterne beskriver, at denne har resulteret i, at de anvender videokonsultationer oftere.	Ekstrinsisk motivation.
2. Trin	Brugervenligheden af de nuværende videokonsultationssystemer bør optimeres (f.eks. ved at udlevere forudindstillede devices).	For at reducere de tekniske udfordringer, som i øjeblikket gør sig gældende, ved anvendelse af videokonsultationer bør brugervenligheden forøges. Dette vil reducere lægernes anvendte tid på at foretage videokonsultationer, samt understøtte anvendelsen af disse blandt ressourcensvage borgere.	Intrinsisk motivation. & Public-service motivation.
3. Trin	De positive resultater, som regionsklinikkerne og almen praksis har opnået, ved anvendelse af videokonsultationer, bør demonstreres tydeligere.	For at ændre normen omkring videokonsultationer samt at understrege de fordele, som dette kan have for patienterne, bør der fokuseres yderligere på de positive resultater, som anvendelsen af videokonsultationer medfører.	Intrinsisk motivation. & Public-service motivation.
4. Trin	Integrér anvendelsen af videokonsultationer i uddannelsen i almen medicin.	Der bør fokuseres på at tiltrække individer som betragter videokonsultationer, som en spændende del af en læges arbejdsgang. Dette bør gøres med henblik på at ændre den generelle norm blandt de praktiserende	Intrinsisk motivation.

		læger. Derfor bør anvendelse af videokonsultationer være en del af uddannelsen i almen medicin.	
5. Trin	De økonomiske incitamenter skal forøges i forbindelse med foretagelse af videokonsultationer.	Ved at følge Trin 2, 3 og 4 bør dette have resulteret i, at anvendelsen appellerer til de praktiserende lægers intrinsiske og public-service motivation. Dermed vil forbedrede økonomiske strukturer skabe en crowding-in effekt med afsæt i lægernes motivation.	Ekstrinsisk motivation.

Løsningsforslaget, illustreret i Tabel 4, anbefaler dermed først at bibeholde de nuværende økonomiske strukturer. Dette bør gøres da de senere trin med forandringer af normer er afhængige af disse incitamenter. Løsningsforslaget tager højde for risikoen for en crowding-out effekt ved at lægerne føler sig tvunget til at anvende videokonsultationer. For at kunne udføre de efterfølgende trin er det dog nødvendigt, at lægerne fortsætter med at anvende videokonsultationer så normerne kan ændres. Derefter bør brugervenligheden af videokonsultationer forbedres, da dette vil give lægerne mere tid til at foretage andre arbejdsopgaver. Dette vil appellere til lægernes intrinsiske motivation, da dette er efterspurgt af lægerne og dermed øge deres tilbøjelighed til at anvende denne konsultationstype. Derudover kan dette trin medvirke til at nedbryde barrieren omkring ulighed i sundhed i forbindelse med den øgede tilgængelighed, hvilket appellerer til lægernes public-service motivation. Ved løbende at demonstrere de positive resultater, i forbindelse med den øgede adaption af videokonsultationer, vil dette gøre lægerne mere tilbøjelige til at anvende video. Efter en øget demonstration af de positive resultater og forbedring af brugervenligheden, bør videokonsultationer også inkorporeres i uddannelsen af nye praktiserende læger i almen medicin. Dette vil tiltrække potentielle læger med en intrinsisk motivation for arbejdet med videokonsultationer, som samtidig anser denne konsultationsform, som den mest hensigtsmæssige behandling af borgeren, altså deres public-service motivation. De tre foregående trin bør have resulteret i en forbedring af videokonsultationers image og påvirket lægernes norm, så disse nu

appellerer til lægernes intrinsiske motivation. Ved at øge honoraret, ved anvendelse af videokonsultationer, vil dette skabe en crowding-in effekt, da dette eksterne incitament appellerer til lægernes intrinsiske og public-service motivation. Dermed bør de tre motivationsformer og eksterne faktorer i TAM2-modellen, nedbryde de centrale barrierer ved adaptionen af videokonsultationer i almen, gennem motivation af de praktiserende læger. Som tidligere nævnt bliver alle de praktiserende læger ikke lige motiveret af de forskellige motivationsformer, men dette er netop fordelen ved Tabel 4, da den inkluderer elementer af alle tre motivationsformer samt de eksterne faktorer i TAM2. Dermed vil dette løsningsforslag appellere til de praktiserende læger uanset om disse primært er intrinsisk, ekstrinsisk eller public-service motiveret.

10.2 Diskussion

Resultaterne i dette speciale fraviger på flere punkter fra den etablerede forskning omkring adaption af videokonsultationer i almen praksis. Respondenterne i dette speciale er mindre motiveret af public-service motivation end motivationsteori omkring offentlige serviceydere ellers beskriver. I stedet er de praktiserende læger i høj grad intrinsisk motiveret. Økonomiske incitamenter burde ifølge teorien ikke påvirke lægernes beslutningsproces, hvis disse som forventet er public-service motiverede. I specialet kunne det dog observeres, at respondenterne foretog videokonsultationer udelukkende pga. de økonomiske strukturer.

Lægerne anvendte og adaptere dermed videokonsultationer på baggrund af det øgede honorar ved at foretage disse. Honoraret blev øget, da de praktiserende ikke måtte foretage fremmøde-konsultationer med ikke-kritiske borgere de første uger efter COVID-19 nedlukningen af Danmark. Dermed fungerede det øgede honorar også som en sikring af lægernes økonomi, men også som et incitament til at adaptere teknologien. Tidligere har PLO også forsøgt at motivere lægerne med økonomiske incitamenter til at etablere praksis i yder- og landkommunerne, dog uden held indtil videre. De fleste tidligere løsningsforslag, som har henvendt sig til praktiserende læger, har altså appelleret til deres ekstrinsiske motivation. Disse incitamenter har i flere tilfælde ikke haft den ønskede effekt. Dette speciales løsningsforslag skal dermed ses, som en model der tager afsæt i denne erfaring og derfor appellerer til de motivationsformer, som specialet har observeret, er de primære for de praktiserende læger.

I mange tidligere rapporter prioriteres det ligeledes, at videokonsultationer er mest anvendelige, hvis de praktiserende læger allerede har et forhold til den pågældende patient. Respondenterne i dette speciale er dog ikke enige i, at dette er tilfældet. I stedet prioriterer respondenterne, at disse ikke har behov for video ved borgere som de allerede kender, da de ved om disse har tendens til at under- eller overdrive deres situation. Derudover kender lægerne allerede disse borgers journal og ved, hvilke konsekvenser, forandring i sygdom, vil have for disse borgere. Derfor anser lægerne telefonkonsultationer som mest anvendelige, da disse er mere brugervenlige for borgerne. Lægerne giver dog udtryk for, at der kan være nogle fordele ved at anvende videokonsultationer ved børn, da disse på den måde ikke bliver utrygge. Samtidig har der været nogle positive aspekter i forhold til smittespredning, ved at borgere i risikogrupper eller med symptomer kunne tilses i eget hjem. Denne fordel forbinder lægerne i høj grad med COVID-19. Fordelen kan dog også generaliseres til f.eks. influenza, hvor kroniske syge borgere med eksempelvis KOL med fordel kunne få en videokonsultation i influenzasæsonen. Derfor er specialets løsningsforslag ikke kun gældende under COVID-19 pandemien, men kan også forventes at være effektiv efter denne.

Tidligere løsninger, som har forsøgt at ændre dele af almen praksis, har ofte haft afsæt i én bestemt motivationsfaktor, nemlig den ekstrinsiske. Derfor er styrken ved dette speciales løsningsforslag, at det appellerer til alle tre motivationsformer og, at disse i den forbindelse understøtter hinanden. Specialets undersøgelse peger på, at den ekstrinsiske motivation kun er effektiv, hvis den anvendes til at understøtte den intrinsiske og pro-sociale motivation. Dette er også afsættet for, at de økonomiske incitamenter først bør hæves, i specialet løsningsforslag, efter at de andre motivationsformer er adresseret.

11. Konklusion

Formålet med dette speciale var at undersøge problemformuleringen: *Hvad er de mest centrale barrierer, for de praktiserende læger, i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis og hvordan kan lægerne motiveres til at nedbryde disse?* Dermed har det centrale for specialet været at identificere de mest centrale barrierer for, med udgangspunkt i TAM2-modellen og motivationsteori at udarbejde løsningsforslag til, hvordan disse kan nedbrydes ved at motivere de praktiserende læger.

Analysen i dette speciale konkluderede, at de praktiserende læger primært er intrinsisk motiveret. Ekstrinsisk og public-service motivation påvirker dog også de praktiserende læger i adaptionen af videokonsultationer. Da lægerne primært er intrinsisk motiveret er det afgørende for adaptionen af videokonsultationer, at normen forandres til at disse er effektive og hensigtsmæssige at anvende. For at nedbryde denne barriere bør der fokuseres yderligere på at demonstrere de positive erfaringer og resultater, som opstår ved anvendelse og adaption af videokonsultationer. Dermed vil dette påvirke normen og øge anvendelsen af videokonsultationer. Samtidig bør videokonsultationer inkorporeres, som en integreret del af uddannelsen almen medicin. Ved at integrere videokonsultationer i uddannelse vil dette tiltrække bestemte individer, som finder denne arbejdsgang interessant og hensigtsmæssig. Disse tiltag vil medvirke til at ændre normen omkring videokonsultationer. Dette sker med afsæt i, at de praktiserende læger i højere grad vil vurdere videokonsultationer, som effektive i relation til både tidsforbrug og behandlingens kvalitet.

Samtidig bør videokonsultationssystemet gøres mere brugervenligt for de resourcesvage borgere. De praktiserende læger vurderer, at adaption af videokonsultationer i sin nuværende form vil øge uligheden i sundhed, da de ressourcestærke borgere vil have større fordele af denne øgede tilgængelighed end de mere resourcesvage. Formålet med dette tiltag er at nedbryde barrieren omkring ulighed i sundhed, som den øgede tilgængelighed kunne medføre. Nedbrydelsen af denne barriere bør tage udgangspunkt i tidligere telemedicinske løsninger, som TeleCare Nord, hvor resourcesvage borgere fik en meget simpel og brugervenlig device udleveret. Da de praktiserende læger er public-service motiveret, vil de være tilbøjelige til at anvende løsninger, som er

hensigtsmæssige for flest borgere. Dermed vil nedbrydelsen af denne barrierer appellere til denne motivationsform.

De nuværende økonomiske honorarstrukturer er ikke tilpasset lægernes intrinsiske og public-service motivation, hvorfor de skaber en crowding-out effekt. De nuværende honorarstrukturer er dermed ikke bæredygtige og skal på længere sigt tilpasses. Specialet finder dog at disse på nuværende tidspunkt bidrager positivt til adaptionen af videokonsultationer, hvorfor de på kort sigt ikke bør ændres. Hvis lægernes normer tilpasses, som beskrevet i ovenstående afsnit, bør honoraret for afholdte videokonsultationer øges for at etablere en crowding-in effekt.

De tre mest centrale barrierer, for de praktiserende læger, i forbindelse med adaption af videokonsultationer i almen praksis er dermed: de nuværende honorarstrukturer, lægernes ressourcer og den potentielle ulighed i sundhed. For at nedbryde disse bør de nuværende økonomiske strukturer bevares på kort sigt. Derudover bør brugervenligheden af videokonsultationssystemerne forbedres, for at reducere uligheden i sundhed og de positive effekter ved anvendelsen af disse bør demonstreres yderligere. Samtidig bør videokonsultationer inkluderes i uddannelsen almen medicin og derefter bør honorarerne forbedres.

12. Efterrationalisering

Specialets resultater baseres på de tre forskningsspørgsmål, som er udarbejdet med baggrund i de tre motivationsformer og de mest centrale barrierer ifølge tidligere forskning. Dette er undersøgt gennem kvalitative interview, hvorfor den empiriske datas anvendelighed er begrænset af dette. Resultaterne af dette speciale er dermed kun valide med afsæt i det forskningsfelt, som er undersøgt. Dermed skal resultaterne anses i et bounded rationality perspektiv, hvorfor specialet anerkender, at faktorer som kultur, magtrelationer og traditioner ikke er undersøgt og kan påvirke det udarbejdede forskningsspørgsmål. Det er dog forsøgt at opveje dette ved at indarbejde TAM2-modellens eksterne faktorer, som har bidraget med en forståelse af særligt normer og dermed lægernes PU, som er indarbejdet i løsningsforslaget. Dermed er specialets løsningsforslag effektivt, hvis specialets antagelser om, at lægerne rent faktisk agerer rationelt med afsæt i den tilgængelige information og de tilgængelige ressourcer er korrekte.

12.1 Perspektivering

Fremadrettet bør der forskes yderligere i, hvordan brugervenligheden skal forbedres. Der kræves en forbedring, men det fremgår ikke tydeligt af litteraturen eller dette speciale om denne udfordring primært er forandret i booking, foretagelse af videokonsultationer eller en helt tredje del af anvendelsen af teknologien. Det bør også undersøges, hvordan videokonsultationer kunne indgå i almen medicin uddannelsen og hvordan de positive erfaringer og resultater med videokonsultationer mest effektivt demonstreres for de praktiserende læger. Dermed ville dette speciales løsningsforslag gøres mere konkret og håndgribeligt, hvis det skulle indføres i praksis. Derudover bør lægernes ubevidste faktorer som værdier, traditioner og magtrelationer undersøges inden et evt. løsningsforslag udarbejdes i praksis, da disse vil have en betydning for lægernes beslutningsproces.

Litteraturliste

- Andersen, L., B., Binderkrantz, A., S. & Hansen, K., M. (2010). Forskningsdesign. I: Andersen L., B., Hansen K., M., & Klemmesen R. (Red.). *Metoder i Statskundskab* (s. 66-96). København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, L., B., Serritzlew, S., Pallesen, T. & Jakobsen, M., L., F. (2017). *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* (2. udg.). København. Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, K., M. & Maedaglia, R. 2010. Danskerne syge med nettet: E-konsultationer og policy udfordringer. Center for Applied ICT (CAICT), CBS. *CAICT Communications*, 2010(4).
- Andersen, L., B. & Pedersen, L., H. (2017). Motivation i den offentlige sektor. I: *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor* (Kapitel 1), (2. udg.) (Red.). København. Hans Reitzels Forlag.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Berg-Sørensen, A., Grøn, C. H. & Hansen, H., F. (2016) *Organisering af den offentlige sektor* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Buchanan, J. M. (1986). *Liberty, Market and State*. Brighton: Wheatsheaf
- Cherry, K. (2019, 10. oktober). ¶How does the Cross-Sectional Research method work? Lokaliseret 15. Maj på: <https://www.verywellmind.com/what-is-a-cross-sectional-study-2794978>
- Confrere. (2019). *Rapport: Videokonsultation i almen praksis*. Lokaliseret 19. maj på: <https://confrere.com/da/use-cases/physicians/report/>
- Dalgaard, T., Kristensen, I., T. & Kjeldsen, C. (2007). *Landdistriktskommuner - Indikatorer for landdistrikt*. Tjele: Danmarks Jordbrugsforskning.
- Davidson, J.P., Florence, P.S., Gray, B. & Ross, N.S. (1958). *Productivity and Economic Incentives*. London: Georg Allen and Unwin Ltd.
- Davis Jr., F., D. (1980). *A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End-User Information Systems: Theory and Results*. Cambridge: Sloan School of Management.
- Davis Jr. F. D; Bagozzi, R. P.; Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35(8), s.982-1003.

- Davis Jr., Fred D; Venkatesh, Viswanath. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46(2), s. 186-204.
- Enterprises Projekt. (u.å.) *What is digital transformation?*. Lokaliseret 19. Maj på:
<https://enterpriseproject.com/what-is-digital-transformation#q1>
- Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, S. (Red.). *Kvalitative metoder* (s. 497-520). København: Hans Reitzels Forlag.
- FN, 2020, E-government survey 2020.
- Gjødso, I., M., Langstrup, H., K., Høyer, L., Kayser & K. Vrangbæk. (2021). Digitalisering i det danske sundhedsvæsen. *Samfundøkonomen* 1/2021, s. 26-38.
- Granovetter, Mark. (1985). Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), s. 481-510.
- Helsedirektoratet. (2018). *E-Konsultasjon hos fastlege og legevakt*. Lokaliseret 14 april på:
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf/_attachment/inlin/e/8b3f4e77-4511-4500-8194-cb1a634c0c23:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *E-Konsultasjon og triage hos fastlege*. Lokaliseret 14. april på:
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_attachment/inline/498cccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf
- Holden, R., J. & Karsh, B.-T. (2010). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43(1), s. 159-172.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Lane, J.-E. (1990). The Epistemological Foundations of Public Choice Theory. *Scandinavian Political Studies*, 13(1), s. 65-82.
- Langley, A., Mintzberg H., Pitcher P., Posada E., & Saint-Macary, J. (1995). Opening Up Decision-making: The view from the black stool. *Organization Science*, 6(3), s. 260-279.
- Le Grand, J. (2003). *Motivation, Agency and Public Policy*. Oxford. Oxford University Press.
- Lindblom, C.E. (1959). The Science of Muddling Through. *Public Administration Review*, 19(2), s. 79-88.
- Lynggard, K. (2015). Dokumentanalyse. I: Brinkmann, S. & Tanggard, S. (Red.). *Kvalitative metoder* (s. 152-167). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lægevejen. (u.å.). *Om Lægevejen.dk*. Lokaliseret 3. maj på:
<https://laegevejen.dk/Login/Omlaegevejen>
- MedCOM. (2020). *Evalering af: Video i almen og speciallægepraksis*. Odense: CIMT. Lokaliseret d. 4. maj på: https://www.medcom.dk/media/11103/2020-03-02_rapport_video-i-almen-og-speciallaegepraksis_v2_final.pdf
- Melbye, T. (2019, 22. maj.). *Trane: Differentieret basishonorar er ikke ambitiøst nok*. Lokaliseret 1. december på: <https://dagensmedicin.dk/trane-differentieret-basishonorar-er-ikke-ambitioest-nok/>
- Müller, D. C. (1989). *Public Choice II*. Cambridge: Cambridge University Press
- Nannestad, P. Rational choice/public choice. I Kaspersen, L., B. & Loftager, J.. (2009) *Klassisk og moderne politisk teori* (2. udg.) (Red.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Nord-KAP. (2021). *Brugen af videokonsultationer i almen praksis i Region Nordjylland*. Aalborg: Nord-KAP. Lokaliseret d. 9. maj på:
https://www.sundhed.dk/content/cms/16/106716_rapport---videokonsultation-i-almen-praksis-i-nordjylland---28-januar-2021.pdf
- Nye Veje. (2019). *Nye veje til bedre sundhed i Nordjylland*. Lokaliseret 1. april på:
https://nyeveje.rn.dk/-/media/Kampagner/Nye-veje/dokumenter/RN-Nye-veje_21x21_web.ashx?la=da
- OECD. (2019). *Digital Government Index*.
- Perry, J. L. & Wise, L. R. (1990). The Motivational Bases of Public Service. *Public Administration Review* (50), s. 367-373.

Petersen, N. (2020, 1. juli). *Hver femte H-stilling er ubesat: Fremtidens praktiserende læger*

fravælger stadig yderområderne. Lokaliseret 8. december på:

<https://dagensmedicin.dk/hver-femte-h-stilling-er-ubesat-fremtidens-praktiserende-laeger-fravaelger-stadig-yderomraaderne/>

PLO. (2019). *Almen praksis er blevet mere digital*. Lokaliseret 4. maj på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_e-konsultationer_december_0.pdf

PLO. (2019, september). *Antallet af ældre patienter hos de praktiserende læger stiger markant*.

Lokaliseret 7. december på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/antallet_af_aeldre_patienter_pr_laeger_stiger.pdf

PLO. (2020). *Honorartabel*. Lokaliseret 1. December på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/honorartabel_01.10.20.pdf

PLO. (u.å.). *Lægemangel i 2020*. Lokaliseret 14. november på:

<https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegemangelital.pdf>

PLO. (2020). *Ny prognose: Lægemanglen bliver mindre udtalt end tidligere*. Lokaliseret 3. maj på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegemangel_b bliver mindre udtalt end tidligere frygtet.pdf

PLO. (2018). *Overenskomst for almen praksis*. Lokaliseret 2. november på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf

PLO. (2020, marts). *PLO faktaark*. Lokaliseret 24. november på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2019_august_0.pdf

PLO og Danske Regioner (2020). *Vision for almen praksis i 2030*. Lokaliseret 2. maj på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/vision_for_almen_praksis_2030.pdf

Rees, R. (1985). The theory of principal and agent – part I. *Bulletin of Economic Research* (37)1, s. 3-26.

RN. (u.å.). *Patientinformation, TeleCare Nord*.

Lokaliseret 6. maj på: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/TelecareNord/Hjertesvigt-projekt/Pjecer-ogfoldere/A5-folder-endelig-version.ashx?la=da

Scottish Government. (2020). *Near Me Public Engagement*. Edinburgh: The Scottish Government.

Lokaliseret 3. Maj på:

<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/consultation-analysis/2020/09/public-clinician-views-video-consultations-full-report/documents/near-public-engagement-public-clinician-views-video-consulting-full-report/govscot%3Adocument/near-public-engagement-public-clinician-views-video-consulting-full-report.pdf>

Simon, H. A. (1945). *Administrative Behavior: A Study of decision-making processes in administrative organization* (3.udg.). New York: Free Press.

Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F. & Atherton, H. (2020). *Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review*. London: BJGP. Lokaliseret 5. Maj på:

<https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/4/1/bjgpopen20X101020.full.pdf>

VIVE. (2021). *Midtvejsevaluering af Nye Veje – et tværsektorielt udviklingsprogram*. København: VIVE.