



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	344
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7853
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	16
Andre medlemmer i gruppen:	301

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Digitale løsninger i fysioterapi:
En kvalitativ studie av fysioterapeuters
tanker og erfaringer

Digital solutions in physiotherapy:
A qualitative study of physiotherapists'
thoughts and experiences

Kandidatnummer: 301 og 344

Bachelor i fysioterapi
Institutt for helse og funksjon
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
7853 ord
14. mai 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Tittel: Digitale løsninger i fysioterapi: En kvalitativ studie av fysioterapeuters tanker og erfaringer.

Formål: Belyse fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten sine tanker og erfaringer rundt bruk av digitale løsninger i fysioterapi.

Problemstilling: Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten med digitale løsninger i fysioterapi?

Metode: Kvalitativ metode ble benyttet i form av digitale individuelle intervjuer av tre fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten. Braun og Clarke (2006) sine seks faser for tematisk analyse ble fulgt i analyseprosessen.

Resultat: Hovedfordelene ved bruk av digitale løsninger ligger på pasientens side ved at det er tidsbesparende og øker tilgjengeligheten til helsetjenester. Koronautbruddet har ført til at informantene bruker digitale løsninger i større grad enn før, men de mener at vi ikke kan gå inn i en heldigital helsetjeneste. Det er viktig å bruke digitale løsninger til rett tid, til rette personer og til riktig intensjon. Kontroller etter operasjon og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom løftes frem som hensiktsmessig bruk av digitale løsninger.

Konklusjon: Fysioterapeutene ser på digitale løsninger som et supplement og det gir mulighet til å være mer tilgjengelig for pasienten. Ved fysioterapi over digitale flater kan pasienten få følelsen av økt kontroll og styring over egen helse. Det kan være vanskeligere å bygge en terapeutisk form for allianse, og digitale løsninger burde ikke erstatte all fysisk kontakt. Koronapandemien har ført til en økt bruk av digitale løsninger, og det vil være viktig å øke den digitale og kommunikative kompetansen for å sikre forsvarlighet over nett.

Abstract

Title: Digital solutions in physiotherapy: A qualitative study of physiotherapists' thoughts and experiences.

Aim: Explore physiotherapists', employed in specialist health services, thoughts and experiences regarding the use of digital solutions in physiotherapy.

Research question: What thoughts and experiences have physiotherapists in specialist health services regarding the use of digital solutions in physiotherapy?

Methodological approach: Qualitative method was used through digital individual interviews of three physiotherapists employed in specialist health services. Braun and Clarke's (2006) six phases for thematic analysis was conducted in the analysis process.

Results: The patient receives the main advantages of digital solutions, as health services become more available and time efficient. The Covid-19 outbreak led to an increasing use of digital solutions among the informants, however they claim that physical services are still needed. Thus, digital solutions must be used with the right person, at the right time and with the right intention. Post-operative check-ups and follow-ups of patients with chronic conditions are appropriate suggestions for the use of digital solutions.

Conclusion: The physiotherapists consider digital solutions as a supplement and it provides the opportunity to be more available to the patient. Digital physiotherapy can create a feeling of more control of one's health. It can be challenging to build a therapeutic alliance, and digital solutions should not replace all physical contact. The Covid-19 pandemic has led to an increased use of digital solutions, and it will be important to raise the digital and communicative competence to ensure professional soundness online.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Hensikten med oppgaven og begrepsavklaring	6
1.3 Problemstilling	7
2.0 Teori	8
2.1 Fysioterapi som praksis	8
2.1.1 Helsepedagogikk i fysioterapi	9
2.2 Spesialisthelsetjenesten	10
2.2.1 Fysioterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten	11
2.3 Profesjonalisering: Økt satsing på teknologi	11
2.4 Tidligere forskning på digitale løsninger i fysioterapi	12
3.0 Metode	14
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	14
3.2 Forforståelse	14
3.3 Valg av metode	14
3.4 Valg av informanter	15
3.4.1 Presentasjon av informanter	15
3.5 Forberedelse til intervju	16
3.6 Gjennomføring av intervju	16
3.7 Bearbeiding av data	16
3.7.1 Analyseprosess	17
3.8 Etske betraktninger	18
3.9 Metodediskusjon	18
3.9.1 Oppgavens begrensninger	19
4.0 Resultat	20
4.1 Digitale løsninger i fysioterapi	20
4.1.1 Fordeler med digitale løsninger	20
4.1.2 Hensiktsmessig bruk av digitale løsninger	21
4.1.3 Helsepedagogikk i fysioterapi over digitale flater	21
4.2 Digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten etter koronautbruddet	22
4.2.1 Strukturelle faktorer	23
4.2.3 Faglig forsvarlighet	23
4.3 Profesjonalisering: Digitale løsninger som et supplement	24
5.0 Drøfting	25

5.1 Digitale løsninger i fysioterapi	25
5.1.1 Fordeler med digitale løsninger	25
5.1.2 Hensiktsmessig bruk av digitale løsninger	26
5.1.3 Helsepedagogikk i fysioterapi over digitale flater	27
5.2 Koronapandemiens påvirkning på spesialisthelsetjenesten	28
5.3 Profesjonalisering: En fysioterapeutrolle i utvikling	29
6.0 Konklusjon	31
Litteraturliste	33

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratursøk.....	37
Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema.....	38
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	40
Vedlegg 4: Kategorisering og koding av data.....	42
Vedlegg 5: Transkripsjoner av intervjuene.....	43

Tabelloversikt

Tabell 1: Analyseprosessen.....	17
---------------------------------	----

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

De siste årene har teknologi og velferdsteknologi hatt stor fremgang i samfunnet (Hatlebrekke, 2018). Siden 2012 har landets første digitale poliklinikk vært i drift på Sunnaas sykehus, men for 4 år siden påpekte Hauge (2017, s. 70) at vi bare har sett begynnelsen på digitale løsninger i helsetjenesten. Teknologiens fremskritt gjør at kommunikasjonen mellom mennesker er et tastetrykk unna. I Fysioterapeutens temautgave "Velferdsteknologi" skriver Hatlebrekke (2018) at den teknologiske utviklingen vi står overfor bidrar til å endre helsesektoren, og at det er viktig at fysioterapeuter er nysgjerrige på hvordan teknologien kan utnyttes innen fysioterapi. Hatlebrekke mener at teknologien ikke kan erstatte menneskelig kontakt, men gi muligheter for økt effektivitet, produktivitet og tilgjengelighet.

Til tross for at det ligger i fysioterapeutens yrkesutøvelse å være fysisk nær pasienten, viser forskning til positive resultater med bruk av digitale løsninger i fysioterapi (Hinman et al., 2017). Regjeringen fremhever at pasientene i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten i eget hjem ved hjelp av teknologi (Meld. St.7 (2019-2020), s. 7). 2020 ble starten på en tid hvor menneskelig kontakt måtte innskrenkes på grunn av koronapandemien. I forbindelse med koronautbruddet innførte Helfo (2020) egne takster for videokonsultasjoner for fysioterapeuter. Pandemien førte til nytenkning, og mange fysioterapeuter tok i bruk videokonsultasjoner i undersøkelse og oppfølging av pasienter.

1.2 Hensikten med oppgaven og begrepsavklaring

Hensikten med oppgaven er å belyse fysioterapeuters tanker og erfaringer med bruk av digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten. "Digitale løsninger" defineres i oppgaven som digitale verktøy i helsetjenesten som videokonsultasjoner, samt oppfølging og veiledning av pasienter ved hjelp av digitale plattformer.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av økende bruk av digitale løsninger etter koronautbruddet og et mål om økt bruk av digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten med digitale løsninger i fysioterapi?”.

For å svare på problemstillingen innleder vi oppgaven med å presentere relevant teori og tidligere forskning. Deretter vil metodisk tilnærming og analyse gjøres rede for. Resultatene presenteres i eget kapittel, før vi drøfter funn opp mot teori og tidligere forskning. Avslutningsvis avrundes oppgaven med en konklusjon.

2.0 Teori

Vi vil nå presentere relevant teori, lover og forskrifter. Vi tar utgangspunkt i et konstruktivistisk perspektiv. Med et konstruktivistisk perspektiv mener vi måten fysioterapeutene konstruerer sin praksis i lys av den konteksten de befinner seg i og de politiske forventninger som stilles. Konteksten kan tenkes å få økt relevans og oppmerksomhet nå som vi står midt i en pandemi. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av tidligere forskning på digitale løsninger i fysioterapi.

2.1 Fysioterapi som praksis

Norsk Fysioterapeutforbund (2012) skriver at undersøkelse og funksjonsvurdering utgjør fysioterapeutens fundament for valg av behandling og tiltak. I Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapiutdanning (2019, §2) vektlegges det at fysioterapiutdanningen skal utdanne kandidater med kompetanse i å undersøke kropp, bevegelse og funksjon. Forskriften fremhever at fysioterapeuter skal ha en bred kompetanse i å gjenopprette, vedlikeholde og utvikle bevegelsesutfoldelse og funksjon for å legge til rette for mestring, livskvalitet og deltakelse. ICF utgjør grunnlaget i fysioterapiprosessen og det jobbes ut fra et biopsykososialt perspektiv, hvor både fysiske og psykiske belastninger tas i betraktning. ICF er en internasjonal klassifikasjon av funksjon og helse, hvor kroppsstrukturer, aktiviteter og deltakelse vurderes for å klassifisere menneskers funksjonsevne (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Fysioterapiundersøkelsen starter i det en henter pasienten, ved at fysioterapeuten har mulighet til å observere pasientens naturlige gange og kroppsholdning (Magee, 2008, s. 14). Thornquist (2003, s. 99) påpeker at anamnesen er første utgangspunkt for behandling og samarbeid med pasienten, og at det er viktig å være åpen for både verbal og non-verbal kommunikasjon. Videre skriver Thornquist (2003, s. 118) at bevegelsesanalyser av dagligdagse aktiviteter er vesentlig for å innhente informasjon om hvordan kroppen brukes. Magee (2008, s. 1) påpeker at en undersøkelse også inneholder bevegelsesanalyse av aktive og passive bevegelser, spesielle tester og palpasjon. På bakgrunn av undersøkelsen skal tiltakene gjenspeile behovet til pasienten, og må etter gjennomføring evalueres med tanke på

eventuelle justeringer. Fysioterapeuten kan ta i bruk forskjellige metoder og øvelser, i tillegg til veiledning av pasienten. Pasientens aktive deltakelse i behandlingen er likevel sentral, og pasienten må selv legge inn egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012).

2.1.1 Helsepedagogikk i fysioterapi

Helsepedagogikk i fysioterapi kan foregå på ulike arenaer i helsetjenesten, for eksempel på et sykehus eller et mestringssenter (Sletteland, 2014, s. 100).

Helsepedagogikk omfatter læring, veiledning og undervisning av pasienter og brukere, hvor brukermedvirkning og kommunikasjon står sentralt (Tveiten, 2016, s. 12). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) presiserer at informasjonen som gis til pasienten skal være tilpasset pasientens forutsetninger, som for eksempel alder og kultur- og språkbakgrunn. Helsepedagogisk kompetanse stiller krav til både oppdatert fagkunnskap og pedagogiske og kommunikative ferdigheter (Christiansen et al., 2020). Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning (2019, § 11), sier at fysioterapeuter skal kunne anvende relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse til å forstå, motivere og samhandle med ulike pasienter.

Kommunikasjon er innvevd i alt arbeid i fysioterapi, og kan skje gjennom språk, kroppsspråk, ansiktsuttrykk, lyder og berøring. Konteksten kommunikasjonen foregår i kan påvirke hvordan sender og mottaker oppfatter ulike budskap som blir formidlet. Fysioterapeuters kliniske arbeid innebærer bevegelser og fysisk kontakt som i seg selv legger føringer på samhandlingen mellom pasient og terapeut (Thornquist, 2009, s. 256). Den fysiske kommunikasjonen gjennom den kroppslige kontakten mellom terapeut og pasient faller bort når møtet er digitalt, men de nasjonale retningslinjene for fysioterapeututdanningen vektlegger at fysioterapeuter skal kunne anvende digital teknologi som fremmer kommunikasjon og samhandling. Digital kompetanse handler om å kunne bistå i utvikling av og bruke egnet teknologi for å fremme funksjon og deltakelse, både på individ- og systemnivå (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019, § 20).

Brukermedvirkning og pasientinformasjon står sterkt som en del av helsepedagogikken (Ekeland & Heggen, 2007, s. 17). Ethvert forhold mellom pasient og helsepersonell er i utgangspunktet en asymmetrisk relasjon, hvor pasienten

trenger hjelp og helsepersonellet har en etterspurt kompetanse og sitter på kunnskap (Thornquist, 2009, s. 30). Selv om relasjonen mellom pasient og terapeut i utgangspunktet er asymmetrisk, skriver Hanstvedt og Løken (2016, s. 36) at mindre asymmetri bygger opp pasientens tillit til terapeuten, og at dette kan gjøres ved å ivareta pasientens behov og meninger. En positiv terapeutisk allianse mellom fysioterapeut og pasient har vist seg å kunne føre til redusert smerte, økt funksjonsevne, høyere tilfredshet og selvbestemmelse (Fuentes et al., 2014). Juridisk har brukere av helsetjenester og pasienter rett til å delta aktivt i valg som omhandler egen helse og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I stortingsmeldingen "Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet" kommer det frem at regjeringen anser teknologi som en bærebjelke i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Teknologi og IKT- løsninger trekkes frem som viktig for at pasienter og brukere skal kunne ta aktive valg om egen helse og påvirke eget helsetilbud (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 21).

2.2 Spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) står det at sykehuset skal ivareta følgende oppgaver: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten skal inkludere både undersøkelse og utredning, samt behandlingsrettede tiltak, treningsopplegg og opplæring. Dette innebærer bred tverrfaglig funksjonskartlegging, målrettet spesialisert rehabilitering og medisinske undersøkelser. Det inkluderer også opptrening av funksjon og ferdighetstrening som krever kompetanse, metodikk og infrastruktur på et spesialisert nivå (Helsedirektoratet, 2012, s. 26-27). Nasjonal helse- og sykehusplan poengterer at tjenester som tidligere krevde oppmøte skal i større grad ytes til pasientene ved hjelp av for eksempel videokonsultasjon, oppfølging med pasientrapporterte data og nettbaserte behandlingsprogram (Meld. St.7 (2019-2020), s. 49) På denne måten kan pasientene oppleve en økt grad av mestring og at eventuell sykdomsutvikling plukkes opp tidligere av helsepersonell, samt at pasientene unngår unødvendige reiser (Meld. St.7 (2019-2020), s. 89).

2.2.1 Fysioterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten

Fysioterapeutens kunnskap i spesialisthelsetjenesten er viktig i den akutte fasen etter alvorlig sykdom og operative inngrep. Fysioterapeuter kan overta tradisjonelle legeoppgaver, som pre- og postoperative kontroller, der det blir gitt veiledning og informasjon til pasienten. Undersøkelse og vurdering av pasienters kognitive og motoriske funksjon er en del av arbeidsoppgavene til fysioterapeutene.

Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten har ansvar for tidlig mobilisering av pasientene for at rehabiliteringsprosessen skal starte så tidlig som mulig (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012). De arbeider i et tverrfaglig team bestående av ulike profesjoner. Et tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker, og eventuelt pårørende (Helsedirektoratet, 2018). Som helsepersonell er fysioterapeuter pliktet til å følge Helsepersonelloven (1999, § 4) hvor det presiseres at arbeid skal utføres i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen

2.3 Profesjonalisering: Økt satsing på teknologi

Profesjonalisering handler om å oppnå eller opprettholde en posisjon, hvor en med sin spesielle fagkunnskap er forventet å være den beste til å løse en gitt oppgave med betydning for samfunnet (Molander & Terum, 2008). Thornquist (2014, s. 134) skriver at det vi i dag kjenner som fysioterapi i Norge har sitt utspring sykegymnastikken som oppstod i Sverige på 1800-tallet. Den første norske utdanningen ble etablert i privat regi av leger i 1897, og sykegymnastene ble lenge sett på som legenes medhjelpere. På 1960-tallet ble den første statlige utdanningsinstitusjonen åpnet, og yrkesbetegnelsen endret til fysioterapeut. Faget og utdanningen har siden oppstarten vært under stor utvikling, og fysioterapeuter har fått en sterkere rolle i samfunnet (Thornquist, 2014, s. 176).

«Fysioterapeut» er i dag en beskyttet yrkestittel som samfunnet trenger for å løse velferdsoppgaver. Fysioterapeuters samfunnsmandat kan på mange måter sies å være nedfelt i felles utdanningsplan for fysioterapiutdanningene fra myndighetene, hvor det står at utdanningen skal bidra til å gi en tydelig profesjonsidentitet, som kan

brukes til å delta i utviklingen av fysioterapi som kunnskapsfelt for å møte samfunnets eksisterende og fremtidige behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapiutdanning, 2019, § 2). Samfunnets eksisterende og fremtidige behov i fysioterapi gjenspeiles i hvilket utfordringsbilde vi står overfor.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47. (2008-2009), s. 24) peker på en demografisk utvikling der det vil være flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander i befolkningen. IKT løftes frem som et viktig verktøy i møte med et økt behov for helsetjenester, både med tanke på samhandling mellom ulike helsetjenester og mellom helsepersonell og pasienter (St.meld.nr. 47. (2008-2009), s. 135).

Økt digitalisering kan møte på motstand. Hennestad og Revang (2017, s. 96) peker på at individer kan yte motstand mot endring, og understreker at en må ha stort fokus på motivasjon for å få til forandring. De ansatte kan engste seg for det ukjente fordi de vil beholde verdien av sin kompetanse og makt knyttet til etablert struktur. Innføring av nye løsninger med IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå økt effektivitet og kvalitet (St. Meld 47 (2008-2009), s. 35). Endring innebærer at vi må tenke nytt og handle annerledes (Hennestad & Revang, 2017, s. 103). Skal teknologi bli implementert i fysioterapi, må kanskje tankegangen for hva som skal inngå i fysioterapeutprofesjonen endres.

2.4 Tidligere forskning på digitale løsninger i fysioterapi

De siste årene har forskning på telehelse i fysioterapi skutt fart. Ved å bruke søkeordet "telehealth" i Physiotherapy Evidence Database viste søket 10 treff i 2008 og 70 treff i 2017 (Holland, 2017). Vi gjennomførte ulike litteratursøk for å avdekke tidligere forskning gjort på området (Vedlegg 1). Jiang med kolleger (2018) sammenligner i sin systematiske oversikt telerehabilitering etter operasjon for total kneprotese med rehabilitering ansikt-til-ansikt. Telerehabilitering oppnådde sammenlignbar smertelindring, samt signifikant økt kneekstensjon og økt quadricepsstyrke. Konklusjonen er at telerehabilitering for pasienter som har utført operasjon for total kneprotese bør anbefales (Jiang et al., 2018). I en nyere systematisk oversikt fra 2020 presenteres erfaringer med telemedisin i oppfølging av

ortopediske pasienter, og det konkluderes med at digital oppfølging av pasienter kan være trygt, kostnadseffektivt og tidsbesparende (Haider et al., 2020).

I 2017 ble det gjort en studie på deltakere som deltok i Skypeundervisning for kneartrose som forebyggende tiltak. Her kom det frem at deltakerne ga uttrykk for at videokonsultasjon og e-læring var enkelt å bruke, tidseffektivt og fleksibelt. Videre følte pasientene økt brukermedvirkning og selvtillit (Hinman et al., 2017). Seron og kolleger (2021) understreker i sin hurtigoppsummering at telerehabilitering i fysioterapi kan være sammenlignbart med oppfølging ansikt-til-ansikt for tilstander som artrose, korsryggsmerter, multippel sklerose, proteseoperasjoner og hjerte- og lungesykdom. Videre belyses viktigheten av at det trengs mer forskning på området med høy kvalitet, men at bruk av digitale løsninger er et godt alternativ fremfor ingen oppfølging (Seron et al., 2021).

Aggarwal med kolleger (2016) undersøkte fysioterapeuters erfaringer med videokonsultasjoner med tanke på kroppslig kommunikasjon. Funn fra studien viser at fysioterapeutene synes videokonsultasjoner er fordelaktige fordi pasientene kan slippe reisevei, men at videokonsultasjoner på mange måter er et supplement til fysiske konsultasjoner. Studien fremhever kroppslig kommunikasjon blir utfordrende over videokonsultasjon fordi det kan være vanskelig for terapeuten å plukke opp pasientenes kroppsspråk, samt at reaksjoner på berøring faller bort (Aggarwal et al., 2016).

Det har også blitt utført forskning på digitale løsninger i gruppesammenheng i helsetjenesten. Banbury med flere (2018) konkluderer i sin systematiske oversikt med at grupper gjennomført over video kan være gjennomførbart og kan potensielt forbedre tilgjengeligheten til ulike gruppetiltak. Grupper gjennom digitale løsninger kan være spesielt fordelaktig for de som bor langt unna, de med begrenset mobilitet eller de som har en frykt for å møte nye mennesker (Banbury et al., 2018).

3.0 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Creswell (2014, s. 5) peker på at forskerens vitenskapsteoretiske forankring eller verdenssyn stort sett er skjult i selve forskningen, men at det likevel kan påvirke hvilken fremgangsmåte som benyttes, og at det derfor er viktig å identifisere hvilket verdenssyn forskeren orienterer seg innenfor. Vi plasserer oss under konstruktivisme, da ønsket er å undersøke informantenes subjektive meninger om digitale løsninger innen fysioterapi. Innenfor denne retningen er det viktig å stille åpne spørsmål, slik at informantenes forskjellige meninger og tolkninger kommer frem. Forskning innen konstruktivisme har fokus på konteksten forskningen foregår i slik at en kan ta høyde for den historiske og kulturelle settingen som informantene befinner seg (Creswell, 2014, s. 8).

3.2 Forforståelse

Forskerens forforståelse består av erfaringer, faglig perspektiv og forskerens vitenskapsteoretiske forankring (Malterud, 2018, s. 44-45). Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har vi forsøkt å være bevisst på at våre personlige erfaringer og interesser for digitalisering ikke skal stå i veien for en objektiv tolkning av funn. Tanker rundt digitale løsninger innen fysioterapi har vi fått gjennom undervisning på studiet og ved å lese artikler og tidligere forskning som omhandler det aktuelle temaet. Skilbrei (2019, s. 47) skriver at forskere ikke møter materialet sitt uten fordommer og at de tolker det i lys av hvem de er og hva de kan. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi vært bevisst på at egne fordommer, perspektiv, kulturforståelse og personlige faktorer kan påvirke våre tolkninger. Vi ønsker at disse faktorene ikke vil prege oppgaven i større grad enn det som er naturlig og ikke til å unngå.

3.3 Valg av metode

Med oppgaven ønsker vi å få frem fysioterapeuters subjektive meninger om erfaringer rundt videokonsultasjoner og digitale løsninger innen fysioterapi. Dette vil best kunne belyses ved bruk av kvalitativ metode, som egner seg hvis en ønsker å finne empiri i form av ord som reflekterer meninger, samt forstå opplevelsen av noe

(Malterud, 2018, s. 31). Kvalitativ metode er dyptgående, fleksibel og åpen for nyanserte beskrivelser som dermed kan gi oss et innblikk i ulike tanker og erfaringer fysioterapeutene har gjort seg ved bruk av digitale løsninger. For å besvare problemstillingen har vi gjort semistrukturerte intervjuer av tre fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten.

3.4 Valg av informanter

Vi gjennomførte et strategisk utvalg av fysioterapeuter som ønsker å bidra til å besvare problemstillingen. Et strategisk utvalg betyr et utvalg hvor de som er mest relevante og interessante for å belyse problemstillingen plukkes ut til å delta i studien (Malterud, 2018, s. 58-59). Utvalget ble valgt ut med et ønske om å fange opp ulike oppfatninger, meninger, erfaringer og perspektiver.

Vi ønsker å få frem tanker og erfaringer fra ulike fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten og belyse bruk av digitale løsninger i tilknytning til flere deler av spesialisthelsetjenestens virksomhet og kjerneområder som for eksempel poliklinisk kontroll, kurs, oppfølging, lærings- og mestringsaktivitet og veiledning. Vi opprettet mailkontakt med en nøkkelperson på et sykehus. I mailen stod det informasjon om prosjektet og en forespørsel om fysioterapeuter med erfaring med digitale løsninger som ville la seg intervjuer. Valget om hvor mange som skal intervjues, må tas på bakgrunn av evne til å gi et nyansert bilde av forskningsspørsmålet, men også i forhold til kapasitet (Jacobsen, 2005, s. 171). Vi fikk kontakt med tre fysioterapeuter som arbeider på tre ulike avdelinger på sykehuset, dette er med på å styrke variasjonsbredden til informantene i oppgaven.

3.4.1 Presentasjon av informanter

Informant 1: Mann. Bruker digitale løsninger i form av videokonsultasjoner. Arbeider på en avdeling med landsdekkende funksjon. Har grunnutdannelse i fysioterapi.

Informant 2: Kvinne. Leder for fysioterapeutene på sin avdeling. Arbeider med å tilrettelegge for at digitale løsninger blir et integrert verktøy for oppfølging av pasienter. Har grunnutdannelse i fysioterapi og videreutdanning i veiledningspedagogikk og helseinformatikk.

Informant 3: Kvinne. Erfaring fra digital kursvirksomhet. Kursene gjennomføres som gruppebehandling med undervisning og veiledning til pasientene. Har grunnutdannelse i fysioterapi.

3.5 Forberedelse til intervju

Før intervjuene ble et samtykkeskjema med informasjon om prosjektet utformet (Vedlegg 2). Skjemaet ble sendt ut til informantene over mail og vi fikk de tilbake i retur med underskrifter. Videre leste vi oss opp på tidligere forskning og aktuelle tema. Dette dannet grunnlaget for utarbeidelsen av en intervjuguide (Vedlegg 3). Intervjuguiden utarbeidet vi før intervjuene startet for å planlegge og bevisstgjøre oss på hvilken informasjon vi ville få ut av intervjuene (Skilbrei, 2019, s. 130). Etter tilbakemelding fra veileder gjorde vi noen små endringer i intervjuguiden før første intervju ble gjennomført.

3.6 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjort digitalt over Zoom med hensyn til smittevern. Informantene var med fra sin arbeidsplass, mens vi satt i samme rom på samme datamaskin. Med samtykke fra informantene tok vi lydopptak av intervjuet slik at det kunne transkriberes i etterkant. Lydfilen ble lagret på en passordbeskyttet datamaskin etter godkjenning av NSD. Intervjuguiden var veiledende for intervjuene.

Oppfølgingsspørsmål stilte vi der det var naturlig i alle tre intervjuene. På slutten av alle intervjuene spurte vi informantene om det var noe mer de ville tilføye for å åpne opp for flere tanker om temaet. Under intervjuene var vi bevisst på vår rolle som forskere med å være åpne og lyttende i møte med informantene (Skilbrei, 2019, s. 156).

3.7 Bearbeiding av data

Transkribering (Vedlegg 5) startet like etter at hvert enkelt intervju var gjennomført. En fordel med å transkribere intervjuene fortløpende er at man kan lære av feil som kan rettes opp til neste intervju (Skilbrei, 2019, s. 173). For å effektivisere transkriberingsprosessen delte vi intervjuene i to og transkriberte hver vår del. Under transkriberingen ble alle opplysninger som kunne spores tilbake på respondenten

anonymisert for å overholde kravet om konfidensialitet. Opptak ble slettet i etterkant av avsluttet analysearbeid.

3.7.1 Analyseprosess

Målet med analyse er å forstå innsamlet data (Creswell, 2014, s. 195). Innsamlet data i form av lydopptak vil kun beskrive en del av virkeligheten, da en del av konteksten i form av for eksempel kroppsspråk og ansiktsuttrykk vil gå tapt (Malterud, 2018, s. 73). De overlappende trinnene i analysen innebærer transkribering, gjennomlesing for å skape et generelt inntrykk, og deretter koding og tematisering (Creswell, 2014, s. 197). For å finne mønstre i datasettene benyttet vi tematisk analyse. Vi har fulgt Braun og Clarke (2006) sine seks faser for tematisk analyse (tabell 1).

Tabell 1: Analyseprosessen

Fase	Hva og hvordan
1. Bli kjent med datasettet	Det første vi gjorde var å lese over transkripsjonene hver for oss for å danne et generelt bilde av datasettet.
2. Kategorisere og kode data	I neste fase fortsatte vi å jobbe hver for oss med å kode transkripsjonene i dataprogrammet NVivo. Hvert intervju ble gjennomgått, hvor vi forsøkte å forstå hva utsagnene i handlet om, og dannet ut ifra det kategorier. Vi hadde til sammen henholdsvis 13 og 12 koder (se vedlegg 4)
3. Danne temaer	I denne fasen gikk vi sammen for å sammenligne koder og lage felles temaer. Vi opplevde stort samsvar mellom inndeling av kategorier. I noen tilfeller hadde vi et ulikt antall referanser innen samme kategori, men fant ut etter hvert at innholdet i referansene var like, bare ulikt inndelt, noe som førte til et ulikt antall.
4. Se over temaer	Med utgangspunkt i temaene diskuterte vi videre hvilke kategorier som kunne slås sammen for å danne hovedtemaer i neste fase.
5. Danne hovedtemaer	Data ble delt inn i tre hovedtema med tilhørende undertema: (1) Digitale løsninger i fysioterapi, (2) Digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten etter koronautbruddet (3) Profesjonalisering: Digitale løsninger som et supplement.
6. Skrive resultater	Synspunktene til informantene ble beskrevet under de ulike hovedtemaene gjennom å beskrive essensen ved datasettet og presentere utvalgte sitater. Enkelte formuleringer i sitatene ble endret og fyllord fjernet for å øve leservennligheten, men vi var oppmerksomme på å ikke ta noe ut av kontekst og beholde det opprinnelige budskapet.

3.8 Ethiske betraktninger

I Helseforskningsloven (2008, § 13) står det at samtykkeskjemaet bygger på informasjon om det konkrete forskningsprosjektet. På forhånd sendte vi ut et samtykkeskjema til informantene hvor vi presiserte at det var frivillig å delta i prosjektet og at det var mulighet for at de kunne trekke seg når som helst i løpet av prosessen. Hvis dette mot formodning ville skje ville all informasjon umiddelbart blitt slettet. I samtykkeskjema stod det informasjon om prosjektet, intervjusituasjonen og hvordan vi ville gå frem for å anonymisere informantene.

3.9 Metodediskusjon

I kvalitativ metode vil forskerens forforståelse prege innsamlet data (Malterud, 2018, s. 44). Det vil derfor være viktig å reflektere rundt ulike prinsipper for å sikre kvalitet i forskningen. Begrepene validitet og reliabilitet innen kvalitativ forskning vil nå bli belyst.

Validitet sier noe om resultatenes gyldighet (Malterud, 2018, s. 192). Lincoln og Guba (1985, s. 300) fremhever viktigheten av at forskeren forholder seg mest mulig objektiv eller nøytral i tolkningen av data og at de erfaringene som innhentes er informantenes egne og ikke forskerens. Under intervjuene stilte vi derfor informantene oppklarende spørsmål for å unngå misforståelser. Braun og Clarke (2006) peker på at en ulempe med tematisk analyse er at man fort kan bruke tema fra intervjuguide som tema i analyseprosessen og at all data ikke blir analysert. Oppgaven var et samarbeid mellom to personer. Dette førte til forskertrianglering som betyr at vi kritisk kunne vurdere hverandres tolkninger. For å øke gyldigheten innledet vi analyseprosessen med å kode data hver for oss. Deretter gikk vi sammen for å sammenligne resultatene og diskutere tolkningene våre.

Reliabilitet handler om studiens pålitelighet og om resultatene kan reproduseres av andre forskere (Jacobsen, 2005, s. 225; Hammersley, 1992, s. 67). For å kunne generere de samme resultatene er det viktig at fremgangsmåter, design, datainnsamling og valg som blir tatt underveis beskrives nøye (Creswell, 2014, s. 203). I kvalitativ forskning er det ofte ikke et mål at resultatene skal kunne reproduseres, da en ofte først og fremst er ute etter informantenes mening og

forståelse, og disse kan endre seg over tid (Creswell, 2014, s. 186). Vi har likevel vektlagt transparens i forskningen ved å nøye beskrive fremgangsmåte i metodedel.

Studiens pålitelighet sier også noe om selve måten undersøkelsen har blitt gjennomført på kan ha betydning for resultatene (Jacobsen, 2005, s. 225). For å styrke pålitelighet i oppgaven ble en intervjuguide utviklet. I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det tatt hensyn til bruken av ledende spørsmål. Under intervjuene var begge til stede, og vi kunne på den måten utfylle hverandre. Vi hadde de samme oppgavene under hvert intervju ved at en person fremla informasjon til informanten før intervjuet og brøt inn med mulige oppfølgings spørsmål, mens den andre hadde hovedansvaret for å stille spørsmål basert på intervjuguiden.

3.9.1 Oppgavens begrensninger

Ved å benytte kvalitativ forskning har vi fått frem tankene og erfaringene til tre fysioterapeuter ansatt i samme helseforetak, og vi kan dermed ikke generalisere funnene våre utover utvalget. Funnene våre kan dermed benyttes som en indikator på hvordan fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten erfarer bruken av digitale løsninger. Oppgaven vår er derimot i tråd med tidligere forskning gjort på området, noe som kan tyde på at dette er erfaringer og tanker som går igjen uavhengig av kontekst. På den andre siden kan det tenkes at både vi og tidligere forskning har en økt tiltro til teknologien på grunn av teknologiens utvikling, men også at det blir satset på fra myndighetenes side. Det kan også tenkes at restriksjonene for fysiske møter på grunn av koronapandemien har ført til en forsterket positiv holdning rundt digitale løsninger, da dette i noen tilfeller var det eneste alternativet fysioterapeutene hadde mulighet til å ta i bruk.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil resultater fra datainnsamling presenteres. Formålet med oppgaven er å finne ut hvilke tanker og erfaringer tre fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten har med bruk av digitale løsninger. Analysen ga tre hovedkategorier på bakgrunn av problemstillingen: (1) Digitale løsninger i fysioterapi, (2) Digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten etter koronautbruddet og (3) Profesjonalisering: Digitale løsninger som et supplement. Kategoriene kan overlappe hverandre.

4.1 Digitale løsninger i fysioterapi

Informantene definerer digitale løsninger som en måte å møte pasienter på, som nødvendigvis ikke er ansikt-til-ansikt, men som omfatter bruk av videokonsultasjon, digitale kartleggings skjema, synkrone kurs over nett og asynkrone e-læringskurs. Det kommer frem at de tre informantene har ulik erfaring med bruk av digitale løsninger i sin fysioterapihverdag. Informant 1 bruker videokonsultasjoner i tverrfaglige digitale poliklinikker ved oppfølging av pasienter. Informant 2 har lederstilling og arbeider med fasilitering for bruk av digitale løsninger i fysioterapiavdelingen. Informant 3 har erfaring med digitale kurs med veiledning og forelesning fra pasientene.

4.1.1 Fordeler med digitale løsninger

I alle intervjuene kommer det frem at hovedfordelene med digitale løsninger ligger på pasientens side. Det er tidsbesparende for pasienten, de slipper lang reisevei og sykehusets tjenester blir mer tilgjengelige. Informant 2 peker på at det er kan være besparelse for helsetjenesten med tanke på at færre pasienter kommer fysisk innom sykehuset, dermed blir det bedre kapasitet til de som virkelig trenger fysisk oppmøte.

Informant 3 belyser fordelene med å nå ut til flere av pasientene sine ved bruk av digitale løsninger på denne måten:

«For vår del når vi definitivt de som ikke kommer på klasseromskurs fordi de klarer ikke være i den sosiale settingen, og vi klarer å nå de som bor langt unna som ikke vil reise inn til sykehuset én gang i uken for å komme på kurs. Det er den helt klare fordelene, at vi får gitt kurset vårt til flere pasienter.»

4.1.2 Hensiktsmessig bruk av digitale løsninger

«Det er viktig at man bruker det til rett tid, til rette folk og til riktig intensjon.»
- Informant 2

Informantene vektlegger at de som responderer best på digitale løsninger ikke tilhører en gitt aldersgruppe eller pasientgruppe. Det fremheves at den norske befolkningen stort sett har høy digital kompetanse. Alder er nødvendigvis ingen hindring, men det kommer heller an på hvem personen bak skjermen er. Det pekes likevel på at de som kanskje strever mest med å bruke digitale verktøy er de aller eldste pasientene og de med kognitiv svikt. Informant 3 trekker frem at det kan være utfordrende å nå ut til unge uføre som verken har riktig utstyr eller tilgang til internett.

Informant 1 og 2 belyser at oppfølging av pasienter etter vellykket operasjon, som for eksempel en tremånederskontroll, gjerne kan gjøres digitalt. Informant 2 trekker frem oppfølging etter rehabilitering og etter en pasient har fått treningsprogram, som en hensiktsmessig måte å bruke digitale løsninger. Informantene belyser at en førstegangskonsultasjon kan gjøres digitalt med en oppstartssamtale. For en grundig undersøkelse understrekes det at de foretrekker at pasienten kommer til sykehuset. Det trekkes frem at digitale løsninger kan brukes som jevnlig kontakt med pasienter som trenger langtidsoppfølging. Terapeuten kan på den måten være mer tilgjengelig for pasienten, samtidig som det gir mulighet til å plukke opp om det er behov for en fysisk kontroll på sykehuset.

4.1.3 Helsepedagogikk i fysioterapi over digitale flater

Som vist til i teorikapittel omfatter helsepedagogikk et økt fokus på kommunikasjonen og relasjonen mellom pasienten og terapeuten. Alle informantene sier at det til en viss grad gjør noe med den mellommenneskelige kontakten og kommunikasjonen når en ikke er i samme rom som pasienten. Det kan være mer utfordrende å oppnå en relasjon og en terapeutisk form for allianse mellom terapeut og pasient over digitale flater:

«Og så mister man litt av den mellommenneskelige kommunikasjon som kanskje særlig pasienten har behov for i noen tilfeller. Det å ha noen i samme rom som deg som ser deg og hører på deg.»
- Informant 1

Informant 2 reflekterer rundt at digitale løsninger kan gi pasienten en økt følelse av frihet, og dermed en redusert følelse av å være pasient:

«En må ikke kle på seg den pasientrollen mer enn nødvendig. En får lov til å bare være seg selv og ta noen konsultasjoner eller opplæringsmoduler i det tempoet som passer deg selv»

4.2 Digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten etter koronautbruddet

Fysioterapeutene gikk fra å ha svært lite erfaring med digitale løsninger til å bli tvungen inn i det og tenke nytt. De forteller at før den nasjonale nedstengingen i mars 2020 var de digitale løsningene til stede til en viss grad, men ikke særlig i bruk. Informant 2 forteller at hun tidligere har opplevd sin arbeidsplass som «traust og tungrodd». Før Korona har det vært vanskelig å få til endring i arbeidsmåter fordi det er vanskelig å endre tingene som alltid ha blitt gjort på visse måter. Videre reflekterer hun rundt det at endring stort sett alltid er vanskelig, og at dette handler om endringspsykologi og menneskehetens motstand mot endring. Hun forteller:

«Vi gikk fra at digitale løsninger var “et fullstendig ikke tema” og overhodet ikke interessant her på sykehuset. Ikke bare for fysioterapeuter, men også for leger og sykepleiere. Nå er vi på et helt annet sted.»

Et fellestrekk som kom frem ved informantenes erfaring var at pandemien helt klart har ført til økt bruk av digitale løsninger i arbeidshverdagen. Informant 1 forteller at videokonsultasjoner lenge har vært en plan, men at det var først når koronarestriksjonene kom i fjor at de begynte å bruke videokonsultasjoner og fikk en rutine på det. Videre forteller han at det nesten har vært større pågang fra de som ønsker videokonsultasjoner sammenlignet med de som ønsker fysiske konsultasjoner under koronapandemien. Informant 3 forteller at hennes arbeidsplass ble tvunget over på digitale løsninger på grunn av korona. Samtidig er det en løsning som de kommer til å fortsette med ved å fortsette å tilby digitale kurs. Hun forteller at de når ut til flere av pasientene som er inne i en dårlig spiral med sosial angst og isolasjon. Denne pasientgruppen synes gjerne det er enklere å være med på kurs over nett. Informant 3 understreker:

«Pandemien har nok vært et spark bak i utviklingen av digitale helsetjenester, og det tror jeg er positivt for mange.»

4.2.1 Strukturelle faktorer

Strukturelle faktorer omhandler i hvilken grad informantene synes det er tilrettelagt for å drive med digital oppfølging av pasienter, både med tanke på utstyr, teknologi, ressurser, kompetanse og retningslinjer. Alle informantene fremhever at de synes det har blitt godt tilrettelagt for disse løsningene fra helseforetaket sin side, ved at blant annet nødvendig utstyr ble skaffet. Informant 3 trekker frem at det har blitt arrangert digitale workshops i bruken av digitale løsninger som ansatte kan melde seg på.

«Jeg føler at det har blitt veldig tilrettelagt for det. Ledelsen sørget for tilgjengelig utstyr, som for eksempel webkamera, headset og mikrofon. Det har ikke vært problemer med å få på plass utstyret fordi at man ønsker å legge til rette for at videokonsultasjoner skal fungere.»

- Informant 1

På den andre siden trekkes det frem strukturelle faktorer som kan hemme bruken av digitale løsninger. Informant 2 peker på at det ikke er alle avdelinger på sykehuset som har tilrettelagte arealer for å ta i bruk digitale løsninger. Hun sier at det ofte krever skjermede kontorer og at dette ikke er like lett å oppdrive på alle avdelingene på sykehuset.

4.2.3 Faglig forsvarlighet

For å utøve god fagutøvelse og kunne være faglig forsvarlig over digitale flater må både terapeut og pasient ha en grunnleggende teknologisk kompetanse.

Informantene påpeker at pasientenes digitale kompetanse kan variere, samt at teknologien kan svikte. Det trekkes frem at jo mer avhengig en blir av teknologi, jo mer hjelpeløse blir vi hvis teknologien svikter. Ikke alle pasientene har tilgang på nødvendig utstyr og enkelte pasienter kan vegre seg fra å ta en konsultasjon over nett, fordi de ikke føler at de blir sett og hørt på samme måte av terapeuten. Hva pasientene faktisk får med seg over digitale kurs synes informant 3 til tider er vanskelig å vite. Det å kunne ta på pasientene og palpere strukturer lar ikke seg gjøre over skjerm:

«Noen ganger er det vanskelig å gjøre grundige vurderinger når man ikke får gjort hands-on vurdering og palpasjon».

- Informant 1

4.3 Profesjonalisering: Digitale løsninger som et supplement

For å fylle fysioterapirollen og opprettholde samfunnsmandatet ser informantene på digitale løsninger som et supplement for å hjelpe pasientene til å oppnå et best mulig behandlingsresultat. De ser ikke på digitale løsninger som en trussel for fysioterapienes "hands-on-varemerke" fordi de mener at det alltid vil være behov for fysiske helsetjenester i fremtiden. Samtidig mener de at vi beveger oss mer over i en digitalisert helsetjeneste som også fysioterapeutene må være med på.

Ifølge informant 2 vil ikke digitale løsninger kunne erstatte den fysiske fysioterapien fullstendig, men heller være enda et verktøy i verktøykassen for tjenester fysioterapeuter kan tilby. For informant 3 er de digitale kursene et godt verktøy å nå ut til sin pasientgruppe, og hun ser for seg at fremover kommer halvparten av kursene blir med fysisk tilstedeværelse og halvparten digital.

Informant 2 synes det er interessant å se på hvilke andre måter fysioterapeuter kan fylle sin rolle som fysioterapeut. I fremtiden er det viktig at vi endrer oss i takt med det pasientene våre trenger. Informanten nevner at fysioterapi har beveget seg litt vekk fra å være hands-on. Det er mye instruksjon, veiledning, mestringssamtaler og endringspsykologi. Hun sier det slik:

«Det handler ofte ikke om hva jeg kan finne på å gjøre med hendene mine, men det handler om hvilke andre måter fysioterapeuter kan ta i bruk verktøyene som finnes, for å gjøre en forskjell for pasientene vi prøver å hjelpe. Jeg trenger ikke at det skal være forankret i tradisjonell fysioterapi så lenge det er noe som er nyttig for pasienten er jeg fornøyd.»

Informantene er enige om at det vil være helsetjenester som ikke kan erstattes av noe digitalt og at vi ikke kan gå inn i en heldigital behandlingsfremtid. På et tidspunkt må pasienten inn til sykehuset for kontroll. Justering av treningsprogram, vurderinger som krever palpasjon, tilpasning av kompresjonstøy og testing av en vond skulder bør gjøres ved en fysisk kontroll. Digitale løsninger kan ikke erstatte alt det fysioterapeuter gjør i samme rom som pasienten.

«Jeg ser ikke for meg at vi kun driver digital helsetjeneste til pasientene. De må innom av og til.»
- Informant 3

5.0 Drøfting

5.1 Digitale løsninger i fysioterapi

Informantene påpeker at det er ønskelig å møte pasienten fysisk for å gjøre en grundig fysioterapiundersøkelse. Undersøkelsen starter tradisjonelt når en henter pasienten på venterommet (Magee, 2008, s. 1). En får muligheten til å observere pasientens kroppsholdning og gange, og videre bekrefte eller avkrefte funn ved palpasjon. Ved bruk av digitale løsninger, som for eksempel videokonsultasjon, vil muligheten til å observere hele pasienten i form av ganganalyse og kroppsholdning være begrenset. Dette kan medføre at det stilles et større krav til kommunikative ferdigheter hos terapeuten. På den andre siden peker Thornquist (2003, s. 14) på at bevegelsesanalyser av dagligdagse aktiviteter er en viktig del av fysioterapiundersøkelsen. Ved å bruke videokonsultasjon vil fysioterapeuten få mulighet til å observere hvordan pasienten fungerer i sitt eget hjem, men Aggarwal med kolleger (2018) fremhever at denne observasjonen som oftest skjer av overkroppen. Selv om pasienten er i sitt eget hjem kan det dermed bli vanskelig for terapeuten å få et helhetlig inntrykk.

5.1.1 Fordeler med digitale løsninger

Informantene beskriver at hovedfordelene med bruk av digitale løsninger ligger på pasientens side ved at det er tidsbesparende og pasienten slipper reisevei. Dette er funn som går igjen i tidligere forskning (Hinman et al., 2017; Haider et al., 2020; Banburry et al., 2018). Det at fordelene ligger på pasientens side samsvarer med det overordnede målet til det norske helsevesenet om å være "Pasientens helsetjeneste". Det er et mål om at pasientene i større grad skal treffe spesialisthelsetjenesten i sitt eget hjem ved hjelp av digitale løsninger (Meld. St.7 (2019-2020), s. 8). I resultatene understrekes det at bruk av digitale løsninger kan være en besparelse for helsetjenesten ved at det blir bedre kapasitet til de som trenger fysisk oppmøte. Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47. (2008-2009)) viser til en demografisk utvikling hvor befolkningen vil ha et økt behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten i fremtiden. IKT trekkes frem som et verktøy for å svare på denne utfordringen.

Informant 3 understreker at hun når ut til flere ved bruk av digitale kurs, spesielt de som ikke klarer den sosiale settingen som fysiske kurs medfører. Økt tilgjengelighet av helsetjenester ved bruk av digitale løsninger trekkes frem i flere studier (Haider et al., 2020; Banbury et al., 2018). Banbury et. al (2018) belyser at digitale løsninger kan være spesielt fordelaktig for de som har frykt for å møte nye mennesker. Det at spesialisthelsetjenesten når ut til flere pasienter gjennom digitale flater kan tenkes å medføre til at de sosiale forskjellene i samfunnet reduseres. Tradisjonelt sett er det enklere for de rikeste i samfunnet å benytte seg av helsetjenester, mens de med lavere sosioøkonomisk status opplever en høyere terskel for å oppsøke helsetjenester. På den andre siden kan kravet til kostbar teknologi øke de sosiale forskjellene ved at de med lavere sosioøkonomisk status ikke har tilgang til utstyr eller redusert kompetanse til å ta i bruk de digitale løsningene. Pasient-og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) vektlegger at informasjon som gis til pasienter skal være tilpasset pasientens forutsetninger.

5.1.2 Hensiktsmessig bruk av digitale løsninger

Informantene trekker frem kontroller etter vellykket operasjon som en hensiktsmessig måte å bruke digitale løsninger. Haider og kolleger (2020) studerte erfaringer med telemedisin i oppfølging av ortopediske pasienter og konkluderte med at digital oppfølging etter operasjon var trygt og effektivt. Jiang med flere (2018) går så langt som å anbefale telerehabilitering til alle pasienter som har utført operasjon for total kneprotese. Seron og kolleger (2021) trekker frem at telerehabilitering kan være sammenlignbar med konvensjonell behandling for en rekke tilstander, deriblant proteseoperasjoner. Oppfølging av pasienter som har gjennomgått vellykkede operasjoner kan med bakgrunn i våre funn og tidligere forskning sies å kunne være en hensiktsmessig måte å ta i bruk digitale løsninger i fysioterapi på.

På den andre siden peker resultatene på at det er viktig å bruke digitale løsninger til rett pasient, til rett tid og til riktig intensjon. Digitale løsninger er ikke svaret på alt. Selv om resultatene våre fremhever at den norske befolkningen stort sett har en høy digital kompetanse, pekes det på at de som kanskje strever mest med teknologien er de eldste pasientene og de med kognitiv svikt. Samtidig kan bruken av digitale løsninger være sårbar hvis teknologien svikter. Informant 3 trekker frem unge uføre som ikke har utstyr og teknologi til å kommunisere med helsetjenesten digitalt. Det

kan derfor diskuteres om digitale løsninger kan føre til økt helseforskjell i den norske befolkningen. Dette kan være viktig at fysioterapeut er bevisst på i pasientkontakt ved bruk av teknologi.

I resultatene kommer det frem at digitale løsninger kan brukes som jevnlig kontakt med pasienter som trenger langtidsoppfølging. På den måten blir dermed terapeuten mer tilgjengelig for pasienten, og det trekkes frem at dette gir mulighet til å plukke opp om det er behov for at pasienten kommer inn til sykehuset for en fysisk kontroll. Økt tilgjengelighet og det at sykdomsutvikling kan plukkes opp tidligere av helsepersonell er nøkkelpunkter i Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St.7 (2019-2020), s.17).

5.1.3 Helsepedagogikk i fysioterapi over digitale flater

Helsepedagogikk i form av veiledning, instruksjon og oppfølging inngår i en stor del av informantenes arbeid med pasienter. I helsepedagogikk står brukermedvirkning og kommunikasjon sentralt (Tveiten, 2016, s. 12). Helsepedagogisk kompetanse stiller krav til både oppdatert fagkunnskap og pedagogiske- og kommunikative ferdigheter (Christiansen et al., 2020). Som tidligere nevnt i kapittel 5.1, kan det diskuteres om bruk av digitale løsninger stiller et høyere krav til kommunikative ferdigheter hos terapeuten. Thornquist (2003, s. 99) påpeker at anamnesen er første utgangspunkt for behandling og samarbeid med pasienten, og at det er viktig å være åpen for både verbal og non-verbal kommunikasjon. De nasjonale retningslinjene for fysioterapeututdanningen (2019, § 11) vektlegger at fysioterapeuter skal kunne anvende digital teknologi i kommunikasjon og samhandling med pasienter. Imidlertid viser forskning at bruk av digitale løsninger kan gjøre det utfordrende å plukke opp non-verbal kommunikasjon, som for eksempel uttrykk for følelser via kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Aggarwal et al., 2018).

Informantene forteller at kommunikasjonen over digitale flater kan gjøre det utfordrende å danne en terapeutisk form for allianse med pasientene. Det trekkes frem at denne alliansen er viktig for å gi pasienten en adekvat behandling. Forskning viser at en positiv terapeutisk allianse mellom pasient og terapeut kan føre til redusert smerte, økt funksjonsevne, høyere tilfredshet og selvbestemmelse (Fuentes et al., 2014). Det kan dermed stilles spørsmål om bruk av digitale løsninger svekker

den terapeutiske alliansen som igjen kan gå utover behandlingsresultatet.

Funnene våre viser til at en kan føle seg mindre som pasient ved å ta i bruk digitale plattformer, som kan medføre økt brukermedvirkning. Pasienten kan sitte hjemme i sin egen stue og kan gjennomføre et e-læringskurs i sitt eget tempo og til ønskelig tidspunkt. Dette legger opp til en mer aktiv deltakelse for pasienten, som også er et mål i fysioterapiprosessen (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012). Det kan tenkes at bruk av digitale løsninger legger opp til økt brukermedvirkning gjennom selvstendige pasienter som lærer sin egen kropp å kjenne ved at de inntar en mer aktiv rolle i egen behandling. Thornquist (2009) mener at ethvert forhold mellom pasient og terapeut i utgangspunktet er asymmetrisk. På den andre siden fremhever Hanstvedt og Løken (2016, s. 36) at relasjonen mellom terapeut og pasient kan bli mindre asymmetrisk ved å ivareta pasientens behov og meninger. Hinman med flere (2017) skriver at pasienter som mottok Skypeundervisning for kneartrose følte seg myndiggjort til selvhjelp og fikk styrket selvtillit. I stortingsmeldingen "Fremtidens helsetjeneste" fremheves det at teknologi kan være viktig for at pasienter og brukere skal kunne ta aktive valg om egen helse og påvirke eget helsetilbud (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 21).

5.2 Koronapandemiens påvirkning på spesialisthelsetjenesten

Resultatene våre viser at koronapandemien førte til et stort oppsving i bruken av digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten. Informantene forteller at de digitale løsningene har vært til stede, men i lite bruk. I likhet med andre endringsprosesser kan implementering av nye idéer møte motstand. Informantenes erfaringer er at arbeidsplassene før hadde større barrierer for å ta i bruk "de nye digitale løsningene". Hennestad og Revang (2017, s. 96) skriver at endring i en organisasjon kan være problematisk, og at en må ha stort fokus på motivasjon i en endringsprosess. På grunn av koronarestriksjonene ble på mange måter digitale løsninger den eneste måten fysioterapeutene kunne møte pasientene sine, og dette kan derfor trekkes frem som en viktig motivasjonsfaktor for hurtig endring.

På den andre siden kan det tenkes at det ikke nødvendigvis er negativt at endring tar tid. Det er viktig å veie for og imot de nye løsningene som skal tas i bruk, om det

nødvendige utstyret er på plass og om de digitale løsningene tar hensyn til faglig forsvarlighet og personvern i samme grad som de fysiske løsningene. I helsepersonelloven (1999, § 4) står det at faglig forsvarlighet er et krav. Informant 3 forteller at hun er usikker på om hun når ut til alle pasientene ved å forelese digitalt uten særlig respons fra deltakerne på kurset. Det er vanskelig å vite hva deltakerne faktisk får med seg. Det å fange opp hvem som følger med og hvem som faller ut er enklere i det samme fysiske rommet som pasientene. Videre kan faglig forsvarlighet og god fagutøvelse gjennom digitale løsninger påvirkes av for eksempel mangel på prioriteringer, uhensiktsmessige lokaler eller utstyrsmangel. Informantene synes helseforetaket har prioritert digitale løsninger høyt etter koronautbruddet blant annet med å stille med utstyr og kompetanseheving. På den andre siden påpekes det at det ikke er alle avdelingene på sykehuset som har tilrettelagte lokaler for å drive kommunikasjon med pasienter over digitale flater, da gjerne skjermede kontor kreves for å ivareta kravet om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

5.3 Profesjonalisering: En fysioterapeutrolle i utvikling

Informantene ser på digitale løsninger som et supplement for å fylle fysioterapeutrollen og opprettholde samfunnsmandatet fra myndighetene. IKT og teknologi trekkes frem for å imøtekomme fremtidens helseutfordringer fra myndighetenes side (St.meld.nr. 47. (2008-2009); Meld. St.7 (2019-2020)). Informant 2 presiserer at vi må finne nye måter å fylle vår rolle som fysioterapeuter på. Hun mener at fysioterapi har beveget seg mer vekk fra "hands-on". Paradigmer bygger på den kunnskapen vi allerede har og det vi allerede tror på (Hennestad & Revang, 2017, s. 101). Tradisjonell fysioterapi som inneholder å være hands-on er den kunnskapen vi allerede har, men ifølge Hatlebrekke (2018) er vi inne i et paradigmeskifte i helsetjenesten, noe som har ført til at de digitale løsningene kan ha fått økt troverdighet som et adekvat verktøy i fysioterapi. Funnene viser at instruksjon, veiledning og mestringssamtaler som kan gjøres digitalt har fått økt fokus.

På den andre siden fremhever informantene at digitale løsninger ikke kan erstatte alt fysioterapeutene gjør i samme rom som pasienten. Informantene er enige om at det alltid vil være behov for fysiske møter mellom pasient og terapeut for å utføre visse

fysioterapioppgaver. Magee (2018, s. 1) viser til at en fysioterapiundersøkelse ofte inneholder palpasjon av strukturer, noe som ikke lar seg gjøre digitalt. Som diskutert tidligere kan bruk av digitale løsninger stiller økt krav til kommunikasjon og helsepedagogikk. Dagens forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning (2019, § 11) vektlegger at fysioterapeuter skal kunne anvende digital teknologi i kommunikasjon og samhandling med pasientene. Hvis digitale løsninger skal beholde sin plass i fysioterapien, vil det være viktig at det i større grad blir lagt vekt på kommunikasjon- og veiledningskompetanse i utdanningen til fremtidens fysioterapeuter.

6.0 Konklusjon

Vi vil nå konkludere hvordan resultatene kan forstås i lys av teori og tidligere forskning, med utgangspunkt i problemstillingen: "Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten med bruk av digitale løsninger i fysioterapi?"

Innledningsvis fremhevet vi at teknologiens fremskritt har gjort at kommunikasjon mellom mennesker er lettere tilgjengelig, og at dette har gjort sitt inntog i helsesektoren. Hatlebrekke (2018) påpeker at teknologien ikke kan erstatte menneskelig kontakt i fysioterapien, men gi muligheter for økt effektivitet og tilgjengelighet. Funnene våre indikerer at fysioterapeutene ser på digitale løsninger som et tilskudd for å nå ut til flere pasienter, og ikke som en trussel på varemerket med å arbeide hands-on. Hovedfordelene ligger på pasientens side og så lenge teknologien fungerer er det tidsbesparende. Disse fordelene viser også tidligere forskning til (Hinman et al., 2017; Haider et al., 2020; Banburry et al., 2018).

Videre belyser fysioterapeutene at bruken av digitale løsninger kan være med på å løse utfordringen med samfunnets demografiske utvikling og at flere vil ha behov for helsetjenester i fremtiden, noe som også fremheves i Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47. (2008-2009)). Funnene viser til at digitale løsninger må brukes til rett tid, til rett intensjon og til riktig pasient. Kontroller etter vellykket operasjon og oppfølging av personer med kronisk sykdom trekkes frem som hensiktsmessig bruk digitale løsninger. Ved fysioterapi over digitale flater kan pasienten i noen tilfeller få følelsen av økt kontroll og styring over egen helse. Ved å utøve digital fysioterapi kan det bli vanskeligere å bygge en terapeutisk form for allianse, som kan være viktig for å oppnå et best mulig behandlingsresultat (Fuentes et al., 2014).

Vi opplever digitale løsninger innen fysioterapi som et dagsaktuelt tema, dermed er det et behov for mer forskning. Det kunne vært ønskelig å intervju flere fysioterapeuter, både ansatte i andre helseforetak, kommunalt og privatpraktiserende, for å undersøke om funnene våre er generaliserbare for en større populasjon. En lignende undersøkelse kunne også vært gjort kvantitativt med bakgrunn i funnene våre. Det er vesentlig at det tilrettelegges for kompetanseheving i utdanningene for å sikre at fysioterapeuter driver forsvarlig fagutøvelse, også over digitale flater. Koronapandemien har ført til utfordringer for helsesektoren, men på

den andre siden bidratt til å tenke annerledes, skape endring og handle raskt. Pandemien har ført til utvikling av digitale løsninger i fysioterapi, og vi er spente på å følge fortsettelsen.

Litteraturliste

- Aggarwal, D., Ploderer, B., Vetere, F., Bradford, M. & Hoang, T. (2016). Doctor, Can You See My squats?: Understanding Bodily Communication in Video Consultations for Physiotherapy. *DIS '16: Proceedings of the 2016 ACM Conference on Designing Interactive Systems*, s. 1197-1208. <https://dl-acm-org.galanga.hvl.no/doi/abs/10.1145/2901790.2901871>
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. & Parkinson, L. (2018). Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2). doi: 10.2196/jmir.8090
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-110.
- Christiansen, B., Holmberg, V., Erichsen, T. & Vågan, A. (2020). Helsepedagogikk – fra begrep til praksis i helsefagutdanninger: Hva kjennetegner studentenes erfaringer? *Uniped*, 43(3), s. 235-246. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2020-03-06>
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. (4.utg.). Sage.
- Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31(5), 625–638. doi: <https://doi.org/10.1177/0269215516645148>
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2. utg). Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T-J. & Heggen K. (red.). (2007). *Meistring og myndiggjering*. Gyldendal.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning* (FOR-2019-03-15-410). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-410#KAPITTEL_1
- Fuentes, J., Armijo-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., Warren, S., Rashid, S., Magee, D.J. & Gross, D.P. (2014). Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Physical Therapy*, 94(4), s. 477-489. doi: 10.2522/ptj.20130118

- Haider, Z., Aweid, B., Subramanian, P., Iranpour, F. (2020). Telemedicine in orthopaedics and its potential applications during COVID-19 and beyond: A systematic review. *Journal of Telemedicine Telecare*, 0(0), 1-13. doi: 10.1177/1357633X20938241
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with Ethnography: Methodological Explorations*. London: Routledge.
- Hanstvedt, M. H. & Løken, H. S. (2016). Kommunikasjon gir svar. *Fysioterapeuten*, 83, s. 34-36. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-10-16/files/assets/basic-html/page-34.html>
- Hatlebrette, F. (2018). Et paradigmeskifte. *Fysioterapeuten*. 85(9), 5. <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-18/5/#zoom=z>
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal
- Helfo (2020, 30. oktober). Egne takster for videokonsultasjon for fysioterapeuter. Hentet 26. april 2021 fra <https://www.helfo.no/korona/fysioterapeuter-kan-na-ta-i-bruk-videokonsultasjoner>
- Helsedirektoratet. (2012). Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS Rapport 1947). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmli/bitstream/handle/11250/2495595/IS-1947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet. (2020, 15. mars). Helsedirektoratet vedtar stenging av virksomheter. Hentet 21. september 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-vedtar-stenging-av-virksomheter>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. Hentet 7. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV 2008-06-20-44)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, 12. nov). *RAPPORT. Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk*. BDO AS. Hentet 23. mars 2021 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/eia/rapporter/bdorapport.pdf>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hennestad, B.W. & Revang Ø. (2017). *Endringsledelse og ledelsesendring - fra plan til praksis*. (3. utg). Universitetsforlaget.
- Hinman, R.S., Nelligan, R.K., Bennell, K.L. & Delany. (2017). "Sounds a Bit Crazy, But It Was Almost More Personal:" A Qualitative Study of Patient and Clinician Experiences of Physical Therapist-Prescribed Exercise For Knee Osteoarthritis Via Skype". *Arthritis Care & Research*, 69 (12), 1834-1844. doi:10.1002/acr.23218
- Holland, A. (2017). Telephysiotherapy: time to get online. *Journal of Physiotherapy*, 63(4), s. 193-195. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.08.001>
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3.utg.). Cappelen Damm.
- Jiang, S., Xiang, J., Gao, X., Guo, K., & Liu, B. (2018). The comparison of telerehabilitation and face-to-face rehabilitation after total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(4), 257–262. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686748>
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - Ei innføring*. Fagbokforlaget.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.
- Maage, D.J. (2008). *Orthopedic physical assessment*. (5. utg.). Elsevier.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Mjaaland, T.A. & Jensen, B.F. (2020) *Kommunikasjon med pasienter*. Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, L.I. (red.) (2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.

- Nicholls, D.A., Groven, K.S., Røe, Y., Dahl-Michelsen, T. & Bjorbækmo, W. (2020, 2. juni). Is COVID showing us the future for physiotherapy? *Fysioterapeuten*. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/covid-19-fagessay/is-covid-showing-us-the-future-for-physiotherapy/121849>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Hentet 21.09.20 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Seron, P., Oliveros, M.J., Gutierrez-Arias, R., Fuentes-Aspe, R., Torres-Castro, R., Merino-Osorio, C., Nahuelhual, P., Inostroza, J., Jalil, Y., Solano, R., Marzuca-Nassr, G., Aguilera, R., Lavados-Romo, P., Soto, F., Sabelle, C., Villarroel, G., Gomolán, P., Huaiquilaf, S. & Sanchez, P. (2021). Effectiveness of telerehabilitation in physical therapy: A rapid overview. *Physical Therapy*. doi: 10.1093/ptj/pzab053
- Skilbrei, M. L. (2019) *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. (1. utg). Fagbokforlaget.
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Gyldendal.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Fullversjonen. (2.utg). Aktietrykkeriet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#%C2%A72-2
- St. Meld 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen, rett tid- rett sted- rett handling. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thornquist, E. (2003). *Lungefysioterapi - funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. (2. utg.). Gyldendal.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. utg.). Gyldendal.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene - fra kosmologi til fagpolitikk. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 138-176). Pax forlag.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Litteratursøk

Det ble utført søk i databasene MEDline (enkeltstudier), Epistemonikos (systematiske oversikter) og PEDro (forskning spesifikt rettet mot fysioterapi). Tabell 1 viser søkeord og antall treff i de ulike databasene.

Database	Søkeord	Antall treff
Medline	(exp Telemedicine/ or Telerehabilitation/) AND (physiotherapy.mp. or Physical Therapists/)	136
Epistemonikos	(Telehealth OR telerehabilitation OR telemedicine OR ehealth OR "video consultation") AND physiothera*	16
PEDro	telemedicine	99

Overskrifter og sammendrag ble lest for alle artiklene og litteratur ble deretter valgt ut på bakgrunn av visse inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier var at det var artikler publisert på engelsk, og at de var utgitt i tidsperioden 2015-2021. Videre måtte artikkelen være fra et fagfelleurdert tidsskrift, som er en kvalitetssikring hvor artikkelen har blitt vurdert av utenforstående forskere på samme felt. Artiklene ble ekskludert hvis samme artikkel hadde kommet opp flere ganger i samme søk eller en enkeltstudiet var inkludert i en systematisk oversikt. Etter endt innsamling og bearbeiding av data fra intervjuer, gikk vi igjen tilbake til litteraturen for å identifisere hvilken litteratur som kunne sammenlignes med våre funn.

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet «Erfaringer med digitale løsninger i fysioterapiprosessen hos fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med bruk av digitale løsninger i sitt arbeid med kontakt og oppfølging av pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med bruk av digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å få frem erfaringer fra ulike fysioterapeuter og belyse bruk av digitale løsninger i tilknytning til flere deler av spesialisthelsetjenestens virksomhet og kjerneområder, som f.eks: poliklinisk kontroll, kurs, oppfølging, lærings- og mestringsaktiviteter og veiledning. Som en del av problemstillingen ønsker vi også å trekke frem eventuelle positive sider, samt mulige utfordringer med bruk av digitale løsninger som fysioterapeutene belyser. Med digitale løsninger mener vi i denne oppgaven digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten som videokonsultasjoner, samt oppfølging og veiledning av pasienter ved hjelp av digitale plattformer. Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi. Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring i forhold til bruk og/eller organisering av digitale løsninger for fysioterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide med spørsmål rundt dine erfaringer om temaet. Det vil ta deg ca 30-45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som studenter vil ha tilgang til dataene. Lydopptaket vil lagres i

passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data. Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (etter planen i juni 2021).

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om og har fått anledning til å stille spørsmål om prosjektet: «*Erfaringer med digitale løsninger i fysioterapiprosessen hos fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten*». Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE VÅR 2021

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten med bruk av digitale løsninger i sin fysioterapi praksis?". Som en del av problemstillingen ønsker vi også å trekke frem eventuelle positive sider, samt mulige utfordringer med bruk av digitale løsninger som fysioterapeutene belyser.

Innledning
<ul style="list-style-type: none"> • Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut? • Hva er din stilling i spesialisthelsetjenesten og kan du fortelle kort hva du jobber med? • Har du noe etter-/ videreutdanning/spesialisering? I tilfelle innenfor hvilket felt?
Digitale løsninger i fysioterapi prosessen
<p><u>Definisjon digitale løsninger:</u> Med digitale løsninger mener vi i denne oppgaven digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten som videokonsultasjoner, samt oppfølging og veiledning av pasienter ved hjelp av digitale plattformer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva legger du i begrepet "digitale løsninger" i fysioterapi? • Hva er din erfaring med digitale løsninger? (Bruk god tid. La dem konkretisere situasjoner, pasienter, faser, målsettinger, hva det digitale må suppleres med ++) • I hvilke situasjoner føler du det er hensiktsmessig å ta i bruk digitale løsninger? (Har du noen eksempler på situasjoner?) • I hvilke situasjoner føler du at det ikke er hensiktsmessig å ta i bruk digitale løsninger? (Eksempler) • Kan du fortelle litt om hvordan covid-19- utbruddet har påvirket din bruk av digitale løsninger i fysioterapi prosessen? (Eksempel. Før covid vs. nå)
Strukturelle faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • Hva tenker du har ført til at du bruker digitale løsninger i din fysioterapihverdag? • Hvordan påvirker/regulerer lovverket din bruk av digitale løsninger? (f.eks med tanke på personvern, faglig forsvarlighet) Hvordan påvirker/regulerer finansiering/økonomi din bruk av digitale løsninger? (f.eks takster) • Hvordan påvirker/regulerer tilgang på teknologi din bruk av digitale løsninger? (f.eks utstyr, programvare)

- Hvordan påvirker/regulerer helseforetaket/arbeidsplass din bruk av digitale løsninger?
(f.eks fått opplæring? Blir det satset på?)
- Hva er dine erfaringer med digitale løsninger i forbindelse med fysioterapeuters yrkesetiske retningslinjer?
(f.eks faglig forsvarlighet, ansvarlig for at kommunikasjon ivaretas på en forsvarlig måte)

Positive og negative sider ved bruk av digitale løsninger innen fysioterapi

- Hvilke fordeler opplever du at digitale løsninger har?
Etc tidsbesparende, effektivt, tilgjengelighet for pasient
- Hvilke ulemper opplever du at digitale løsninger har?
 - *Etc. ikke være nær pasientene, kroppsspråk, kommunikasjon*
- Hvordan har du erfart at ulike grupper/personer responderer på digitale løsninger i fysioterapi?
(f.eks hvilken pasientgruppe har best/dårligst utbytte av digital fysioterapi? Barn? Voksne? Eldre? Idrettsutøvere?)
- Hva tenker du rundt digitale løsninger og det at fysioterapi er et praktisk yrke hvor en ofte er fysisk nær pasienten?
(F.eks. er det en trussel for fysioterapiens varemerke å drive fysioterapi uten fysisk kontakt?)
- Har du noen erfaringer rundt hva pasientene synes om bruk av digitale løsninger?

Veien videre

- Hva tenker du om digitale løsninger i fysioterapi i fremtiden?
Tilgjengelige ressurser til stede for å arbeide digitalisering av fysioterapi?
 - *Kunnskap? Politisk støtte? Økonomi?*
 - *Tidsbesparende? Mer tilgjengelig for pasienten?*
 - *Faglig forsvarlighet? Kontakt med pasienten? Relasjon? ++*
- Hvordan arbeider din arbeidsplass med hjelp av digitale løsninger i forhold til andre lignende instanser?
(F.eks andre avdelinger på sykehuset, andre sykehus, helseforetak, andre profesjoner, privat praksis/institutt innen fysioterapi osv.)
- Er det noe du har tenkt på, som vi ikke har kommet på å spørre om, som du tenker er viktig?

Vedlegg 4: Kategorisering og koding av data

Forsker 1	Forsker 2
<i>Kategori, antall referanser (i antall intervju)</i>	
Digitale løsninger i fysioterapi, 3 (34) <ul style="list-style-type: none"> • Digitale løsninger som et supplement, 3 (8) • Fordeler med digitale løsninger, 3 (15) • Ulemper med digitale løsninger, 3 (20) • Hensiktsmessig bruk av digitale tjenester, 3 (15) • Kommunikasjon, 2 (3) • Relasjon, 3 (6) • Tilbakemelding fra pasienter, 3 (6) 	Digitale løsninger i fysioterapiprosessen <ul style="list-style-type: none"> • Definisjon, 3 (9) • Et supplement, 3 (12) • Positive sider ved digitale løsninger, 3 (11) • Negative sider ved digitale løsninger, 3 (16) • De det egner seg best for, 3 (12) • De det egner seg dårligst for, 3 (13) • Egen erfaring med digitale løsninger, 2 (4)
Digitale løsninger etter korona, 3 (13)	Koronautbruddets påvirkning, 3 (13)
Strukturelle føringer, 3 (11) <ul style="list-style-type: none"> • Teknologi og utstyr, 3 (5) 	Strukturelle faktorer <ul style="list-style-type: none"> • Utstyr, 3 (4) • Faglig forsvarlighet, 3 (5) • Økonomi, 2 (4)
Digitale løsninger i fremtiden, 3 (7)	Fremtiden, 3 (7)
	Fysioterapeuter vs. andre faggrupper, 2 (4)

Vedlegg 5: Transkripsjoner av intervjuene

S = Student

I = Informant

Intervju 1

S: Ja, så da er første spørsmål hvor lenge du har jobbet som fysioterapeut?

I: I ehm... I ca. 11 år, der jeg har jobbet, hva er det nå, 7 år i spesialisthelsetjenesten.

S: Og hva er din stilling nå i spesialisthelsetjenesten og kan du fortelle kort hva du jobber med?

I: Ja, jeg jobber 100% som fysioterapeut. Jeg er ansatt i fysioterapiavdelingen, men er knyttet til en spesialisert avdeling på sykehuset.

S: Har du noe videreutdanning eller spesialisering?

I: Nei, jeg har litt diverse kurs, men ikke noe videreutdanning.

S: Ok, ja. Jaaa.. Så skal vi snakke litt om digitale løsninger i fysioterapiprosessen. Ehm, og da lurer vi på hvordan du vil definere digitale løsninger?

I: (Tenker seg om) Eh, nei asså, jeg tenker jo at det kanskje i hovedsak omfatter video, men det kan jo.. hmm. Nei, det var et godt spørsmål. Nei, om man for eksempel har mulighet til å sende dokumenter elektronisk til helsepersonell ute eller til pasienter. Man kan jo diskutere om det også regnes som digitale løsninger. Eller det å for eksempel har tilgang til journalen sin via hels norge.

S: Ja, for vi tenkte hva din erfaring er da. Det kan jo være videokonsultasjon og liksom oppfølging og ja, sånne ting da.

I: Men hvis vi fokuserer på videokonsultasjoner, eller bruk av video, så det som jeg opplever blir brukt her i fysioterapiavdelingen er at det er samtale med pasienter og undervisning eller kursvirksomhet. Som da kan være både for kolleger eller for pasientgrupper. Men for min del så er det direkte kontakt med pasienter over video jeg har erfaring med.

S: Er det undersøkelse, behandling og oppfølging da?

I: Det som blir benyttet på min avdeling er at annenhver uke så har vi en tverrfaglig videopoliklinikk der det da er med en fysioterapeut og en lege, en plastisk kirurg. Ehm, og da er det sånn at det kan være litt forskjellig grunner til at vi har samtale med pasienter. Ofte er det sånn rutinekontroll, at normalt så ville de kommet til en

kontroll her i byen men hvis det av forskjellige grunner er ugunstig, så tar vi det over video hvis det.. Da går det mye på ulike vurdering som krever palpasjon, se hvordan funksjonen til pasienten er, høre hvordan det fungerer med kompresjonsplagg og all oppfølging de får.

S: Ja, ehm. Ja. For det som vi har definert er jo videokonsultasjoner, samt oppfølging og veiledning av pasienter. Ja, verktøy innen helse- og omsorgstjenesten da. Ja, nå snakket jo du litt om din erfaring med digitale løsninger. Ehm, men kan du utdype det litt mer med tanke på hvilken fase det er i? Kontroller? Er det en gang eller er det, hvor lenge.. ?

I: Det er... Jeg kan jo først si litt om hvordan vi pleier å følge opp pasientene. Og da er det ofte sånn at, når de blir skrevet ut fra sykehuset, så har man en kontroll etter ca. 3 mnd. Og så er det litt etter behov videre. Hos noen så ser vi at det ikke blir noen særlige senvirkninger, og andre så må vi kanskje følge opp med jevnlig kontroll i flere år. Så det er veldig individuelt. Ehm, så den første 3 månederskontrollen, da har vi en sånn avveining om det er behov for at de kommer her til sykehuset eller om det går greit å ta det over video. Ehm, og så videre så kan man for eksempel hvis de har lang reisevei, så kan vi kalle inn til en sånn videosamtale først, og så vurdere om det er behov for at de kommer fysisk til sykehuset. Eller hvis det er lenge til de har neste avtale på sykehuset, så kan man ta en videosamtale i mellomtiden hvis det er behov for å følge tettere opp eller hvis det er noen spørsmål i mellomtiden. Ehm, og noe av fordelen med å bruke det på min avdeling er at vi er nasjonal tjeneste ved av vi følger opp pasienter fra hele landet, så noen av de har jo ganske lang reisevei. Og da kan de jo slippe en veldig lang biltur eller flytur hvis vi tar det over video. Og hvis vi er at her er det noe vi må se nærmere på eller vi må ta mål til kompresjonsplagg, så kan man kalle inn til en fysisk kontroll. Men vi slipper ganske mange av de lange turene.

S: Mhm. Ehm, men er det en spesiell gruppe pasienter du tenker er mest hensiktsmessig å bruke video. Er det de som bor langt unna eller er det andre kriterier? Unge? Eldre?

I: Sånn innenfor pasientgruppen vår så er den ene tingen de som bor veldig langt vekke eller der det av andre grunner er vanskelig å komme seg til sykehuset, at der kan det være gunstig å bruke det, gjerne som et supplement til fysiske kontroller. Eller der man forventer at det ikke blir noen store problemer i etterkant. Sånn hvis sårene har tilhelet så fort at man ikke forventer noen funksjonsutfordringer, så kan man kanskje ta det over video for å få bekreftet at det ikke er noe problem, men ofte så har en lyst til å ta den standardkontrollen uansett. Selv om vi regner med at det ikke blir et problem. Så det er den andre gruppen der det er veldig greit å bruke den muligheten til å bruke video.

S: Mhm, er det noen tilfeller der dere tenker at dere vil ha de inn fysisk? At det ikke er hensiktsmessig å bruke video?

I: Ehm. (Tenker seg om). En av tingene som man ikke kan gjøre over video, som vi ofte gjør på sånne kontroller, er å ta mål til sånne spesialsyddde kompresjonsplagg

som mange pasienter har behov for. Hvis vi vet av de å ta mål til det eller at det er stor sjanse for at det er behov for det, så kan vi kalle de inn til en fysisk kontroll i stedet. Ehm, en annen ting er at palpasjonsvurdering er en viktig del av kontrollen som vi gjør. Den er litt begrenset hvor godt man får utført via video. Man kan på en måte se hvordan bevegeligheten er, men du mister muligheten til å palperere og kjenne hvordan vevskvaliteten er og den hands-on vurderingen. (tenker seg om). Ja, og så kan det være andre sånne fysiske ting man har behov for å gjøre også. For eksempel hvis det er skade i en hånd, at man har behov for å lage en sånn ekstensjonsskinne, da må de selvfølgelig også komme til en fysisk time. Ja, så det er mest det at hvis vi er bekymret for at noe utvikler seg i en problematisk retning så vil vi få de inn her for å få vurdert det bedre eller hvis det er noen fysiske tiltak som vi må gjøre med pasienten til stede.

S: Ehm, kan du fortelle litt om hvordan koronautbruddet har påvirket din bruk av digitale løsninger i fysioterapi?

I: Det har jo ført til at vi har begynt å bruke det i mye større grad. Det har på en måte.. Det har vært snakk om å bruke, om å gjennomføre videopoliklinikker før, men det er begrensningene i forhold til korona som virkelig har fått start på det og som har gjort av vi har brukt det i mye større grad og etter hvert fått en rutine på det. Ehm, for det vi så i fjor vår (våren 2020) var at det var ganske mye av arbeidshverdagen på sykehuset som var ganske lik, men polikliniske timer ble kuttet veldig ned på. At man ville ha færrest mulig pasienter utenfra inn til sykehuset, og da så man jo behovet for at de pasientene som ikke kunne komme hit, at de ble fulgt opp på en annen måte. Så da fikk vi etter hvert en rutine på at annenhver uke, annenhver torsdag, så har vi video poliklinikk. Da har vi i den perioden sett veldig nytteverdi av det og bestemt oss for å fortsette med det som fast rutine. Nå er det fortsatt sånn at det nesten er større pågang til videopoliklinikk-listen enn til de fysiske poliklinikkene.

S: Men blir det et ønske fra pasientene eller er det dere som setter det opp sånn?

I: Det er på en måte en kombinasjon. Det er jo litt sånn i perioder der, hvis det for eksempel er mye smitte her i byen, så er det noen som vegrer seg fra å komme hit og at de da vil kanskje ta det over video i stedet. Og så er det en del tilfeller der vi ser at det kan faktisk gjennomføres over video i utgangspunktet, så da kan man heller vurdere om det er behov for at de kommer fysisk hit. Det har vært noen pasienter som vegrer seg fra å komme hit, og så er det jo noen pasienter som har luftveissymptomer, og da avlyser fysisk time på grunn av det, men vi kan kanskje ta det på video i stedet. Så sant, det er flere sånne faktorer som har gjort at det har blitt mindre av de fysiske timene det siste året, og da er det forskyvning over mot video.

S2: Men hadde dere, altså før korona da, hadde dere videokonsultasjoner da, eller var det bare fysisk oppmøte?

I: De tverrfaglige videokonsultasjonene startet vi med i løpet av fjoråret, altså etter pandemien startet. Jeg er litt usikker på i hvilken grad legene har benyttet det tidligere, men vi fysioterapeuter har ikke vært involvert i det ihvertfall.

S: Ja, da skal vi over til litt strukturelle faktorer. Ehm, hva tenker du.. hvordan skal jeg si det. Det er jo korona da, det har ført til økt bruk, men er det andre, er det på et måte et krav fra sykehus og lovverk.. Struktur som påvirker at man går mer i en digital retning?

I: Ja, jeg skjønner. Ehm, det er vel mest de tingene som jeg har vært litt inne på. Man reduserer en god del pasientreiser. Både at man sparer på det økonomisk og pasienten får mindre.. ja, at det blir mindre problematisk for pasientene. Og så er det på en måte andre ting som kommer i tillegg, at for eksempel har sykehuset en miljøpolitikk der man ønsker at i større grad skal benytte videomøter og videokonsultasjoner fremfor reising. Sant, så det er ikke en årsak til at vi bruker det, men det er på en måte en bonus kan man si. At det samsvarer med miljøpolitikken.

S: Ja, for den kom vel ut før pandemien?

I: Ja, det har vært et mål om det fra tidligere også, men det er på en måte pandemien som har gjort av vi virkelig har kommet i gang med det.

S: Men hvordan føler du at du får støtte sånn økonomisk sett til å drive med digitale løsninger? Med tanke på utstyr og sånn.

I: Jeg føler at det har blitt veldig tilrettelagt for det. Både fra fysioterapiavdelingen sin side og min avdelingen. At ledelsen sørger for at man har tilgjengelig utstyr. Om det er webkamera, headset eller sånn mikrofonhøytaler som man kan bruke i tillegg. Det har ikke vært noe problem med utstyret. Det har vært på plass fordi at man ønsker å legge til rette for at videokonsultasjoner skal fungere. Det har egentlig ikke vært noe problem.

S: Men det er jo kanskje litt sånn at man økonomisk sett kanskje sparer mer på å ha det over video enn at man fysisk møter opp?

I: Ja, i hvert fall hvis du ser på helseforetaket som helhet. Man sparer mye på reiseutgifter. Men hvis du ser på avdelingen så blir det på mange måter en større utgift for fysioterapiavdelingen, men fordi det er et ønske om at det skal brukes mer, så blir det også prioritert at man, ja, har økonomi til å kjøpe ut utstyr.

S: Er det lagd noen takster og sånn i forhold til pasientene?

I: Ehm, akkurat det kan jeg ikke svare 100% på for jeg har bare vært med på tverrfaglige samtaler, og da er det legene som tar seg av det tekniske og takstene. Jeg mener at jeg har fått beskjed om at det skal være samme takster på videokonsultasjoner som på en fysisk konsultasjon. Og det har også blitt tilrettelagt for at vi som enkeltstående fysioterapeuter kan benytte videokonsultasjoner. Vi har

fått tildelt hvert vårt møterom, at vi har en kode vi kan sende til pasienter så de kan logge seg på. For min del har jeg ikke benyttet meg av det enda, men i form av både utstyr og tekniske løsninger, så er det lagt til rette for at vi kan benytte oss av det.

S: Ja, litt over til faglig forsvarlighet og at ting blir lagret og sånn. Har det vært et tema?

I: Ikke annet enn at vi har fått beskjed om at sånne chattefunksjoner i videosamtalene, at vi ikke skal bruke det fordi det blir lagret. Men utover det så har ikke det vært noen problemstilling egentlig.

S: Men tar dere opptak av videokonsultasjon?

I: Nei, det gjør vi ikke. Men det er vel også mulig å ta sånn screenshot av konsultasjonen. Hvis man vil ta et øyeblikksbilde der hvor pasienten viser arr for eksempel, men det er ikke noe vi har benyttet oss av.

S: Ja, eh... Vi har vel egentlig vært inne på for eksempel sånn som fordeler og ulemper med digitale løsninger. At det er tidsbesparende, effektivt og tilgjengelig. Og så er det jo disse ulempene da, de har du jo også egentlig snakket om. Det med å ikke være fysisk nær pasienten og sånn.

I: Mhm, ja.

S: Men har du fått noen tilbakemelding fra pasientene? Føler de kanskje at de ikke får den oppfølgingen de trenger eller.. synes de at det er positivt?

I: Det er litt forskjellig fra person til person, men de aller fleste er positive til å ha den muligheten til å ta konsultasjonen over video. Vi får mest positive tilbakemeldinger, og så er det enkelte pasienter som er veldig positive til å komme fysisk hit i stedet. At de kanskje føler seg bedre ivaretatt eller at man får gjort en grundigere vurdering. Men i de tilfelle også så er det kanskje greit å først gjennomføre en videokonsultasjon og hvis det er noe vi ønsker å se nærmere på, så kan vi kalle de inn til en time her. Og når det gjelder ulemper så er det litt sånn tekniske utfordringer også. Det vi kanskje ser mest der er oppløsningen på video. Sånn siden vi skal gjøre palpasjonsvurderinger, så er det noen ganger vanskelig å få et godt bilde at det fordi det blir så kornete. Så noen ganger er det nødvendig at pasienten tar bilde av det og sender til oss parallelt for at vi skal kunne vurdere det ordentlig. Så det er på en måte, det fungerer veldig greit for å vurdere funksjon og leddbevegelighet og sånne ting, men akkurat for å se hvordan arret seg ut og sånne ting, det kan være litt utfordrende. Og så er det jo noen tilfeller der pasienten ikke får teknikken til å fungere. At kanskje kamera eller lyden ikke virker. Eller at de ikke får til påloggingen. Og da er det noen tilfeller vi bare må droppe videobiten og ta det over telefon i stedet. Og det kan være litt tilfeldig ut fra hvilket utstyr de har og hvilken teknisk kompetanse de har.

S: Føler du... krent... at du kan si liksom at det er en spesiell gruppe som, jeg vet ikke, at enten yngre eller eldre som er mest positiv eller negativ til video? Eller er det helt individuelt?

I: Nei... vi ser ikke noe sånn voldsom tendens der, at det er... de fleste er ganske positive, men blant de eldste pasientene er det kanskje større utfordringer med å på en måte få til det tekniske og at kanskje er mer positiv å komme til fysiokontroller, så lenge de er i form til det. Men det kan for eksempel være pasienter som er på sykehjem og man då har et personale der som kan hjelpe til med å tilrettelegge.

S: Ja, det er jo bra.

I: Ja, eller at de for eksempel kan være hos fastlegen eller hos fysioterapeuten sin og gjennomføre videokonsultasjon derfra.

S: Mhm...

I: Og det gjør de jo i noen tilfeller hvis det av forskjellige grunner er vanskelig for pasienten selv å få det til.

S: Ja.

I: Så kan de få annet personell til å hjelpe.

S: Åja, ja. Det er veldig positivt. Eem, hva tenker du om at videokonsultasjon kan være en trussel for fysioterapiens varemerke? Med det at vårt varemerke er å være fysisk nær pasienten da.

I: (Sukker) for min del så ser jeg ikke på det som en trussel i det hele tatt, men mer som et supplement.

S: Ja.

I: For det er på en måte så pass mange aspekter som man ikke klarer å få med over video og spesielt den på en måte hands-on-delen av behandlingen som man mister helt over video.

S: Mhm, ja.

I: Mmm, ja.

S: Så du er ikke redd for det skal ta helt over?

I: Nei, ikke i det hele tatt

S: Nei.

I: Sant, at det er kanskje noen deler av fysioterapien som i større grad kan flyttes over til video, for eksempel instruksjon i øvelser kan jo gjøres over video for eksempel, men igjen så blir det vanskelig å kunne korrigere uten å bruke hendene sine og ja.

S: Mhm.

I: Det er jo litt annerledes å snakke med noen over video og å være i samme rom og på en måte få en sånn face to face interaksjon. Og for en del pasienter så tror jeg at den delen også er veldig viktig, å på en måte få den mellommenneskelige relasjonen ved å faktisk ha en person til stede.

S: Ja.

I: Jeg tenker at det er flere ting man mister ved å ta det over video som jeg tenker, jeg tenker at det kan på en måte ikke kan erstatte alt det vi gjør som fysioterapeuter (ler litt) i samme rom som pasienten.

S: Nei.

I: Som sagt jeg tenker mer på det som et supplement enn at det skal overta for funksjoner vi har.

S: Mhm, skjønner. Eem ja, så litt om fremtiden da (kremer) i forhold til digitale løsninger innen fysioterapi. Tenker du at det er tilstrekkelige ressurser og at det er politisk sett og økonomisk sett, du har vel egentlig vært litt inne på det da, hvert fall at det veldig tilrettelagt for det då.

I: Mhm ja, mhm, det synes jeg, at det er både sentralt i helseforetaket og på avdelingen vår, så synes jeg at det er på en måte at det legges veldig til rette for at man skal kunne digitale løsninger. Det som kanskje mangler er tiden til det, sant at jo mer man skal ha av sånne videokonsultasjoner med pasienter ute, jo mindre tid blir det til pasientene som er inneliggende.

S: Mhm.

I: Sant så, skal man øke opp her så må man får ekstra ressurser til det i form av personale eller tid til å gjennomføre det.

S: Ja. Eem, hvordan føler du at din arbeidsplass er i forhold til andre sykehus? Og ja, i forhold til fysioterapeuter er i forhold til leger for eksempel og andre profesjoner og privat praksis.

I: Bare vent litt, nå forsvant lyden litt. Sånn. Eem, jeg har vel egentlig ikke så veldig mye å sammenligningsgrunnlag (ler litt), men sånn hvis vi sammenligner det med andre faggrupper i sykehuset, så tror jeg at fysioetapeutene er ganske frempå med å bruke digitale løsninger.

S: Mhm.

I: Enten det er i form av å holde kurs eller møtevirksomhet eller pasientkontakt.

S: Ja.

I: Så jeg har inntrykk av at eem, det er i alle fall et veldig fokus på det i fysioterapiavdelingen.

S: Ja.

I: Så jeg tror at det, når vi har fått det innarbeidet veldig på min avdeling, men jeg tror at andre avdelinger også kommer til å bruke det i større grad i fremtiden.

S: Mhm.

I: Men å sammenligne med andre sykehus for eksempel er vanskelig for meg å si noe om.

S: Ja. Ser den. Eem ja, nå har vi egentlig gått igjennom det meste, eem, er det noe mer du vil legge til.

I: Jeg tror vi har vært innom det meste. Det eneste jeg tenkte på, jeg kan nevne det at det systemet vi bruker for pasientkonsultasjoner det heter Norske Helsenett. Og det er vel stort sett det som brukes i pasientkontakt.

S: Mhm.

I: Og sånn praktisk så er det sånn at pasientene får en innkalling som til en vanlig poliklinisk time, og så i den innkallingen er det en link til en nettadresse, sånn at hvis du går inn på Helse Norge, åpner dokumentet der og trykker på linken så kommer de rett inn på den konsultasjonen, men bare det blir jo litt komplisert for en del, kanskje særlig for de eldste pasientene (ler litt). Så då tar vi det litt sånn at vi må ta det over telefonen og guide pasienten trinn for trinn hvordan de skal logge seg på. Så det vi ser litt er at det er greit å sette av ekstra tid til det. Sant, og ofte så tar jeg ikke en sånn konsultasjon mer enn et kvarter, men noen ganger så tar det en halv time (ler litt). Sant, så jeg vil anbefale å ha sånn ti minutter ekstra bare for å få det tekniske til å fungere, for ofte tar det litt tid.

S: Ja.

I: Og også ha telefon tilgjengelig med mulighet til å ringe (ler litt) hvis det ikke fungerer.

S: Men er det på en måte, det er jo tidsbesparende for pasienten da, men vil du si at det er det for terapeuten også?

I: (Sukker). Ja, stort sett. Eem. Det er på en måte, det er tidsbesparende for oss når det fungerer og når det går på skinner.

S. Mhm.

I: Hvis det går veldig mye tid til å få til de tekniske tingene, så blir det på en måte til at vi kanskje taper tid på det, men så lenge det fungerer så får vi, og kan på en måte bruke den ekstra tiden til å skrive notater underveis. Og det blir sånn sett mer effektivt enn det å skulle ta inn pasienter på løpende bånd og så må du ta igjen all skrivingen neste dag, sånn som jeg ofte må med poliklinikkene. At man på en måte får jobbet litt parallelt når man først sitter der med PC'en.

S: Ja.

I: Så det er stort sett tidsbesparende, men av og til så blir det litt mye knot, og særlig med det tekniske og ja, da blir det mindre tidsbesparende.

S2: Men me bare tenkte på en ting det ble sagt litt sånn i forhold til kommunikasjon. Men føler du at det er forskjell mellom kommunikasjonen digitalt og hvis du er liksom fysisk i samme rom som pasienten?

I: (Sukker). Nei, Jeg synes det stort at fungere greit. Det er sånn, min erfaring med sånn videoløsninger er at det gjør noe med dynamikken når man er i en gruppesamtale, at praten kanskje ikke flyter like lett og at det er mer terskel for å bryte inn og at man blir snakkende i munnen på hverandre. Men når det er sånn en til en kommunikasjon så jeg på en måte at det er mindre problem.

S2: Mhm.

I: At det stort sett fungerer ganske greit.

S2: Mhm.

I: Mhm.

S2: Men sånn i forhold til eeh relasjon og sånn der med pasienten?

I: Mhm.

S2: Er det noen tanker rundt det eller?

I: Mhm. (Tenker seg om). Nei vi har ikke noen sånne underliggende erfaringer med at det fungerer dårligere, men det kan jo for eksempel være sånn, ja, altså en del av pasientene våre er jo i en veldig tøff situasjon og har vært gjennom traumer og har det kanskje vanskelig på flere fronter og på en måte det at de strever litt og ja, har kanskje har ting de ønsker å ta opp, det er kanskje lettere å fange opp når man er i samme rom med de. At kanskje praten går litt lettere og det er lettere å lese pasienten på en måte og ja, kanskje det er litt lavere terskel for å ta opp litt sånn hvordan de har det generelt når vi er i den fysiske settingen enn over video.

S2: Mhm.

I: Men det er ja, stort sett jevnt over så er det ikke sånn veldig forskjell på hvordan kommunikasjonen er.

S2: Nei.

I: For de fleste fungerer det veldig greit å ta det over video

S2: Mhm.

I: Mhm.

S: Ja, hvor mange videokonsultasjoner har du hatt sånn ca?

I: Hmm (tenker seg om).

S: Kanskje litt vanskelig spørsmål.

I: Ja, jeg har ikke tall på det sånn nøyaktig. Men hvis jeg skal gjette, så kanskje femti, rundt der omkring.

S: Ja. Så tok tok det seg opp fra i fjor da?

I: Mhm, ja.

S: Men du hadde hatt litt før det også?

I: Eeeh, nei, det er egentlig fra i fjor vår at vi begynte med det.

S: Ok.

I: Mhm, ja.

S2: Jeg tror egentlig vi har fått svar på det meste.

I: Mhm.

S: Men hvor mange ganger med samme pasient, hvor mange ganger har du videokonsultasjon i snitt, er det én gang eller er det flere?

I: (Kremter). Eem, sånn i hvert fall med pasienter som er i litt tidlig fase etter utskrivning, der kan vi kanskje si at vi normalt ser de sånn hver tredje måned, eller der omkring.

S: Ja.

I: Sånn at det i løpet av det siste året er det kanskje noen jeg har hatt ja, tre eller fire samtaler med, men ja så har det vært noen pasienter der vi har hatt de til videosamtale én gang og så har de kommet til fysiske kontroller fordi vi har sett behov for det rett og slett. Ja, det er veldig varierende fra pasient til pasient. Men også de som vi har på en måte fulgt opp gjentatte ganger over video, der ønsker vi ofte at de kommer til en kontroll her også i hvert fall en gang i blant sånn at vi får gjort en ordentlig vurdering, men at man kan på en måte ha et lengre intervall mellom de kontrollene ved at man har videosamtaler i mellomtiden.

S2: Men hvis vi kan oppsummere litt her nå, for nå har du liksom sagt fordeler og ulemper. Hvis du skulle oppsummert hva fordeler og ulemper du tenker at videokonsultasjon har, hva ville du sagt da?

I: Mhm, emm, fordeler da vil jeg si at det er mindre ubekvemt for pasientene, spesielt de som har lang reisevei, at man sparer økonomisk på det, de gjelder særlig helseforetaket at de ikke må betale for pasientreiser og så er det miljøbesparende ved at man reduserer reisingen. Ja, jeg tenker at det er hovedfordelene. Og så i forhold til ulemper. Det går litt på det med at noen ganger er det vanskelig å gjøre grundige vurderinger når man ikke får gjort hands on vurdering og palpasjon. Det kan være litt tekniske utfordringer som gjør at man kaster bort litt tid og så mister man litt av på en måte den mellommenneskelige kommunikasjon som kanskje særlig pasienten har behov for i noen tilfeller. Det å på en måte ha noen i samme rom som deg som ser deg og hører på deg.

Intervju 2

S: Da starter jeg... å ta opp. Fikk du det nå?

I: Ja! Continue.. Sånn.

S: Blir det tatt opp nå? (snakker lavt til S2)

S2: Ja, det står oppe i hjørnet der.

S: Ja. Ok. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

I: (Trekker pusten) Altsåå.. Totalt sett.. Jeg var ferdig utdannet iii.. 2004, da var jeg ferdig med turnustjenesten min. Jeg hadde en slags fysioterapistilling etter det, men jeg begynte vel kanskje ikke, jeg hadde vel kanskje ikke min første ordentlige fysioterapeutstilling før jeg begynte på sykehuset her.. det var i 2006. Så siden det da, så har jeg hatt stillingsbeskrivelse fysioterapeut.

S: Mhm, og hva din stilling nå i spesialisthelsetjenesten, og kan du fortelle kort hva du jobber med?

I: Mhm, min stilling nå er seksjonsleder for fysioterapeutene på min avdeling på sykehuset. Det er det som er min hverdag. Det er en jobb som egentlig er delt 50/50 klinisk arbeid og ledelse. Eh.. Jeg har personalansvar, faglig ansvar og sånt. Jeg har ikke økonomiansvar for det ligger et hakk opp hos han som er min leder igjen. Eeeh, og så i tillegg til det så har jeg også eeh.. fått litt sånn allokert ansvar for nettsider i fysioterapiavdelingen og etter hvert og (telefonen ringer) Ææh, telefon! Eeeh, bare (legger på telefonen) sånn. Jeg er opptatt. Ehm, etter hvert også for eksempel videokonsultasjon, dette med å tildele møterom, virtuelle møterom i vår avdeling da. Har ikke ansvar for det på sykehuset, men i vår seksjon, nei avdeling. I vår avdeling så er det mitt ansvar. Og litt sånn andre tekniske ting. Andre aktuelle plattformer vi kan bruke når vi skal være i undervisning eller møte eller ja. Ikke med pasienter, men mer med sånne ikke-sensitive møteplasser, så er jeg den som kanskje drar litt på for å finne ut av hva vi kan bruke

S: Ja.

I: .. av Whereby og Norsk Helsenett-løsninger og streaming har vi begynt å se på. (S prøver å si noe). Så av en eller annen grunn så.. Ja?

S: Har du noen videreutdanning eller spesialisering?

I: Eeh, ja, det har jeg. Eeeh, jeg er jo spesialfysioterapeut i den stillingen jeg er kliniker. Har videreutdanning i veiledningspedagogikk.. blant annet. Personalpsykologi har jeg videreutdanning i. Nyeste videreutdanningen min er.. ble jeg akkurat ferdig med nå i februar! Og det var faktisk i helseinformatikk.

S: Ja.

I: Ja, så den er ganske sånn fersk. Det var bare et halvt års studium i.. på universitetet. For da.. egentlig laget for både helsepersonell og IKT-folk. Eeh, for å liksom prøve å «bridging the gap» liksom. Mellom den kliniske verden og IKT. Så det er jeg nettopp ferdig med.

S: Men det første du sa, det var spesialist innen ditt felt da?

I: Jeg er ikke spesialist, for det er en helt egen greie. Da må man ha liksom mastergrad og massemasse kurstimer og sånn. Men jeg er spesialfysioterapeut, som betyr at jeg har både videreutdanning nok og kurstimer nok til å ha spisskompetanse i mitt felt. Sååå.. Jeg er spesialfysio, ikke spesialist.

S: Spesial.

I: Ja, sånn er det. Spesial, ikke spesialist (ler litt). Det er viktig for folk. Det er forskjell. Mhm.

S: (Ler litt). Ehm, ja. Og så litt over til digitale løsninger i fysioterapiprosessen.

I: Ja!

S: Da lurer vi på hva du legger i begrepet «digitale løsninger» i fysioterapi?

I: (Trekker pusten). Det kan jo være så mangt da. Eeh.. Det kommer an på hvor mye du har lyst til å definere inn under begrepet for det er jo.. Digitale tjenester er jo også måten vi dokumenterer på. Altså, vi har jo elektronisk pasientjournal, vi har jo digital samhandling i, i, på en måte journalverktøyene vi bruker hver dag, og det er ikke noe vi opplever som en nyvinning i det hele tatt, sant? Det er nå sånn vi holder på. Men selvfølgelig, det første som dukker opp for meg, og jeg tror for veldig mange andre i fysiosegmentet, det handler jo om måten å møte pasienter på. Eeh, og at det møtepunktet nødvendigvis ikke er face-to-face da. Men at det er for eksempel en videokonsultasjon eller eeeh, et kartleggings skjema som er digitalt.. Altså noe asynkront eeh, tenker jeg.. Også det. Hjemmeoppfølging handler jo mye om det å, å sende skjema og egeninnfyllinger og så følge opp med en samtale, enten på video eller telefon i etterkant. Sant, så da blir jo det en form for digital oppfølging.

S: Ja.

I: Og så er det jo selvfølgelig ganske mange sånne IoT-verktøy, internet of things. Altså dingser som snakker med dingser som gir oss helseinformasjon som vi kan bruke, sant. Det er ikke sååå utbredt i fysioterapi enda, jeg tror det kommer, (trekker pusten), eeh, men det er klart at i overvåking av pacemakere eller søvnmønster eller blodsukker.. eller alt det der, det er jo IOT (Internet Of Things)-verktøy som blir en naturlig del av å følge opp digitalt da. (trekker pusten). Såå, det er litt sånn.. det kan være et ganske bredt begrep i mitt hode da i hvert fall.

S: Sånn som vi har definert det i denne oppgaven så er det egentlig veldig likt sånn som du er inne på da.. At digitale.. at det er digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten som videokonsultasjon, samt oppfølging og veiledning av pasienter ved hjelp av digitale plattformer.

I: Ja, der ser du. (ler litt)

S: Det var veldig likt.

I: Det er godt jeg har videreutdanning.

S: Eeh, og så litt over til din erfaring da.. Med dette her som du har snakket om.

I: Hehehe, ja. Ja (tenker litt), som jeg sa på e-post, jeg har jo egentlig veldig begrenset erfaring med å bruke for eksempel videokonsultasjoner som fysioterapeut. Som kliniker. Eh, jeg har selv bare prøvd det én gang, og da sviktet teknologien på pasientens sin side. Skjermen var svart og.. Jeg kunne se at pasienten var i rommet på en måte, men det var jo ikke lyd og ikke bilde og ingenting. Sant, så da endte vi med telefon likevel. Eeh, det var et hederlig forsøk, eeh, har ikke fått sjansen til å.. hva heter det på norsk? Redeem myself eeh etter det. Jeg vet jo at det virker, jeg har jo mange kolleger rundt omkring på huset for eksempel på.. som jeg også nevnte for dere. Folk som jeg vet har brukt det mye mer. Eeh, så det er klart min erfaring handler jo mer om det å fasilitere. At det er tilgjengelig, at utstyret er det, at man har headset og kamera og kan stole på teknikken. For den er du jo helt avhengig av. Hvis ikke det funker så kan du jo bare glemme å få et profesjonelt forhold til å møtes på andre måter enn fysisk.

S: Mhm.

I: Eh, så den der bakteppet. Det er liksom min erfaring.

S: Den ene gangen.. Var det da.. I hvilken fase var det? Var det oppfølging eller var det..?

I: Ja.. Det var.. Og det tenker jeg er veldig viktig når en skal bruke digitale flater og møte folk på andre måter enn fysisk.. spesielt kanskje i vårt fag (trekker pusten). Eh, en ting er jo å møte pasienter du har møtt fra før. Du kjenner problemstillingen, du, du vet på en måte litt fra før hvor skoen trykker, du har kanskje gjort det du trengte å gjøre av kliniske undersøkelser og... Jeg er jo kanskje... Jeg er ikke veldig fastgrodd til å være i mitt fag tror jeg, men vi er jo ofte veldig der at for å føle at vi gjør en god kartlegging, så trenger vi å... se, sant, kjenne strukturene. Eh, ja. Men litt lengre ut i forløpet så trenger du jo ikke det.

S: Nei.

I: Da trenger du heller den der veiledningen.

S: Ja.

I: Mhm.. Såå...

S: Det er i sånne situasjoner du tenker det er mest hensiktsmessig å bruke digitale løsninger.. Du ville ikke brukt første gang, men mer veiledning?

I: Det er litt sånn.. Mmm.. (Tenkepause). Eh, det er litt sånn, det går å ha et digitalt møtepunkt som et førstegangstreff, men da må det kun være en slags kartleggingsamtale for eksempel. Hvis ikke hens.. Det kommer jo an på hva målet med konsultasjonen er. Sant, hvis hensikten er å kartlegge om denne pasienten har behov for å komme inn til sykehuset på en fysisk konsultasjon, så er jo det helt fair. Da trenger du jo ikke ha møtt pasienten fra før. Du får jo ganske raskt et bilde av.. Men ofte i spesialisthelsetjenesten i hvert fall, så er det jo sånn at vi møter mennesker som er definert som at de har behov for et treff med blant annet fysioterapeuter. De blir henvist av lege her på poliklinikken for eksempel, fordi de trenger spesialisert oppfølging av noe som vi kan, som ikke de der ute kan nødvendigvis like godt i hvert fall. Sant, så man må jo alltid ha for øyet det, hva er det som er hensikten med denne konsultasjonen, kan den løses godt nok eller like bra digitalt som fysisk. Sååå, primært så tenker jeg jo at en vanlig førstegangs undersøkelse ikke nødvendigvis da video et egnet verktøy. Men tre-månderskontroll, oppfølging etter du har gitt treningsprogram.. Oppfølging etter rehab er jo noe vi tenker på her. At vi skal innføre det som standard på hvertfall på de som bor langt hjemmefra. Nei! Langt hjemmefra (ler). Langt fra sykehuset!

S: (ler litt). Ja.

I: Det er et hjem for meg. Eeh, at de kan vi kanskje lettere treffe på video og så blir det mindre styr for pasienten og så får de det de trenger med å ha et enklere treff, sant, i sin egen stue. Men å gjøre kompliserte og oouff, ofte så.. Her på avdeling i hvertfall så er det jo ofte veldig sammensatte problemstillinger, deler av det er kliniske ting, det er mye langvarig smerte, det er mye (sukker), det er liksom ikke bare en ting. Eeeh, og da kan det være veldig vanskelig å kanskje få den.. Min

erfaring er jo at det er så viktig å bygge en sånn der terapeutisk form for allianse med pasienten din hvis du skal føle at du kommer noen vei, føle, få på plass en sånn der troverdig relasjon. Så ser jeg jo for meg at noen fysioterapeuter vil oppleve det vanskeligere på digitale flater enn i virkeligheten da, ja.

S: Jaa, kan du si litt om hvordan covid-19 utbruddet har påvirket din bruk av digitale verktøy?

I: Ja, den der pandemieffekten den var jo vill. Eh, (trekker pusten), det er merkelig å jobbe i en organisasjon som eg egentlig har ansett som veldig sånn der traust og tungrodd på et vis. Veldig vanskelig å få til endringer i arbeidsmåter her på sykehuset fordi at sånn har vi alltid gjort det. Sant, så kommer den der pandemien og så viser det seg at i en krise så kan hvem som helst snu *opp ned* på måten de jobber på og eh, tåler det godt. Så det var fra å *være fullstendig* ikke tema og overhodet ikke interessant for veldig mange her på sykehuset, ikke bare fysioterapeuter, men leger og sykepleiere og alt, (trekker pusten) var ikke *noe* interessert i å vite noe om digitale møteplasser i det hele tatt så er vi jo nå på et *helt* annet sted. Og vi hadde aldri *vært* der hvis det ikke var for korona. Så den har drevet frem veldig mye. Og i måten man samhandler mellom yrkesgruppene på. Før så var det på en måte, det var, du skulle ha fysisk møte eller så var det ikke vits i på en måte.. Men det er klart, vi har ikke lov til å møtes, vi kan ikke, vi må finne andre måter, vi må lære hvordan vi skal «share screen» og huske å unmutte. Vi må gjøre alle g.. Det var helt *helt* ukjent for oss her på huset før dette skjedde. Eh, så *volksom* utvikling har skjedd.

S: Mhm, med tanke på da tverrfaglig møte og..?

I: Ja, *alt* mulig. Undervisninger og ja, masse av det. Pasientundervisninger som vi jo har mye. Ja, alt. Alt mulig. Så det gledet jo litt hjertet til meg da, som.. jeg er jo over snittet interessert i sånn fremoverlent.. vi lever i 2020.. i fjor.. I år lever vi enda litt lengre frem i tid (ler litt). Og synes jo.. blir jo ofte litt utålmodig på uvilligheten til å prøve nye ting i en arbeidshverdag fordi «hvem vet? Kanskje ting blir lettere da?». Så da fikk jeg jo litt troen tilbake på helsetjenesten, da. «Se der ja, det går an!». Det måtte bare en.. ja, verdenskrise til selvfølgelig. Men de sier jo det rundt omkring i hele verden nå at koronapandemien har jo drevet frem kjempestore digitale fremskritt nesten over alt i alle slags forskjellige bransjer

S: Mhm

I: Ehm, fordi du møter problemstillinger som du ikke tenkte på før pandemien og nå blir det så tydelig og «in your face» da, på en måte. At hvis jeg skal få gjort jobben min nå, så må jeg gjøre den på en annen måte enn før. Hvis ikke har jeg ikke noe her som jeg kan brukes til.

S: Mhm.

I: Mhm.

S: Eh, du har vært litt inne på da helseforetaket og arbeidsplassen. Du har følt at de var litt sånn, hang litt etter da..

I: *Åh ja!* Veldig! Fortsatt, men mye bedre.

S: Men kan du utdype det litt. Hvordan din arbeidsplass, altså ditt helseforetak, påvirker da. Eller regulerer de mulighetene.

I: (Ler). Vet du hva, det triste faktum er jo at jeg tror veldig mye av eeeh. *Æææ*, vent litt! Det er nok sikkert todelt. Her på sykehuset er det egentlig to ting som styrer. Det første og det viktigste er penger. Eh, nye løsninger, nytt digitalt utstyr, ting som er litt mer sånn fremme der, det koster penger. Masse penger å investere i. Koster penger å sørge for at menneskene som jobber i organisasjonen blir vant til det, får opplæring i det, skjønner det, forstår bruken. Sant, så det og på en måte tåle at effektiviteten går litt ned i den fasen, det er en ting som sykehuset egentlig ikke liker. Eh, aktiviteten skal holdes like høy hele tiden. Eneste unntaket var i fjor vår når alt av oppmøtepoliklinikk og alt av elektivt og alt det der, det ble avlyst.

S: Mhm.

I: Men utover det, nå sant, så er det forventet at vi har liksom koronadriften her borte og så gjør vi som vi pleier her borte, og det skal være kjempeeffektivt. Gjerne mer effektivt enn det vi var i fjor. Sant, så det er pengedriv i det. Og det andre er jo selvfølgelig (tenkepause). Det er jo vanskelig å påvirke veldig raskt folk er på jobb på. Hvilke arbeidsoppgaver de fyller, hvordan de definerer arbeidsoppgavene sine selv, ehm.. Det er ikke bare bare og si til en fysioterapeut som har jobbet på sykehuset i 20 år, 30 år, som noen av mine kollegaer har her, at nå skal vi møte pasienter digitalt. Det er ikke enkelt for veldig mange. Og for leger ooouff (sukker tungt). Om fysioterapeuter kan være steile, så skal jeg love deg leger er jo hundre ganger verre. Men de har jo ikke tid til å begynne å tenke på andre måter å tenke på, fordi de må bare fortsette å jobbe. Så det er litt sånn vanskelig materie å endre. Endring er alltid vanskelig. Og det er mange som sier at «dette burde vi ha gjort på en lurere måte», men det er ingen som er villig til å endre sin egen arbeidsmåte ofte. Men man stiller krav til organisasjonen om at noe må bli bedre, men det er veldig vanskelig, sant. Det er litt sånn.. Det er jo endringspsykologi da, det gjelder all type endring. Som leder sant, så har jeg vært borti mye av omstilling og nedbemanning og mange tunge prosesser. Og det er akkurat det samme det. Det er motstand mot endring. Eh, så det er liksom menneskeheten som slår inn rett og slett.

S: Mhm.

I: Hva gjør dette med fagligheten nå? Hvis jeg ikke kan ta på pasienten min.

S: Det er jo dette her med faglig forsvarlighet og ansvar for at kommunikasjonen ivaretas på en forsvarlig måte, da.

I: Ja.

S: Gjør det at noen fysioer og leger er litt sånn skeptisk..

I: Ja, og det er jo bra at det er sånne ting som er hamret inn i oss. At det skal være.. Selvfølgelig er faglig forsvarlighet veldig viktig. Eh, og det å føle seg trygg på at det pasienten møter det er riktig og det er gode vurderinger og det er basert på riktige ting og.. Sant, men samtidig det er ingen grunn til at du ikke får fatt i riktig informasjon selv om det skjer på denne måten som vi sitter nå. Det er klart det er viktig med IT-sikkerhet i dette her, sant. At det er kryptert og ende-til-ende kryptering og alt det der. Sånn at ingen uvedkommende kan tilegne seg kunnskap de ikke skal ha. Men det er jo klart at.. Det er jo og en del av den der store IKT-utviklingen og sikkerhetsfokuset. Det skal.. Vi skal ikke bruke feile plattformer. Vi må bruke plattformer vi vet er trygge, og gjør vi det så er vi trygge.

S: Føler du at dere har tilgang på de programvarene og det utstyret som trengs nå?

I: Ja, nå har det begynt å komme seg. Men det er klart, det er nok litt forskjell fra seksjon til seksjon. Jeg har vært veldig sånn, *veldig* tydelig på at vi må ha nok kamera, vi må ha nok headset, vi må ha skjermede kontor plasser. Men her på avdelingen er vi veldig heldig at vi har skjermede kontor plasser. For meg var det lett. Jeg kunne bare si «vi trenger så mange kamera og så mange headset» så er vi good to go. Men det er jo ikke sånn andre steder på sykehuset, med felleskontor og felles behandlingsrom og alt av pasientkontakt skjer jo rundt på senger. Det er liksom ikke tenkt at fysioterapeuter etter hvert har behov for egne rom til konsultasjoner, liksom «What?», det er jo helt uhørt. Men det kommer jo, mer og mer.

S1 og S2: Mhm.

I: Nå er det sånn vi jobber her. Vi har nesten kun poliklinikk her på avdelingen, vi har nesten ikke sengepostpasienter. Så det er veldig ulik arbeidshverdag rundt omkring på huset

S1: Ja..

I: Såå, andre seksjonsledere enn meg opplever kanskje at de verken har arealene til det eller utstyret til det fordi at det ikke er fysisk mulig å tilrettelegge for å bruke digitale verktøy. Sant, så det.. Det er litt forskjellig.

S1: Mhm. Så litt over til positive og negative sider, da.

I: Jaa.

S1: Litt sånn spesifikt om du kan si er fordelene da, med digitale løsninger.

I: Jaa. (tenkepause). Hvis vi nå, hvis vi nå.. La meg bare tenke hva vi legger i digitale løsninger i denne sammenhengen for eksempel er videokonsultasjoner eller synkron eller asynkron kommunikasjon med pasienten. Den soleklare fordel er jo selvfølgelig pasienten sin, mest av alt. Å slippe å reise inn til sykehuset, slippe å bruke hauger av tid fra sin egen arbeidshverdag. Mange kommer jo.. Må ta seg fri hele dagen fra jobb og det blir mye armer og bein, sant. *Kjempefordel* for de, så lenge de selv er komfortable med å være på digitale flater. Som nå i hvertfall etter det vi har vært gjennom nå, store deler av den norske voksne befolkningen, og ungdommer, er ganske komfortable med. Det er verre med de eldre, dessverre. Så det er punkt 1. Det er enkelt, så lenge teknikken virker. Ehm, det kan vel tenkes at andre positive ting, du får en veldig sånn.. I sann tid på en måte eeh.. oppfølging, hvis du er i et opplegg med for eksempel e-mestring, litt sånn asynkron oppfølging med en terapeut, der du kan bestemme dine egne moduler, når det passer deg å gjøre det.. Morgen, ettermiddag, kveld.. Natt.. Eh, og at du har en relasjon til en terapeut på den andre siden.. Eeh, det er en type frihet som jeg tror veldig mange, igjen voksne og unge voksne vil sette pris på. At ikke en må på en måte kle på seg den pasientrollen mer enn nødvendig. Hvis du kan få lov til å bare være deg selv og ta noen konsultasjoner eller opplæringsmoduler eller hva det nå er i det tempoet som passer deg selv, så tenker jeg at det ligger det nok mye fremtid i. Ehm, og jeg seg på det som en klar fordel. Hvis en vet å utnytte det rett. Og bruke det til rette folkene til riktig tid.. Altså wuu (lyd), det er litt sånn. Mhm. Flere fordeler? (tenkepause). Økonomi. Eeh, mindre reisetid, mindre styr, mindre smerter, mindre utgifter for pasientreiser *sukker* sånne ting. Ren logistikk. Mye fordel i det. Ehm, for terapeutene sin del (tenkepause). Altså, rent sånn tidsbruk for terapeuter tror jeg egentlig ikke det er sånn sykt mye å hente. Altså, hvis du tar utgangspunkt i en hverdag som min da, der vi stort sett bare har polikliniske avtaler, sant.. Det kommer en pasient kl. 9 og en kl. 10 og en kl. 11 ooog... Og om de skjer på digital flate eller om de skjer fysisk, det er på en måte litt sånn ett fett med tanke på min tidsbruk. Sant, jeg må jo være i den konsultasjonen om jeg er i maskinen eller om jeg er på poliklinikk kontoret. Så kan det jo faktisk. (tenkepause). Ja, det er kanskje... Jeg vet ikke.. Jeg tror ikke vi sparer noe terapeutisk tid der. Det tror jeg ikke.

S1: Nei.

I: Det er kanskje flere sånn sett drawbacks med å være terapeut på digital flate fordi som terapeut er det du som har ansvaret for det faglige innholdet, at du tar tak i de rette tingene, at du.. Sant.

S1: Mhm.

I: Det er derfor det er så viktig at man bruker det til rett tid og til rette folk, tenker jeg. Til riktig intensjon. Digitale flater er ikke svaret. Vi kan ikke være i en heldigital behandlingsfremtid. Det tenker jeg.. Det er ikke dit vi skal, men at vi skal mot en fremtid der vi kan bruke det som et verktøy der vi vet at det passer, ja, der tenker jeg at vi må.

S1: Hvem spesifikt tenker du at det passer for?

I: Ja, det er jo litt som vi var inne på: oppfølginger, kjente pasienter, veiledning, mestringsamtaler, ehmm. Jeg tenker jo at det kan være (tenkepause)

S1: Hvis du tenker pasientgruppe?

I: Mhm. Jeg ser for meg oppfølging etter operasjoner som har vært ukompliserte, kan være aktuelt. Eh, jeg tenker jo ofte kronikere. Sånn som pasienter der de har en sånn livslang utfordring med sin egen sykdom, veldig lurt å ta i bruk digitale kommunikasjonskanaler der. Eeh, og digitale skjema, sant. Fulle ut med jevne mellomrom hvordan det går, er du stabil i sykdommen din eller har du store svingninger. Det er en måte å plukke opp et behov hos noen, sant. Eeeeh, sååå. Og også innenfor nevrologi. Alt som handler om langtidsoppfølging tenker jeg at er naturlig å prøve å se på hvordan digitale skjema eller digital oppfølging ellers kan brukes sånn at du treffer pasientene dine. Kanskje enda bedre enn du har gjort før. Fordi det er en litt mer sømløs og uproblematisk måte å holde den kontakten på. Eh, så jeg ser jo for meg at ting kan bli bedre enn de er nå.

S1: Mhm.

I: Mhm.

S1: Hva tenker du i forhold til aldersgrupper?

I: Ja, nå er jo.. Digital kompetanse er jo noe nå som er mye mer vanlig å ha, også blant de eldre. Man tenker kanskje med første øyekast «Off, dette her er jo noe for ungdommen». Men det er jo ikke sant. De fleste også i yrkesaktiv alder, helt opp til pensjonsalder, er jo veldig vant.. Dette er jo verktøy alle bruker. Maskin, tablets i alle former, smarttelefoner.. Alle har det. Ehm, og min far liksom.. 73, han har ikke problemer med å operere disse greiene her. Null stress! Det jeg tror vi kanskje strever med det er de som selvfølgelig har kognitiv svikt. De som ikke på en måte helt klarer den der abstrakte forholdet til noen. Ehm, helt klart nevrologiske sykdommer der du på en måte vet at det er andre utfordringer.. Hvis du ikke har funksjon til å bruke det digitale verktøyet, da er det ingen vits i å prøve å ta det i bruk heller, sant. Eehm, demens og sånt.. Da må det være mer sånn her monitoreringsklokker.. Du kan fint bruke digitale virkemidler også til å monitorere de, men ikke i en videokonsultasjon. Eeh, så jeg ser jo for meg at de aller fleste vil

kunne fungere i en eller annen form for en slags digital samhandling med en behandlingstjeneste. Vi strever kanskje litt med de som bikker 80 og 90, muligens. Sant, men ikke nødvendigvis. Det er jo litt avhengig av hvem disse folkene er som person.

S1 og S2: Mhm.

I: Men vi har jo blitt godt digitalisert i alle alderssegmenter etter hvert. En skal ikke anta på forhånd at alle som er over 75 for eksempel, er automatisk utelukket fra å kunne ha nytte av digital oppfølging.

S1: Mhm.

I: Det vil være dumt.

S: Har du fått noen tilbakemeldinger fra pasienter eller pasientgrupper hva de synes om bruken av digitale løsninger?

I: Ikke til meg direkte eemm, men det er jo med digitale flater som med mye annet at det vil alltid være de som synes at det er helt topp, tusen takk skal du ha, velkommen etter liksom, dette har jeg ventet på, og så har du de som er så ukomfortabel i å bruke det som en måte å kommunisere med andre på at de blir helt sånn stresset av det. Ee, så det er litt sånn, men jeg tror det er flere som er positive, sånn sett, når de først har fått prøvd det, enn som er negative, men jeg tror at det mange som vegrer seg for å, det henger jo rundt oppslag over alt på huset «vi tilbyr videokonsultasjon», men folk synes det er litt skummelt å prøve det å si at «ja, jeg tar det jeg, neste gang». For det er litt fremmed, sant. Så er de rett for, blir det godt nok, skjønner legen hva jeg sier da og da. Altså det, folk er jo seg selv lik. Altså vi liker menneskelig kontakt da, det gjør vi jo.

S: Er det det du tenker er ulempen då, med digitale løsninger?

I: Ja. Ja, jeg, jeg tror at det er en av de store ulempene. Det er nettopp det. At en mister den der «ansiktet- til- ansikt- relasjonen» den der følelsen av å være sett og hørt. Ivaretatt, sant. Og det det går fint an å oppleve seg veldig godt ivaretatt også på en digital flate. Sånn som vi sitter nå, men jeg tror veldig mange antar at det er en dårligere møteplass, at de går inn i det men forventning om at dette er den nest beste, som jo er et litt dårlig utgangspunkt for en god samtale, sant. Så det er litt sånn ja. Dette med forventningsstyring, av og til må en jo bare skjære gjennom og si at vet du hva den type oppfølging du skal ha nå, den pleier vi å gjøre digitalt. Og så bare bestemme det, sånn blir det, og så blir det sånn åja. Så kan det være de synes at det høres litt skummelt ut, men så går det fint. Så jeg tenker at det er litt sånn veien å gå. Kan ikke vente på at folk kommer og ber om å få en videokonsultasjon

de fleste vil ikke be om det. Men sant noe med å liksom forankre det en eller annen drift da, så vil det skje.

S: Men føler du at de er litt sånn en trussel for fysioterapiens varemerket med å være hands on på en måte, du har vel vært litt inne på det, at du ser ikke for deg en heldigital fysioterapi da. Føler du likevel at fysioterapien er i forandring?

I: Ja, men det har han vært en stund egentlig og så er det litt forskjellig hva folk føler om det. Altså jeg personlig så har jeg aldri vært en sånn der brennende kliniker, du vet de der, som på en måte, ja altså, det kan godt være dere er sånne sant, som på en måte elsker og jeg vet ikke grave i kroppen. (Ler litt). Jeg er jo et menneske som synes det er gøy å være litt mer over, jeg trenger ikke å ha en pasient foran meg for å være lykkelig på jobb jeg. Jeg er leder, jeg gjør andre ting og synes det er helt topp, sant. Så for min del så er ikke jeg kanskje er kjempe-representativ for håndverket fysioterapeut, altså jeg jeg tenker vi må endre oss i takt med det pasientene våre trenger. Og fysioterapi har jo en stund beveget seg litt vekk ifra det som var håndverket hands-on, det er jo mange fysioterapeuter som ikke tar i pasientene sine lengre. Det er mye instruksjon, veiledning, mestringssamtaler, hvor vil du nå, altså endringspsykologi. Det er mye av det, mye mer enn før. I hvert fall i min verden. I min verden når vi prøver kronikere til å liksom hjelpe de til en ny vei, så trenger ikke de at jeg tar på de i en halv time, eller sant. Jeg gjør kjappe screeninger og så begynner vi å snakke om hva skal vi gjøre for å hjelpe deg for å komme til der du er nå til der du ønsker å komme. Og det handler ofte ikke om hva jeg kan finne på å gjøre med hendene mine sant. Så det det er noe som har foregått en stund og så er det noen som har veldig sterke meninger om det, og så er det noen som ser på det mer som en naturlig utvikling av faget. Jeg er jo kanskje, kanskje mer i den sistnevnte leiren han den første da. Og det er kanskje derfor jeg synes det er interessant å se på hvilke andre måter kan vi fylle vår rolle som fysioterapeut, på hvilke andre måter kan vi ta i bruk verktøyene som finnes, for å gjøre en forskjell for pasientene vi prøver å hjelpe. Så jeg er nok litt der, at jeg trenger ikke at det skal være forankret i tradisjonell fysioterapi så lenge det er noe som er nyttig for pasienten, så er jo jeg fornøyd.

S: Ja, så du var litt inne på det nå, dette med fremtiden. At det har blir mer tatt i bruk, og du følte jo at i starten at det var litt vanskelig å komme i gang og sånn, men at nå er ting mer på plass. Men er det på en måte i forhold til politikk og kunnskap og økonomi er noe du føler noe mangler eller må jobbes mer med da?

I: Ja, jeg tror det er en ganske lang vei å gå i helsetjenestene, både her i spesialisthelsetjenesten, men også ute i primær. Nå har vi kommet et stykke på vei fordi at nå vet vi at det finnes måter å samhandle på som ikke er nødvendigvis en fysiske. Men vi er ikke kommet lenger enn det. Vi er ikke kommet så langt at det blir et verktøy du på en måte anser som er en av alle de andre verktøyene du har i kassen med tanke på å følge opp pasienter. Det er ikke noe du naturlig griper til

enda. Og jeg tenker at sånn som utviklingen vår er på veien nå demografisk sant. Med tanke på hvor mange flere eldre vi kommer til å få, hvor stort underskudd vi kommer til å få på helsearbeidere generelt, både sykepleier og fysioterapeut og leger og alt. Vi klarer jo ikke å gi den velferden vi er vant med i framtiden hvis vi skal på en måte fortsette på den måten vi gjør nå. Så den der logistikken rundt det, det høres jo kanskje litt sånn hardt og kaldt ut å snakke om det, men hvis du skal klare å hjelpe folk på en måte som gjør at du må favne flere mennesker med like mange utøvere, så må det skje et eller annet magisk, og jeg tror vel en god del av det svaret ligger i verktøyene vi bruker. Det er klart at det vil alltid være masse helsetjenester som ikke kan erstattes av noe digitalt. Det kommer det til å fortsette å være. Men hvis de digitale hjelpemidlene i helsetjenesten kan bidra til at det blir kartlagt hvem som har behov for å få den spesialiserte oppfølgingen og hvem som ikke trenger det så er det en viktig funksjon, i stedet for at sykehuset har masse pasienter inne til konsultasjoner som egentlig ikke hadde trengt det. Det er noe med å på en måte se på det som en som er litt sånn stor organisme, en slags egen materie det der med med tidsbruk og kapasitet. Vi hører mye om det nå i koronapandemien, sant, hvor mye kapasitet har sykehusene. Ikke så mye, og det blir ikke bedre med årene. Så jeg tenker at hvis ikke vi klarer å prøve å bli venner med de verktøyene som etter hvert, og det kommer til å skje masse det er jeg helt sikker på, når det kommer til helseinformatikkens verden og hvilke muligheter og apper og big data og beslutningsstøtte er så mye spennende som kommer, er ikke der enda, men det er i startgropen. Da kan ikke vi fysioterapeuter sitte igjen på perrongen og si at: «Men du skjønner at vårt fag i et håndverk, så vi kanskje være med på det her». Det er *bare tull!* Vi kan være fysioterapeuter også i digitale flater. Det må vi være, hvis ikke har ikke vi en plass, tenker jeg.

S: Ja, det var jo en god oppsummering, egentlig.

I: Ja dere du kan høre jo hvor jeg er da på skalaen. Jeg er jo litt sånn heia digitalt, men jeg skjønner at det ikke kan løse alle problemene, men det kan kanskje løse noen utfordringer vi har. Og så vil det garantert gi oss noen nye utfordringer selvfølgelig, sånn er det med alt, ja.

S: Men har du fått noe inntrykk hvordan din arbeidsplasser i forhold til andre sykehus i landet?

I: Det skulle jeg ønske at jeg visste mer om. Men jeg har inntrykk av at noen sykehus er veldig godt framme på det å bruke digitale ting, sånn som for eksempel et sykehus østpå, som har liksom ryggmargsskadde og litt sånn her komplisert rehab, ja dere kjenner sikkert til det. De opplever jeg er langt framme, og har vært modige og tatt i bruk forskjellige ting, selv om det kanskje ikke var på en måte klar til utprøving, det var ikke en ferdig løsning, men de tenkte, de så et behov for at vi må være til stede der pasientene våre er å treffe, og så prøvde det seg fram. Så de har jo beredt grunnen for mye av det som vi nå tar i bruk her sant, så der er de et stykke

framme. Og så er det andre steder som jeg tror er ganske enda lenger bak enn oss, altså jeg føler jo at sykehuset her har vært tross alt ganske god. I denne fasen og i koronafasen. Det er jo akseptere at okei denne hverdagen den må vi endre. Veldig sterk endringsviljen i denne fasen. Om det vedvarer det gjenstår å se. Jeg tror at også de har vært ganske gode andre steder i landet. Der har de også vært god på innovasjonstiltak, både i primær og spesialisthelsetjenesten. Så det er litt sånn, det har vært litt inspirerende å se. Jeg var med på en innovasjonskonferanse i regi av et annet helseforetak, *kjempebra*. Og der hadde de litt sånn der presentasjon om alt mulig, hva de hadde gjort i forskjellige faggrupper, og sant dronebruk i ambulansetjenesten eller frakting av blodprøver på sant, kjempekult! Eller sånn der typisk IOT- dingser (Internet Of Things), men det var veldig bra og veldig interessant. Så det skjer jo mye rundt omkring, men det er akkurat som du ikke får øye på det før du liksom begynner å lete etter det heller. For det blir liksom ikke: «Se hva vi gjør!» (hever stemmen). Det er mer sånn: «For de som er interessert, så går det an å finne».

S: Ja, men sånn i forhold til profesjonene da, du har vært litt inne på det forhold til leger, bioingeniører, radiografer og hjemmesykepleie. Hvor føler du at du at fysioterapeuter er i forhold til dem?

I: Jeg tenker jo at radiografer og bioingeniører og de tingene, de er langt fremme på disse tingene, fordi at mye av det de gjør i jobben sin er allerede digitalisert, så for dem er ikke steget så stort sant. Og leger, jeg liker å si at jeg jeg tror at fysioterapeuter er hakket bedre og litt mer endringsvillige, men jeg vet ikke, jeg vet ikke, jo noen, jeg vet (fniser). Jeg er lei for, jeg er litt forutinntatt, stakkars leger.

S: Det er jo din erfaring.

I: Det er min erfaring. Jeg jeg jeg jeg opplever at leger, i hvert fall her på sykehuset, de er ikke. Ja, men da jeg tror at det handler om at de ikke har ikke engang tid til å begynne, fordi at de har det ekstremt travelt, et veldig høyt arbeidspress, for legene, nesten uansett hvilken avdeling du jobber på, så er du utsatt for et voldsomt trykk av arbeidsoppgaver, og du har mer enn nok med å komme gjennom dagen, og det er ikke det beste utgangspunktet for å prøve å og prøve nye ting det blir helt uoverkommelig. Så det er ikke meningen å være flåsete eller noe, men jeg tror at vi kanskje har større muligheter for å prøve ut disse tingene, enn det de som løper liksom vegg imellom har, rett og slett. Så tenker jeg at da er det ekstra viktig da, at de arbeidsgruppene eller stedene, jeg vet jo at min arbeidshverdag i veldig mye ryddigere enn mine kolleger bort i blokka her bare et steinkast unna, da tenker jeg det kanskje ekstra viktig at da tar vi litt ansvar for å prøve ut disse tingene da. Hvis det er vi som har muligheten, så kan vi teste og så kan vi dele erfaringer, og så kan vi si at det fungerte drittdårlig ikke gjør det sånn, gjør det heller slik. Altså jo færre barnesykdommer den enkelte kan oppleve jo bedre er det jo, tenker jeg. Men vi får se, det høres jo ut som en sånn hyggelig ting å si. Men igjen en vanlig

arbeidshverdag så blir det jo til at man går faktisk ikke rundt og sier at «ja, men det der kan vi prøve ut det går så fint», for vi hadde jo travelt vi også. Så vi gjør så godt vi kan og så får vi ser hvor hen det bærer. Ja.

S2: Ja, tror kanskje at vi har vært inne på det meste nå faktisk.

I: Ja.

S2: Men kan vi bare ta helt på slutten det er noe du har tenkt på som vi ikke har kommet inn på her da, som du tenker er viktig å trekke frem.

I: Nei, jeg synes egentlig vi har vært innom det noe. Jeg tenker det er viktig og ha et litt sånn liksom ha et litt sånn nøkternt forhold til digitale møteplasser i helsetjenesten og på en måte tenke noen ganger ekstra på, ja igjen hva er hensikten, hva er målet, kommer vi dit på denne måten eller ikke. En kan ikke bli sånn nyfrelst på videopresentasjoner at det liksom er det eneste du gjør. Det er noe med det å ikke miste fokus helt. Det er gøy med teknologi liksom, men ikke for enhver pris. Så det er noe med det, jeg underspiller av og til viktigheten av å på en måte skjønner når det er rett og når det er feil, men det er jo selvfølgelig veldig viktig. Ja, og så tror jeg det skjer mye spennende fremover.

S2: Ja, absolutt, men helt sånn oppsummeringsvis da. Vi har egentlig snakket om det, men bare for å prøve å oppsummere det litt kort, om du kan prøve å trekke frem positive og negative sider igjen med bruk av digitale løsninger?

I: Positive sider. Tidsbesparing for pasient, alt fra mindre reisetid og mindre tid vekke i fra jobb og ja, det er både tid og penger vi snakker om her, for pasienten sin del. Andre positive ting er at kanskje pasienten opplever seg litt mindre som pasient, og litt mere som seg selv, når man bruker digitale flater. Det tenker jeg er det verdt noe, bare det. Jeg tror også at enda en positiv ting kan være at vi blir flinkere på å følge opp pasientene på det de har behov for, med å bruke de rette verktøyene til rett tid, sånn at vi ikke pasientgjør folk som egentlig ikke trenger å være det. Det tenker jeg er viktig. Og så er det jo selvsagt en kjempeviktig positiv ting dette med at det er jo en besparelse også i helsetjenesten hvis vi skal begynne å bruke digitale flater sånn at resultatet blir at færre pasienter kommer inn. At det blir mindre trøkk på de som ikke har behovet i sykehuset, men mer av liksom egenstyrt helsetjeneste ute. Så vil det frigjøre tid i helsetjenestene rundt omkring til å bruke tiden på det som virkelig må skje, sant. Alt av operasjoner og kreftbehandling og you name it, altså bruke tiden og kapasiteten som er tilgjengelig, til de som virkelig trengs. Hvis vi skal møte den der framtidens kjempe-oppsving som vi vet vi får i alder og livsstilsykdommer og alt som skjer med at så mange flere eldre blir del av de folka vi skal hjelpe, og vi har færre folk og hjelpe de med, så tenker jeg at en veldig positiv ting er jo det å klare å hjelpe flere med gode verktøy. Det er en del positive ting.

Negative ting. Mister den der terapeutiske kontakten som vi snakket om, ikke få den umiddelbare muligheten til å sjekke ut noe fysisk som blir sagt, sånn som vi gjerne vant til å gjøre sant i anamnese eller hvis vi snakker om ting som du plutselig hører har betydning og som du da på en digital flate ikke umiddelbart kan sjekke opp i ved å teste noe eller. Ja, sant en mister en sånn kommunikasjon, vi nevnte det tidligere dette med mindre hands-on, hvis du vil se på det som et slik type problem, men jeg tenker at det i så fall et problem som en ikke kan tilskrive bare bruk av digitale flater. Andre negative ting, teknologi, altså sviktende teknikk. Det er jo mye lettere å møte folk «face to face». Da er det ingen skjermer som går i svart, da er det ingen “mute” som sant. Det er klart det er lettere, og vi gjør oss fryktelig avhengig av å ha riktig utstyr som fungerer, og den dagen nettet går ned på huset og det gjør det innimellom. Da går liksom alt til Helsikke. Da er jo journalsystemet nede. altså det da er det helt krise. Så det er klart at jo mer avhengig vi er av digitale flater, jo verre er det når det ikke fungerer, sant. Så det er noe med at det ikke finnes ikke «slack» da. Slik det er en negativ ting. Risiko for ja sikkerhet selvfølgelig. Informasjonssikkerhet. Risikoen for at jo mer aktivitet du har som er sensitiv på nett, jo mer avhengig er du av at IT- sikkerheten er det den skal være. Du er mer sårbar for angrep utenfra. Det altså, det er ikke måte på. Desto viktigere er det at de tjenestene man tar i bruk er velprøvde sånn at det i hvert fall ikke kan være pasientene og bare pasientene sitt ansvar å sikre sin maskin, det må være vår jobb som helseforetak sant at de flatene vi møtes på et trygge. Så sånne ting er jo selvfølgelig alltid en issue. Ja, flere ting Eem, ja, vi har liksom snakket rundt det. Jeg føler at jeg kanskje har oppsummert det viktigste.

S og S2: Ja.

I: Ja, takk (ler litt).

S: Jeg føler vi har vært inne på veldig mye, og fått svar på det vi hadde tenkt på forhånd i alle fall.

I: Så bra.

S: Er det noe mer du tenker på som du vil få frem?

I: Nei, jeg synes jeg har prater fryktelig mye da, så for min del kan vi godt runde av. (alle ler litt). Jeg beklager.

S: Det er det som er meningen.

I: Sorry, om jeg prater helt hull i hodet på dere.

S: Det er bra at du deler din erfaring. Du har mye erfaring og mye tanker rundt dette temaet.

I: Ee, ja, det kan jeg nok skylde på der helseinformatikken, jeg tenkte veldig mye da, selvfølgelig.

S: Det var veldig bra at du ville stille

I: Ja, det var bare hyggelig. Jeg håper dere får nytte av de andre intervjuene dere tar, og håper at det blir en kjekk oppgave å skrive.

S: Ja, vi har noen som har litt mer erfaring med spesifikt video. Og så har vi deg som er mer sånn bakgrunn og fasilitator, og så er dere fra forskjellige avdelinger.

I: Så bra. Det er kjempebra, så får du litt av nyansene og de ulike erfaringene. Det er veldig fint.

S: Og så holder vi oss inne spesialisthelsetjenesten.

I: Ja, fornuftig.

S: Så så langt er vi veldig fornøyd med oppgaven.

I: Så bra, dere er flinke! Lykke til da, med skrivingen!

S og S2: Jo, takk. Da avslutter vi lydopptaket her.

I: (Fniser) okei.

Intervju 3

S2: Karina trykker nå på «record» og så setter hun i gang.

S: Ja.

I: Ja, da må jeg trykke «continue» her jeg da kanskje.

S: Ja.

I: Ja, sånn.

S: Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

I: Siden 2002, hvis du regner med turnusen, ja.

S: Hva er din stilling i spesialisthelsetjenesten og kan du fortelle kort hva du jobber med?

I: Jeg er fysioterapeut, det er min stillingskode. Jobber 100%, og jeg er ansatt på Fysioterapiavdelingen og da er det sånn at man er utplassert på forskjellige seksjoner, så det er Fysioterapiavdelingen medisinsk seksjon og så sitter jeg igjen da på en poliklinikk, og der har jeg vært i 5 år og er eneste fysioterapeut her nede. Så jeg jobber her, men jeg er ikke ansatt i medisinsk avdeling, jeg er ansatte i Fysioterapiavdelingen. Så jobben min her har variert litt. Jeg har. (Blir avbrutt av en kollega) Jeg er opptatt. Ja, jeg får ringe han senere seinere Jeg er opptatt til 11. Ja, beklager. Jobben min her har vært litt variert. Hovedsakelig så har det vært mye livsstilskurs og der pasientene har kommet og gått på kurs og lært om meg næring og aktivitet på som konservativ vektreduksjon og der har jeg ansvar da for undervisning om aktivitet og helsefordeler og så har jeg ansvaret for treningene. Og så har det vært litt sånn jobbskifte og nå har jeg i tillegg mye en til en samtaler med pasienter. Og da er det jo det som heter kontroller da og oppfølging av det opplegget de skal følge her. Sånn at vi fikk nytt opplegg for 2 år siden som vi nå er i gang med. Så nå har jeg kanskje mindre fysiospesifikt eem oppgaver sant, men jeg lager på en måte litt min egen dag, og akkurat nå så er det sånn Vi har fortsatt masse kurs men på grunn av krona så alt på nettet nå da. Så har jeg ikke hatt trening på nett. Det er vel kort om.

S: Ja. Har du noe videreutdanning eller spesialisering?

I: Nei, det har jeg faktisk ikke tatt. Mhm.

S: Okei, men da litt over til digitale løsninger i fysioterapiprosessen. Så da bare lurer jeg på om du kan definere hva du tenker er digitale løsninger?

I: Eeh, ja, for meg er jo mye, men akkurat det jeg jobber med er jo undervisning og oppfølging da av disse kursene på nett. Men eee, jeg vet jo om at der er andre ting også. Jeg vet ikke om det er det du er ute etter. Eller om det er akkurat det jeg jobber med. Jeg tenker... (blir avbrutt av S).

S: Så da er det kurs over nett og videokonsultasjon?

I: Nei, vi har ikke kommet i gang med videokonsultasjon en til en med pasientene. Så vi har telefonen da, men vi står det kun kursene hos oss så går på nettkurs da på digital løsning. Så for meg ,jeg vet jo at det finnes videokonsultasjoner og noen jobber med det så for meg er jo digitale løsninger også det, eller det kan være eee ja disse her for eksempel en CPAP-overvåkning der det sendes tilbake eller pacemaker og sånt. Så det er mye som kan være en digital løsning, men for min del så er det disse kursene nå da.

S: Ja, det er jo... I vår oppgave så har vi definert det som at digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten, det er videokonsultasjoner samt oppfølging og veiledning...

I: Ja

S: ... av pasienter ved ved hjelp av digitale plattformer.

I: Ja, nei da er det kursene som er aktuell fordi ellers så har jeg mye telefoner og det regnes vel ikke inn som en digital løsning? (ler litt).

S: Jo, sånn halvdigitalt.

I: (Ler). Jeg vet ikke hva vi skal kalle det.

S: Men kruset er i alle fall veldig relevant da.

I: Ja.

S: Eem, ja, men kan du si litt mer sånn konkret om disse kursene da? Hvilken fase og målsetting?

I: Ja, altså pasientene hos oss de skal først gjennom en utredningsfase sånn at da skal de snakke med sykepleier og få en kartlegging, og så får de en gjennomgang av kostholdet hos klinisk ernæringsfysiolog, så skal de ha en medisinsk gjennomgang med lege, og så skal de ha en gjennomgang av målene sine for livsstilsendring. Og det innebærer jo både kost og aktivitet og eventuelt medisiner. Ee, når de har vært igjennom de, så er det tverrfaglig møte der man ser om pasientene er motivert for kurs og da meldes dem opp til kurset. Så kurset går over totalt 10 ganger der de 8

første er ukentlige møter og det har jo vært med oppmøte, men som nå er på nettet da, og de møter til et fast tidspunkt, får sendt en link å møter til et fast tidspunkt og så er det, har vi egentlig bare overført undervisningen som vi hadde til nettundervisning og måtte tilpasse det litt for ikke sant i forhold til hvordan du skal få de engasjerte. Det er jo en litt annen måte å gjøre det på det. Sånn at da er det undervisning av sykepleier, det er undervisning av fysio og lege og ernæringsfysiolog, klinisk ernæringsfysiolog ja. Så det er et 8 undervisninger og så er det i dag har vi faktisk kurs og da er det temadag sånn at du snakker jo de i dag blant annet mye om, går litt dypere inn i det med kosthold og mat og sånt da. Og så prøver vi alt du har en brukerrepresentant på en av dagene sånn at de også er representert. Mhm.

S: I hvilke situasjoner føler du at det er hensiktsmessig å bruke digitale løsninger?

I: (Ler litt, svarer kjapt) Når vi har pandemi. (Ler litt til). Nei, altså vi er tvungen over på digital løsning på grunn av korona. Ja, det er bare å være. Det er veldig enkelt. Men samtidig så er det en løsning vi kommer til å fortsette med. Sånn at vi har jo to kursdager i uken vanligvis mandager onsdag. Og fra høsten av så planlegger vi da med vanlig fysisk oppmøte mandager men nå fortsetter med digitale møter onsdagen, for vi ser at hvis jeg fanger flere som kanskje er inne i en dårlig spiral med sosial angst og sånn og isolerer seg og da synes jeg det er enklere å være med på nett eller hvis de har lang reisevei. For vi er jo i et helt fylke. Så vi kan jo ha pasienter langt ut i nord av fylket eller langt i sør av fylket sant så da slipper du å reise så langt. Så vi ser jo at det er absolutt en mulighet vi skulle kanskje brukt før, men nå er vi nå der. Mhm. Så for vår er det det som er hensiktsmessig å fange de som synes det er tungt å reise inn 8 uker på rad.

S: Ja.

I: Og sosial angst og eventuelt andre ting da. Hvis det er vanskelig å få fri fra jobb og sånn.

S: Mhm. Er det noen situasjoner der du føler at det ikke er hensiktsmessig?

I: (Lang utpust, tenker seg om). Altså det er jo litt både og akkurat det med kurs det er litt vanskelig sant. For du vil alltid ha de som synes det er bedre med oppmøte, men det tror jeg kanskje er litt nå, fordi at nå har vi ikke noe annet valg. Nå må alle på digitalt kurs sant så vi har mer mulighet til å skille ut til høsten og si at: «okei, du vil på oppmøte», da har vi faktisk i tilbud, «og du vil på digitalt», så ja. Og så er det jo, hvis vi skal tenke rent sånn det er jo kursene da, men jeg vi prøver jo å ha oppmøte, for å si det sånn så har ikke vi hatt videokonsultasjoner i utredning i noe særlig stor grad fordi vi ønsker å se pasienten sant. Det er viktig sant, men det går ikke på kurs da, men hvis vi skulle tenkt sånn. Så en lege vil gjerne ta et blodtrykk, vil gjerne se på pasienten, ta på pasienten, altså du mister jo det der, og så mister

du og på kurs så mister du jo og den der mingle funksjonen da. Det er der som skjer i mellom. Som ikke bare er «nå skal vi forelese», så jeg vet ikke om det var egentlig, jeg svarer vel litt på siden av spørsmålet ditt, men ja beklager (ler litt).

S: Jeg synes det var et bra svar jeg. Er det da en sånn førstegangskonsultasjon da når en lege vil ta blodtrykk og...?

I: Ja. Ja, jeg tenker jo at når man kommer her med en alvorlig sykdom, da sier det jo seg at da har du en nokså syk kropp, og da er det ikke godt nok med en telefon nødvendigvis for å kunne behandle pasienten sant. For de skal jo gjerne vurdere medisiner og så videre og da blir det vanskelig over en telefon i og med at vi ikke kommet i gang med «en-til-en-video». Mhm, så og vi ser jo det at sånn som det året som har gått og de pasientene nesten ikke har vært her inne så har ikke vi ehm noe mål på om tiltakene funker sant. Så det er nok best at de møter i utredningen så lege spesielt for se de litt da. For det også kan jo være underliggende sykdommer som gjør at man tenker her må vi ta en ekstra blodprøve.

S: Mhm.

I: Ja, ja.

S: Ja, du har vært litt inne på det da, men om du kan utdype litt mer hvordan korona har påvirke bruken av digitale løsninger?

I: (Ler litt). Ja, i veldig stor grad (ler litt til), så eehm vi eee fra å ha ingen kurs i det hele tatt vi hadde helt kursstans når korona kom i mars i fjor, til å ha til å gå og lure litt på hvordan vi skulle gjøre det og så hadde vi noen kurs med oppmøte høsten i fjor når det var litt løsere restriksjoner men da var det jo med at de måtte screene seg hver gang og pulten var stått på en fast plass og du sant, så alle disse hensynene her og så til slutt så ga vi litt opp for det ble så *utrolig* mye logistikk og så mye som skulle tas hensyn til, så vi sa nå bare tar vi alt digitalt fram til pandemien er over. Så for vår del så har det påvirket kursgjennomføringen da i veldig stor grad. Vi er nokså fornøyd med det resultatet, men som jeg også sa det er en del som synes det er dumt at ikke de kan treffes og bli kjent bedre og det vår løsning på nett er nokså ustabil. Det er veldig ofte så må de av kamera så sitter vi og snakket en sånn der vegg av svarte skjermer sant. Så du mister jo en del når det er sånn. Mhm.

S: Før korona, da brukte dere ingen digitale løsninger?

I: Nei. Nei, så det er helt klart og det tror jeg på sykehuset generelt var nok litt sjokkartet (ler), for å være helt ærlig. Så jeg tror at hvis pandemien hadde kommet nå så hadde vi vært bedre rustet til å ta imot, For nå er det på plass. Eller løsningene var det, men de var ikke veldig mye brukt. Skal vi si det sånn? Så når vi skulle i gang

så var det egentlig, vi visste ikke helt hvor vi skulle henvende oss engang. Eee, så det var litt sånn (ler litt), mhm.

S: Jeg skjønner. I forhold til lover og personvern, faglig forsvarlighet, har du noen tanker rundt det?

I: Ja, der lener jeg meg jo på IKT da så sier at den plattformen vi bruker som er Norsk Helsenet som er samme plattform som man bruker ved konsultasjoner med lege, altså via Helse Norge, er sikker nok. Vi er tildelt et virtuelt møterom der, sånn at pasientene får jo tilsendt en lenke med en pin-kode og de må oppgi fullt navn sånn at vi sammenligner det med våre påmeldingslister da. Forrommet er lås selvfølgelig så en av oss sitter og slipper de inn da og sjekker navnet. Så det er det som er av personvern, jeg tror det har... vi har ikke hatt noen problemer eller noen som uvedkommende som har logget seg på eller noe sånt, men det er klart at vi har jo noen retningslinjer som vi sier. Det er for eksempel ikke lov å ta bilder av chatten, det er ikke lov å ta opp sånn som vi gjør nå sant. Og det går jo på personvernet og chatfunksjon har de i Norsk Helsenet, men vi ber de om ikke å komme med personlige spørsmål der da siden det er noe altså alle som er i rommet kan lese. Så det er måten vi ivaretar personvernet på. Men det er den plattformen vi bedt om å bruke så langt da, at den skal være sikker, mhm. Norsk Helsenet heter det, Join heter løsningen.

S: Ja, vi er jo litt over på strukturelle faktorer nå, da.

I: Mhm.

S: Men føler du at du har tilgang på utstyr og på en måte.. sykehuset har den økonomien og..?

I: Ja, nå har vi det. Nå har alle våre kontorer sånne her klokke og webkamera. Men det hadde vi ikke når pandemien kom, så det var noe vi måtte vi skaffe oss. Vi fikk det vel i løpet av de.. det gikk.. Det gikk vel et par-tre måneder kanskje, før alle var fullt utstyrt, men nå har vi det. Mhm, så nå er det enkelt og vi slipper å flytte det rundt fra kontor til kontor for noen kontor ikke har og sånt. Sååå det er jo en konsekvens av pandemien. Mhm.

S: Føler du at digitale løsninger.. at det blir satset på, på en måte?

I: Ja, definitivt. Det er masse fokus på det og det har kommet masse sånne interne workshops og små kurs og sånt som du kan melde deg på for å bedre kunne tilby pasientene digitale løsninger. Så dette har nok vært et spark bak i utviklingen av digitale helsetjenester. Og det tror jeg er bra, for mange. Men de må.. Jeg ser ikke for meg at vi kun driver digital helsetjeneste til pasientene. De må innom av og til. Vi må ikke glemme det at vi må se og ta (ler) på pasientene for å bli litt kjent med de. Mhm.

S: Ehm, har du noen tanker rundt faglig forsvarlighet?

I: (Trekker pusten). Jaaa, har jeg det? (tenker seg om). Jeg synes jo for så vidt det er faglig forsvarlig, men det er klart at jeg vet ikke om vi klarer å engasjere de like godt, at alle får lov, eller.. ikke at alle får lov, men at alle tørr eller våger å komme like mye frem som i en sånn klasseromsituasjon, da. Sååå.. (nøler litt). Så er det jo klart når de sitter der og de ikke har på video, og så plutselig har de glemt å ta av mikrofonen og du hører de sitter og taster. Det er jo faglig forsvarlig, men om vi klarer å formidle når de kanskje er opptatt med andre ting når videoen er av.. Ehm, ja.. Jeg tror ikke det går ut over selve forsvarligheten, men jeg er usikker på om vi klarer å nå gjennom til alle. Mhm.

S: Eh, ja. Nå er vi jo egentlig litt inne på det da, men eh.. Positive og negative sider med bruk av digitale løsninger det er jo det flere av.

I: Mhm.

S: Så hva tenker du er fordelene med digitale løsninger?

I: Nei.. jeg.. Det blir jo litt gjentakelse av deg jeg har sagt, da. Men altså, for vår del så når vi definitivt de som ikke kommer på klasseromskurs fordi de klarer ikke være i den sosiale settingen, og vi klarer å nå de som ikke vil reise fra *nevner steder langt unna* 1 gang i uken for å komme på kurs her klokken 9 om morgenen og må starte klokken 5-6 hjemmefra. Så det er den helt klare fordel. At vi får gitt kurset vårt til flere pasienter. Bakdelen er jo det da som skjer i en klasseromsundervisning. At det blir en annen dynamikk mellom mennesker. Eh, det kommer vi ikke forbi. Eeh, og en del er villig til å ta reiseveien for å få den, det må jeg bare si. Men eh.. Samtidig så tenker jeg at når vi nå er i den situasjonen vi er i, så er jeg veldig glad for at vi har kommet dit at vi kan tilby et kurs. Så jeg vil si at fordelene langt over oppveier bakveiene. Og.. Eh.. Sant, våre pasienter som må vente lenge mellom hver kontroll og det tar lang tid med den utredningen, så plutselig får de jo vår service, eller vår kunnskap 1 gang i uken, tross alt. Sant. Så, ehm. Vi er veldig glade i kursene våre. Vi tror det er et godt tilbud. Så vi er glad for vi får gitt det ut. Så absolutt, det er minus, men det er flere pluss enn minus. Mhm.

S: Ehm, hvordan har du erfart at ulike personer innen din pasientgruppe responderer til digitale løsninger? Kan du si noe om hvem som tar det best og hvem som har mest utfordringer? Dele det litt inn i.. de yngre. De eldre... ?

I: Ja.. Nei, det er jo lett å tenke at det er de eldre som har størst utfordringer med det, men det er faktisk nødvendigvis ikke sånn hos oss. Hvis det er eldre som er vant med å bruke data, så har ikke de noen problemer. Men vi har helt klart de som har meldt seg av digitale kurs og heller vil sitte å vente på at vi kan ha klasserom fordi at de får ikke til data. De har ikke smarttelefon, eller de har ingenting av dette som er nødvendig. Sant, så det krever jo at pasienten har data, nettbrett eller

smarttelefon med internett, med mikrofon og kamera helst, sant. Så hvis de da må ha hjelp av barnebarn eller no hver eneste gang så blir det vanskelig. Men vi har også hatt yngre som har hatt problemer med internett av en eller annen grunn. Kanskje har de ikke.. Kanskje er de i en ung uføre-gruppe, har ikke penger til å kjøpe seg internettabonnement eller.. Sånne ting. Så ehm, men hvis jeg skal tippe så er det nok flere i den eldre garde som melder seg av fordi det er digitalt enn den yngre. Men det er og en del.. Som sier «nei, de vil ikke ha det digitalt» de synes.. De vil heller vente. Eeh, kan du si spørsmålet en gang til?

S: (ler litt)

I: (ler)

S: Hvis det er.. At du kan si litt om hvem som synes det er mest utfordrende, ikke nødvendigvis yngre eller eldre, men om det er de som er dårligst, de som..?

I: Nei, jeg kan. Ja..

S: Eller de som er mest positive til det og..?

I: Ja.

S: Hvis det er en spesiell type eller om det bare er varierende.

I: Den må jeg tenke litt på. Eh, jeg tror faktisk ikke det skiller seg ut noen spesielt der. Ehm.. Det må jeg bare si. Eh, det er både de som det går bra med.. Ehm, hvis jeg skulle sagt noe så ville jeg sagt at hvis du har vanskeligheter med å snakke i forsamlinger, eh, så, eh, har du kanskje mindre nytte av et nettkurs enn det å sitte i et klasserom og kanskje våre å si et eller annet etter hvert, på kursdag 5 for eksempel. Ehm, så vi ser jo at, ehm.. Jeg tror det må være liksom sånn persontype da. Eh, så samtidig som de kanskje har enklere for å delta på et nettkurs, så deltar de gjerne ikke så aktivt når de først er der. Eh, ga det mening?

S: Mhm.

I: Ja. Ehm, og det er litt utfordrende for oss, da. Eh, og det.. (tenker seg om). Asså vi har, det kan jeg jo også si, vi har nokså stort frafall på våre kurs. Ganske mange faktisk. Og det er litt typisk for denne pasientgruppen. Vi har også en del som ikke kommer til timer eller ikke følger opp. Men det har jo litt igjen å gjøre med hvorfor er det *diagnosen* og de klarer gjerne ikke å følge helt opp verken seg selv eller andre avtaler, sant. Ehm, og hvorfor de faller av.. Det har vi prøvd å ringe litt rundt og høre. Vi har dessverre ikke noen sånn klare tall på det (kremter), men det er veldig ulike svar. Det er alt fra de som er i nordsjøen i 4 uker eller 2 uker, og da kan de ikke være med.. Til noen som, sant, de har vondt i foten, okei, ja, sant.. Da har de kanskje ikke så lyst til å være med. Ehm, siden du kan jo logge deg på med en vond fot. Men, ehm, ja (ler litt). Men sant, sånn at.. også en del som sier «Nei, det der vil

jeg ikke. Jeg kan alt.»). Det er ikke sikkert vi klarer å tilføre noe nytt til alle. Ehm, så mitt inntrykk er at det er nokså jevnt fordelt på alder og hvem som klarer livsstilsendring og sånt.. Hvem som faller fra. Men de som har vanskelig for å ta ordet er nok de som har minst utbytte av kursene.

S: Ja.

I: Ja. Og så går det jo også på gruppedynamikk. Jeg vet ikke, dere har jo sikkert hatt litt grupper i utdanningen, sant. Så du har disse stillegruppene, eller du har grupper der en person er veldig dominerende, positivt eller negativt, og tar mye plass. Og det er jo og, også på nett, sant. Og da blir det gjerne litt stille fra de andre. Ehm, jeg vet ikke om dere har vært borte i de tingene..? Så det er vanskelig. Du skal være litt tydelig som kursleder og prøve å få alle med. Ikke alltid lett (ler litt).

S: Ehm, har du fått noe tilbakemelding fra pasientene om hva de synes om kurs på nett?

I: Generelt eller nettkurs?

S: Generelt om ting som foregår over nett, da.

I: Ja, eh. Generelt er de fleste som går på kurs faktisk ganske fornøyd. Eh, og da tenker jeg på de oppmøtekursene der det også var trening, det har faktisk vært veldig viktig for de. Den treningsbiten. Vi har nokså lavterskeltrening og det er det veldig mange som har satt pris på. Den er det mange som savner når vi kommer til nettkurs. Ehm, men de er jo fornøyde med at de får kurs da. Det er jo stor forståelse for at det er sånn det blir i koronapandemien. Mange er jo vandt til at de må tilpasse seg. Eh, så jeg tror ikke de er misfornøyde med innholdet i kurset de som går på nettkurs, men de savner trening og de savner det der.. Hva skal jeg kalle det da? Sosiale i mellom der da. Mhm. Ja. Så det.. Men jeg tror selve det faglige innholdet.. Tror jeg de som.. Flesteparten får med seg. Faller gjerne fra de som ikke er interessert. Mhm.

S: Ehm, føler du at det er en trussel for fysioterapiens varemerke å drive fysioterapi uten fysisk kontakt når det ser ut som i fremtiden at det kan bli mer og mer digitalt?

I: (Tenkepause, sukker). Det har jeg ikke tenkt på, men kan det være det da? Hvis du har en pasient som har et eller annet.. Hvis du sier du jobber på et institutt. På et tidspunkt så må jo noen kjenne på den der vonde foten eller skulderen eller.. Du klarer ikke løse alt over nett. Det gjør du ikke. Så jeg tenker at vi ikke skal være veldig redd. Jeg tenker at det kan være et tilskudd. Det kan være enda et verktøy vi har i vår kasse. At vi kan tilby digitale tjenester og kanskje at det kan være en måte å tilby mer, kanskje. Tilby flere tjenester, eller.. Mange har jo pasienter som bare.. som går å trener hos de. Kanskje.. Og hvis du ser for deg, bare se for meg kanskje har et institutt. Så i stedet for at noen går år etter år etter år og trener og trener hos deg, så kan du si Nå må du ha pause. Nå må du ha digital trening». Og så kan jeg ta inn

noen andre, altså, skjønner du? Jeg tenker det er tilskudd. Og for oss her er det helt klart et tilskudd. Vi kommer til å dele det opp fremover. Vi kommer til å dele opp.. Vi har ca. 16 kurs i året, så jeg ser for meg at det blir ca. 8 av hver. Klasserom og digitalt. Mhm. Og det er helt klart et pluss for oss. Selv om det er minuser, men plussene veier opp. Så jeg ser ikke på det som en trussel. For meg er det bare en ekstra.. Ja, jeg tenker det er en fin ting. Mhm. Og jeg jobber jo litt med barn og ungdom og. Nå har jeg ikke kurs med de, men det å kunne nå for eksempel ungdom, som er en litt utfordrende gruppe, digitalt – det må jo være helt topp, For det er jo der de er. (snufser).

S: Hvordan arbeider din arbeidsplass ved hjelp av digitale løsninger i forhold til andre lignende instanser? I forhold til sånn som du nevnte nå.. institutt. Eh, om du vet hvordan andre sykehus jobber?

I: (Trekker pusten). Jeg vet dessverre ikke hva andre sykehus gjør. Ehm, men jeg vet at innad i sykehuset så er det noen som er veldig oppe og går med digitale kurs og har lagt om veldig mye. Eh, mens noen enda ikke er i gang. Og vi er vel en av de avdelingene som har mest kurs og mest aktivitet digitalt her nå, tror jeg. Ut fra det jeg vet. Men jeg vet ikke for eksempel hvordan kommunen gjør det. Eh, om de tilbyr noe digital trening eller matkurs eller røykeslutt eller jeg vet ikke rett og slett. Mhm. Det er jo sånn som har sklidd litt ut da. Samarbeid med andre i denne tiden her. Mhm.

S: Eh, ja.. Da..

S2: Eh, jeg bare lurer litt på sånn i forhold til.. Du snakket jo om at dere har, på de fysiske kursene, så har dere tilbud om trening.

I: Mhm.

S2: Ehm, men er det noen grunn til at dere ikke også har tilbud om for eksempel digital trening? Er det noe dere har tenkt å tilby i fremtiden?

I: Ja, det er en grunn. Jeg er ikke så veldig stolt av den, men jeg.. Det fikser jeg rett og slett ikke å gjøre.

S2: Nei..

I: For det er jeg som hadde fått oppgaven og det er jeg veldig ukomfortabel meg. Men det vi har gjort er å henvise til en faglig relevant nettsider hvor der er treningsvideoer. Der ligger det veldig mange flotte treningsvideoer. Og de er omtrent identiske med den treningen vi har her. Så jeg har henvist til de og fått veldig gode tilbakemeldinger på det. At de er greie, det er korte snutter, du kan velge intensitet, du kan velge om det er kondis, styrke, yoga, hele pakken. Eh, og folk har vært veldig fornøyd med å bruke de. Så da har jeg egentlig bare fortsatt med det. Hvis jeg hadde

visst vi skulle være i pandemi i 2 år til, så hadde jeg kanskje måtte våge meg utpå. Men det er rett og slett en personlig avgjørelse. Mhm.

S2: Ja, jeg skjønner.

I: (Ler).

S2: Jaaa, vi har vel egentlig vært inne på det meste her nå tror jeg. Men er det noe du har tenkt på, eh, som vi ikke har spurt om, som du tenker er viktig å få frem?

I: Nei, jeg synes dere har spurt om det meste, jeg. Dere har spurt om mer enn jeg hadde tenkt på i hvert fall (ler). Det er jo bra. Ehm (tenker seg om), nei jeg tror jeg har fått sagt det viktige. Eh, det er et tilskudd for oss. Det er et nytt verktøy som vi er glade for å ha. Ehm, og det er svakheter med det, men jeg tenker at utviklingen kan gå dit at vi klarer å benytte det bedre. Nå er vi jo på ganske sånn basis nivå, sant. Logg deg på, sitt og hør. Mens jeg vet jo at det er muligheter for grupperom og en del sånne ting på andre plattformer. Det er det ikke enda på den vi har, men jeg tenker sånne ting kan komme sånn av vi klarer å engasjere mer, så ja.. Jeg er egentlig generelt positiv til dette jeg, altså. Jeg tenker ikke vi skal være redd for at det skal ta fra oss noe.

S1: Mhm, ja. Nei, jeg følte vi fikk gode svar.

S2: Ja.

I: Ja. Da får jeg ønske dere lykke til med oppgaven.

S2: Tusen takk!

I: Når skal dere levere?

S2: 14. mai, er det vel.

I: Ja, bare skriving fremover nå da? (Ler).

S1 og S2: Ja.. (ler litt).

I: Nei, men det går sikkert bra!

S2: Får håpe det.. Men tusen takk for at du ville stille!

I: Ja, ingen problem! Okei. (slutt på opptak).