



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	456
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7958
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	31
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	414

Jeg godkjenner avtalen 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 tjenester i fysioterapi:  
Fysioterapeuters tanker og erfaringer»

«Digital services in physiotherapy:  
Physiotherapists` thoughts and  
experiences»

Kandidatnummer: 456 & 414

Bachelorutdanningen i fysioterapi  
Fakultet for helse- og sosialkunnskap (FHS)  
Institutt for helse og funksjon (IHF)

Innleveringsdato: 16.05.2022

Antall ord: 7958

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.

## Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en veldig lærerik og krevende prosess. Vi vil takke de tre informantene våre som stilte opp på intervju, uten dere hadde ikke oppgaven vært realistisk. Dere ga oss nye perspektiver på et tema som kommer til å bli enda viktigere fremover. Vi sitter igjen med kunnskap vi kommer til å ta med oss ut i vår egen fysioterapi praksis.

Vi vil også takke studieveinner som har gjort det ekstra hyggelig å sitte på skolen - hverdag som helg. Vi vil også takke veilederen vår som har stilt opp på Teams og er et levende bevis på at digitale tjenester fungerer. Sist men ikke minst vil vi takke hverandre for et nært vennskap og samarbeid fra start til slutt.

Bergen, 15. mai 2022

## Sammendrag

**Tittel:** «Digitale tjenester i fysioterapi: Fysioterapeuters tanker og erfaringer»

**Problemstilling:** Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter rundt bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten?

**Metode:** For å besvare problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju med tre fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. I analyseprosessen har vi brukt tematisk analyse slik den er beskrevet av Braun og Clarke (2006).

**Resultat:** Gjennom å ta i bruk digitale tjenester kan fysioterapeutene behandle pasienter på tross av avstand eller andre begrensninger som gjør at pasienten ikke kan møte fysisk på klinikken. Tjenestene kan bidra til hyppigere kontakt mellom terapeut og pasient, tettere oppfølging og lavere terskel for å oppsøke fysioterapeuten. Det kan likevel ikke erstatte det fysiske møtet. Digitale tjenester forenkler muligheten til å samarbeide med andre fysioterapeuter eller profesjoner gjennom reduksjon i reisevei, tidsbruk og kostnader.

**Konklusjon:** Fysioterapeutene mener at digitale tjenester i fysioterapi skal brukes som et supplement og at det fysiske møtet med pasienten fortsatt er det viktigste. De digitale tjenestene gir muligheter som kan ha stor nytte i fysioterapeutisk praksis. Tjenestene må brukes i de tilfellene der det er nyttig. Det er opp til terapeuten å vurdere om det egner seg til den enkelte pasient eller situasjon, og pasienten må få ta del i dette valget.

## Abstract

**Title:** "Digital services in physiotherapy: Physiotherapists` thoughts and experiences"

**Research question:** What thoughts and experiences do physiotherapists have regarding the use of digital services when facing patients in the primary health care service?

**Methodological approach:** We have used a qualitative research method with semi structured interviews to answer the research question. We interviewed three physiotherapists in the primary health care service. The analysis is based on Braun and Clarke`s thematic analysis.

**Results:** Physiotherapists can treat patients despite the distance or other restrictions that prevent the patient from physically attending the clinic by using digital services. The services can contribute to more frequent contact between the therapist and the patient, closer follow-up and lower threshold for seeing the physiotherapist. However, it can not replace the physical meeting. Digital services simplify the ability to collaborate with other physiotherapists or health care professions through reduction in travel, time and costs.

**Conclusion:** The physiotherapists believe that digital services in physiotherapy should be used as a supplement and that the physical meeting with the patient is still most important. The digital services provide opportunities that can be of great benefit in physiotherapeutic practice. It must be used in those cases where it is useful. The therapist is responsible for deciding to assess whether it is suitable for the individual patient or situation, and the patient must be allowed to take part in this choice.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN.....	7
1.2 PROBLEMSTILLING OG HENSIKT MED OPPGAVEN .....	7
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN .....	8
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>8</b>
2.1 FYSIOTERAPI.....	8
2.1.1 Kommunikasjon.....	9
2.1.2 Brukermedvirkning og samvalg.....	9
2.2 DIGITALE TJENESTER I HELSESEKTOREN .....	10
2.3 KORONAPANDEMIEN.....	11
2.3.1 Digitale tjenester under koronapandemien.....	11
2.4 FORSKNING PÅ TELEHELSE .....	12
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 VALG AV METODE.....	13
3.2 VALG AV INFORMANTER.....	13
3.3 FORBEREDELSE TIL INTERVJU .....	14
3.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJU .....	15
3.5 BEARBEIDING AV DATA .....	15
3.5.1 Transkripsjon.....	15
3.5.2 Analyseprosess .....	16
3.6 ETISKE ASPEKTER .....	17
3.7 FORFORSTÅELSE OG VITENSKAPSTEORI .....	17
3.7.1 Vitenskapsteori.....	17
3.7.2 Forforståelse.....	18
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>18</b>
4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTER.....	19
4.2 KORONAPANDEMIENS PÅVIRKNING PÅ FYSIOTERAPIEN .....	19
4.3 FLEKSIBILITET OG EFFEKTIVITET I FYSIOTERAPITILBUDET .....	20
4.3.1 Pasienttilpasset forløp.....	21
4.4 DIGITALE TJENESTER SOM ET SUPPLEMENT I FYSIOTERAPIEN .....	22
4.5 TANKER OM DIGITALE TJENESTER I FYSIOTERAPI I FREMTIDEN .....	23
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>23</b>
5.1 TILLIT TIL DE DIGITALE TJENESTENE .....	23
5.2 FLEKSIBILITET OG EFFEKTIVITET I FYSIOTERAPITILBUDET .....	24
5.3 PASIENTTILPASSET FORLØP .....	25
5.4 DEN DIGITALE KOMPETANSEN .....	25
5.5 DIGITALE TJENESTER SOM ET SUPPLEMENT.....	26
5.6 DIGITALE TJENESTER I FYSIOTERAPI I FREMTIDEN .....	27
5.7 METODEDISKUSJON .....	28
5.7.1 Intervju som metode .....	28
5.7.2 Valg av informanter .....	28
5.7.3 Forskningsprosessen.....	29
5.7.4 Oppgavens begrensninger og nytteverdi.....	29
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>30</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 1: INFORMERT SAMTYKKE</b> .....	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>41</b>

<b>VEDLEGG 3: TRANSKRIPSJON FRA INTERVJU 1</b> .....	<b>43</b>
<b>VEDLEGG 4: TRANSKRIPSJON FRA INTERVJU 2</b> .....	<b>61</b>
<b>VEDLEGG 5: TRANSKRIPSJON FRA INTERVJU 3</b> .....	<b>73</b>
<b>TABELL 1</b> UTDRAG FRA ANALYSEPROSESSEN .....	<b>17</b>
<b>TABELL 2</b> PRESENTASJON AV INFORMANTER .....	<b>19</b>



# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Vår oppgave omhandler fysioterapeuters tanker og erfaringer rundt bruk av digitale tjenester i fysioterapi. Det foregår en teknologisk utvikling i samfunnet og digitale tjenester får stadig større betydning for helse- og omsorgssektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 17). Da koronapandemien nådde Norge i 2020 måtte fysioterapeutene ta i bruk digitale tjenester for å kunne tilby behandling til pasientene (Omsorgsdepartementet, 2012). Flere fysioterapeuter har valgt å opprettholde dette tilbudet selv om vi nå er tilbake til en vanlig hverdag der vi kan møte hverandre på klinikken (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019).

Gjennom fysioterapeututdanningen lærer vi viktigheten av kommunikasjon og bruk av kroppsspråk og berøring i pasientmøtet. Vi har selv fått kjenne på kroppen hvordan det er å ha en digital hverdag uten fysisk oppmøte. Det har åpnet for nye muligheter, men det har også påvirket relasjonen og kommunikasjonen man har med hverandre. Hatlebrekke (2018) sier at teknologi aldri vil kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men det kan effektivisere helsetjenestene og gi et mulighetsrom med økt tjenestekvalitet. Det er viktig at fysioterapeuter er nysgjerrige og åpne for å utvikle sin teknologikompetanse for å utvikle seg i takt med digitaliseringen av samfunnet (Hatlebrekke, 2018). Som en del av fremtidens fysioterapeuter ønsker vi å ta del i denne utviklingen for å møte forventningene og sikre kvalitet til pasientene i helsetjenestene i det digitale samfunnet.

## 1.2 Problemstilling og hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse bruken av digitale tjenester i fysioterapi gjennom å formidle fysioterapeuters tanker og erfaringer rundt dette. Basert på hensikt og bakgrunn for valg av tema har vi kommet frem til problemstillingen: "Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter rundt bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten?"

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Digitale tjenester kan inkludere mange ulike måter å bruke teknologi på i møtet med pasienten. Oppgaven retter seg mot digitale tjenester som gjør at fysisk kontakt mellom fysioterapeut og pasient ikke er påkrevd og at dialog og deling av data skjer digitalt. I denne oppgaven vil digitale tjenester primært dreie seg om bruk av video og app som kommunikasjonsteknologi. Vi tar ikke for oss andre typer digitale tjenester som også kan brukes i fysioterapi.

## 2.0 Teori

### 2.1 Fysioterapi

Fysioterapeutisk undersøkelse og behandling er kroppslige og verbale samhandlingssituasjoner. Undersøkelsen starter med en anamnese som først og fremst inneholder opplysninger fra pasienten. Anamnesen er en åpen samtale der man forsøker å få frem hva pasienten anser som sine hovedproblemer og hvilken betydning disse har. Dette legger grunnlag for videre undersøkelse der fysioterapeuten tar i bruk observasjon, bevegelsesanalyse og ulike tester (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012). De nasjonale retningslinjene for fysioterapeututdanningen beskriver at fysioterapeuter skal utdannes med bred kompetanse i å gjenopprette, vedlikeholde og utvikle funksjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019, § 2). Forskriften sier også at man skal kunne anvende digital kompetanse og bruke egnet teknologi for å fremme funksjon og deltakelse (§ 20). Pasientenes funksjon beskrives gjennom de tre dimensjonene kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og deltagelse i ICF og dette kan brukes som et verktøy for å planlegge målrettede tiltak (World Health Organization, 2003, s. 6). Fysioterapeuten formulerer målsetningene i samarbeid med pasienten slik at de er relevante og meningsfulle for pasienten (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012).

Fysioterapeuter jobber både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten inkluderer både fysioterapeuter som jobber i kommunen og privatpraktiserende fysioterapeuter med og uten avtale med kommunen (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018). Primærhelsetjenesten er den delen av helsevesenet som

pasienten først er i kontakt med. Slike helsetjenester kan være fastleger, fysioterapeuter og andre pleie- og omsorgstjenester som gis over lang tid i nærmiljøet (Helse Midt-Norge, 2017). Fysioterapeuter skal kunne anvende sin profesjonskompetanse i tverrfaglig samhandling (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019, § 11). De skal delta i samhandling både med andre profesjoner og andre deler av helsetjenesten slik som spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018).

### 2.1.1 Kommunikasjon

God kommunikasjon er grunnleggende for ethvert pasientforhold. Det er avgjørende at pasientene forstår budskapet vårt for å få forståelse for behandlingen og tiltakene vi igangsetter. Vi kommuniserer med å uttrykke oss med ord eller kroppsspråk for å gjøre oss forstått og få bekreftelse fra andre. Kommunikasjon er en viktig del av møtet mellom fysioterapeut og pasient (Thornquist, 2009).

Fysioterapeuter skal kunne anvende teknologi som fremmer kommunikasjon og samhandling (Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning, 2019, § 11). Videokonsultasjon er et verktøy som inkluderer tale og legger til rette for ansikts- og blikkontakt og kroppsspråk (Direktoratet for e-helse, 2020). Kommunikasjon over video kan være en større utfordring enn ved fysisk møte da kroppsspråkets betydning kan være vanskeligere å oppfatte gjennom en skjerm (Holtskog, 2021).

### 2.1.2 Brukermedvirkning og samvalg

Brukermedvirkning innebærer at pasienten betraktes som en likeverdig partner i diskusjon og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det er pasienten som kjenner sine problemer på kroppen og forstår sin egen situasjon best, mens fysioterapeuten sitter med fagkunnskapen (Helsedirektoratet, 2022). Det er derfor viktig å sikre at pasienten og fysioterapeuten vurderer behandlingsmetoden på samme grunnlag (Greenhalgh et al., 2015). Pasienten skal få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Gjennom samvalg kan pasienten ta beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder sammen med helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022).

## 2.2 Digitale tjenester i helsesektoren

De siste årene er det gjort store fremskritt i helsetjenestens vei fra papirbaserte til digitale arbeidsprosesser. I Norge er de fleste av innbyggerne vant til digitale tjenester og forventningene om å ta i bruk ulike digitale tjenester i møte med helse- og omsorgstjenesten øker. Sammenlignet med andre sektorer, som bank og finans, ligger helse- og omsorgssektoren bak i utviklingen (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 5). Et av regjeringens mål i Stortingsmelding nr 9 (2012-2013) var at pasientene i større grad skal få mulighet til å utforme sitt eget tjenestetilbud. Dette danner grunnlag for at man kan involveres mer i beslutninger om egen helse og fører til mer delaktighet (Omsorgsdepartementet, 2012). Med utgangspunkt i stortingsmeldingen utarbeidet Direktoratet for e-helse en Nasjonal e-helsestrategi for 2017-2022 (Direktoratet for e-helse, 2017). Ett av satsningsområdene baserer seg på å ta i bruk teknologi i helsetjenester på en måte som kan redusere behovet for fysisk oppmøte og øke kvaliteten i tjenestene (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 15).

Helsedirektoratet trekker frem at bruken av e-konsultasjoner kan redusere reisevei og bruk av tid i møtet med helsesektoren. Det kan også gi en lavere terskel for å oppsøke hjelp, bidra til at pasienten enklere kan etterleve behandlingen og mestre egen helsetilstand bedre. Bruken av digitale helsetjenester kan øke effektiviteten for helsepersonell og gi mer likeverdige tjenester for innbyggerne gjennom å eliminere den geografiske ulikheten i tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2020). Direktoratet for e-helse peker også på utfordringer forbundet med digitalisering i helsesektoren. Befolkningen i Norge blir stadig eldre, de sosioøkonomiske ulikhetene i samfunnet øker, og det er store forskjeller i den digitale kompetansen til innbyggerne (Direktoratet for e-helse, 2022b).

En forutsetning for digitalisering innen helse- og omsorgssektoren er god informasjonssikkerhet og et godt personvern. Store mengder opplysninger behandles hver dag innen helsesektoren. *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen)* er utarbeidet av virksomheter i helsesektoren som en veileder i

virksomheters arbeid med informasjonssikkerhet og personvern. Den bidrar til gode helsetjenester gjennom kvalitetssikring og god pasientsikkerhet (Direktoratet for e-helse, 2021b).

## 2.3 Koronapandemien

Koronapandemien var et verdensomspennende utbrudd av den smittsomme sykdommen covid-19, som skyldes koronaviruset sars-CoV-2. Viruset er en luftveisinfeksjon som i noen tilfeller gir lette forkjølelser, mens i andre tilfeller mer alvorlig sykdom og i verste fall død (Folkehelseinstituttet, 2022). Det første tilfellet av koronasmitte i Norge ble oppdaget i februar 2020 og 11. mars 2020 ble utbruddet erklært som en pandemi (World Health Organization, 2020).

12. mars 2020 innførte regjeringen omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset og for å begrense smitte. Virksomheter ble stengt ned og det var karanteneplikt og isolasjon for personer som var nærkontakt eller smittet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Flere grupper av helsepersonell som fysioterapeuter og psykologer fikk ikke lov til å møte pasientene fysisk i starten av pandemien (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 17). Tiltakene har vært i stadig endring siden mars 2020, og den 12. februar 2022 ble alle forskriftsfestede tiltak mot covid-19 opphevet (Statsministerens kontor et al., 2022).

### 2.3.1 Digitale tjenester under koronapandemien

Koronapandemien akselererte utviklingen innen digitalisering, en utvikling som vil sette preg på arbeids- og samfunnsliv i lang tid fremover. Omfattende bruk av video- og samhandlingsplattformer er en av de mest åpenbare effektene hver enkelt har merket etter perioder med hjemmeskole og hjemmekontor (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 15). Bruk av digitale meldinger eller video i konsultasjon har vært mulig i flere år, men koronapandemien har ført til økt etterspørsel av digitale konsultasjoner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 17). I forbindelse med utbruddet av korona og nedstengingen ble det også opprettet egne takster for bruk av video- og telefonkonsultasjoner for flere behandlergrupper, inkludert fysioterapeuter (Helsedirektoratet, 2021).

## 2.4 Forskning på telehelse

Telehelse (telehealth) er et mye brukt begrep innen forskning. Telehelse gir tilgang til helsehjelp uten å måtte møte helsepersonell fysisk. Det foregår primært via elektroniske og telekommunikasjonsteknologier som internett og telefon (Health Resources & Services Administration, 2022).

I systematisk oversikt fra 2021 har de sett på studier fra 2010-2020 som omhandler bruk av teknologi etter innsetting av leddprotese i underekstremitetene. De postoperative resultatene og graden av tilfredshet hos pasientene som mottok telerehabilitering var tilsvarende til pasientene som mottok fysisk fysioterapi. Telerehabilitering viste seg også å ha lavere kostnader sammenlignet med fysisk behandling (McKeon et al., 2021). En annen studie av Seron med kollegaer (2021) har samlet 53 systematiske oversikter i en forenklet kunnskapsoppsummering som tar for seg effektiviteten av telerehabilitering i fysioterapi. Resultatene viser at de inkluderte studiene har motstridende resultater. Til tross for motstridende resultater, konkluderer Seron med kollegaer (2021) at telerehabilitering i fysioterapi likevel kan sammenlignes med fysisk rehabilitering og at det vil være bedre enn ingen behandling. De nevner artrose, korsryggsmerter, hofte- og kneprotese, multippel sklerose og hjerte- og lungerehabilitering som egnede tilstander og arenaer for telerehabilitering. Likevel påpekes det at det er behov for kliniske studier og systematiske oversikter som undersøker dette grundigere. En systematisk oversikt fra 2018 om videokonferanser som behandling for pasienter med muskel-skjelettplager trekker også frem at det kreves mer forskning på området for å evaluere langtidseffekt av telerehabilitering (Grona et al., 2018).

Koronapandemien har preget helsenæringen både i Norge og globalt. Krav til sosial distansering har ført til at digitaliseringen har skutt fart og det har vært en enorm vekst i bruk av digitale helsetjenester (Direktoratet for e-helse, 2021a, s. 6 og 39). En tverrsnittstudie fra 2021 undersøkte 205 irske fysioterapeuters perspektiv på telehelse under koronapandemien (Reynolds et al., 2021). Fysioterapeutene ble gjennom en nettbasert undersøkelse spurt om sine tanker rundt det å bruke telehelse, fordeler og ulemper, samt generell erfaring og deres meninger om telehelse i fremtiden. Resultatene

viste at telehelse gir fleksibilitet og valgmuligheter til tjenestebrukeren, blant annet i form av reduksjon i reisetid og redusert fare for smitte av Covid-19. Reynolds og kollegaer (2021) konkluderer med at det ikke er universelt akseptert blant helsepersonell at telehelse skal være en form for levering av helsetjenester. Studien påpeker at den fysiske undersøkelse begrenses via telehelse og et det kun bør tilbys til egnede tjenestebrukere. Faktorer som bør vurderes er pasientens kognitive evner, grad av funksjonsnedsettelse, kommunikasjonssegenskaper, alder, digital kompetanse og motivasjon for å ta i bruk telehelse.

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

Vi har valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at den går i dybden på feltet som undersøkes, man søker gjerne etter utdypende kunnskap om et tema (Brottveit, 2018, s. 65). Kvalitative forskningsmetoder blir brukt for å undersøke og beskrive opplevelser og erfaringer, og gir en nærhet til feltet (Dalland, 2017, s. 52–53). I vår oppgave undersøker vi fysioterapeuters tanker og erfaringer rundt bruk av digitale tjenester i fysioterapi og vi mener derfor at den kvalitative metoden egner seg best til å besvare vår problemstilling. Vi har brukt individuelle, semistrukturerte intervju som fremgangsmåte for innsamling av data. Et intervju vil i varierende grad bli preget av intervjuerens personlighet, interesser og forforståelse (Dalland, 2017, s. 54–55). For å styrke påliteligheten i vår oppgave har vi gjort rede for vår forforståelse, hvordan vi har samlet inn datamaterialet og hvilke feilkilder som kan ha påvirket resultatet vårt.

### 3.2 Valg av informanter

Problemstillingen bør kunne belyses fra ulike sider og man bør ha en variasjonsbredde i utvalget av informanter (Malterud, 2017, s. 58–59). Inklusjonskriteriene våre var fysioterapeuter som jobbet i primærhelsetjenesten og hadde erfaring med bruk av digitale tjenester i sitt arbeid. For å holde oss innenfor oppgavens tidsramme, men samtidig få flere ulike synspunkter, vurderte vi det som realistisk å ha et mål om å intervju tre fysioterapeuter. Gjennom et strategisk utvalg, fant vi tretten aktuelle kandidater som

tilfredsstilte kriteriene. Vi kontaktet privatpraktiserende og kommunale fysioterapeuter med variasjon i alder, kjønn, grad av utdanning og erfaring. I første e-post fortalte vi kort om prosjektet og spurte om det var aktuelt med deltagelse i bacheloroppgaven. To av fysioterapeutene ønsket å delta i oppgaven. Den tredje informanten ble rekruttert gjennom å bruke nettverket til en av våre andre informanter.

### 3.3 Forberedelse til intervju

Vi utformet en intervjuguide i forkant av intervjuene. Et semistrukturert intervju kjennetegnes ved at man utarbeider en intervjuguide som et utgangspunkt for intervjuet (Justesen et al., 2011, s. 45). I intervjuguiden definerte vi tema og hovedspørsmål som gjorde at utgangspunktet for alle tre intervjuene ble det samme. Vi lagde åpne spørsmål for at informantene skulle kunne utdype sine tanker og erfaringer og snakke mest mulig fritt (Justesen et al., 2011, s. 45). Intervjuguiden bidro i bunn til en systematisk gjennomføring og for å holde samtalen innenfor riktig tema. Hvilke deltemaer man kommer inn på og hva man velger å forfølge videre med oppfølgingsspørsmål kan variere. Guiden er fleksibel og spørsmål kan endres underveis i intervjuet (Justesen et al., 2011, s. 46).

Intervjuguiden ble revidert flere ganger etter samtale med veileder og etter et prøveintervju med en medstudent. Under prøveintervjuet fikk vi øvd på å forfølge informantens svar med oppfølgingsspørsmål, og vi fikk respons på formuleringen av spørsmålene våre. I denne sammenhengen kom vi også frem til at det fungerte best at en av oss hadde hovedansvar for å gjennomføre intervjuet, mens den andre kunne fokusere på å stille oppfølgingsspørsmål og ta notater. I tillegg ga det oss en mulighet til å kontrollere det tekniske og sikre at lydopptaket fungerte slik det skulle. Internettilgang, zoomlink, bilde og lyd på pc-en sjekket vi også før hvert intervju.

I forkant av intervjuene sendte vi en e-post med samtykkeskjema og informasjonsskriv fra Høgskulen på Vestlandet til informantene (Vedlegg 1). Informantene signerte informert samtykke og sendte dette tilbake til oss før intervjuet ble gjennomført.



## 3.4 Gjennomføring av intervju

Ettersom informantene jobbet i andre deler av landet ble intervjuene gjennomført som en videosamtale over Zoom. Samtalen ble innledet og avsluttet uten lydopptak, mens selve intervjuet ble tatt opp med lydopptaksfunksjon på to telefoner i flymodus. Opptaket ble umiddelbart etter intervjuet overført til passordbeskyttet pc og slettet fra mobil. Under gjennomføringen av intervjuet satt vi i et rom uten andre forstyrrelser. Underveis i intervjuet la vi til rette for at informanten kunne snakke mest mulig fritt og uten avbrytelse. Vi fulgte den samme intervjuguiden under alle intervjuene, men rekkefølgen og ordlyden på spørsmålene varierte. I tillegg ble oppfølgingsspørsmålene ulike etter de svarene informantene ga. Én av oss hadde ansvar for å sikre at vi fikk svar på spørsmålene i intervjuguiden, mens den andre fokuserte mer på å stille oppfølgende spørsmål. Denne rollen byttet vi på i de ulike intervjuene.

## 3.5 Bearbeiding av data

### 3.5.1 Transkripsjon

Like etter at intervjuene var gjennomført startet vi å transkribere dem (Vedlegg 3, 4, 5). Vi delte alle tre intervjuene i to deler og transkriberte halvparten hver. Deretter gikk vi gjennom hele intervjuet sammen for å kvalitetssikre transkripsjonen. For å sikre informantenes personvern ble alle identifiserbare data, slik som studiested og arbeidsplass, anonymisert og erstattet med "\*" i transkripsjonen. For å ivareta deltakernes erfaringer og meninger på den måten de ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen valgte vi å bruke verbatim transkripsjon. Dette innebærer å transkribere intervjuene i sin helhet og inkludere alle pauser, fyllord, ufullstendige setninger og lignende. Dialektord ble skrevet om til bokmål for å gjøre datamaterialet klart for videre tolkning og analyse (Brottveit, 2018, s. 135). På denne måten får man et mer helhetlig inntrykk av dialogen, man får mer informasjon om intervjuet ut over ordene som blir sagt. Det er likevel viktig å huske at teksten gir et avgrenset og situert bilde av informantenes opplevelser, presentert i lys av intervjusituasjonen, spørsmålene vi stiller og problemstillingen vi ønsker svar på (Malterud, 2017, s. 77–79).

### 3.5.2 Analyseprosess

I analysen av de transkriberte intervjuene brukte vi en tematisk tilnærming for å sammenfatte og systematisere datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79–81). Denne metoden brukes for å identifisere, analysere og rapportere ulike temaer i dataene man har samlet (Brottveit, 2018, s. 135). Vi har valgt å bruke denne metoden fordi det gir oss en god oversikt over datamaterialet vi har samlet inn fra de ulike informantene. Å kategorisere data i ulike tema legger grunnlag for å kunne svare på problemstillingen.

Braun og Clarke (2006, s. 87) beskriver analyseprosessen i seks trinn:

- 1: Bli kjent med datamaterialet
- 2: Lage koder og kategorisere data
- 3: Finne tema
- 4: Gjennomgang og vurdering av tema
- 5: Definer bestemte tema
- 6: Skriv rapport

Vi startet analyseprosessen med å printe ut og lese over transkripsjonene hver for oss for å repetere og bli kjent med stoffet. Deretter identifiserte vi koder som gikk igjen i intervjuene (Tabell 1). Kodene ble notert og markert med ulike farger. Denne prosessen gjorde vi hver for oss før vi gikk sammen for å vurdere og diskutere de kodene vi hadde funnet. Kodene ble sortert og vi hadde flere runder med gjennomgang og vurdering av temaene før vi definerte dem og ga dem bestemte navn. Å definere tema og å gjennomgå temaene er noe man kan gjøre flere ganger for å komme frem til gode hovedtemaer der man kan beskrive og samle de ulike informantenes tanker og meninger (Braun & Clarke, 2006, s. 79–93). Vi kom til slutt frem til 4 hovedtemaer.

**Tabell 1***Utdrag fra analyseprosessen*

Transkripsjon	Kode	Tema
Så er det jo rart med sånne kriser, man blir tvunget til å løse ting og det er jo et eksempel på at kriser kan jo utløse noe bra også da, fordi du blir tvunget til å tenke nytt og tenke fort.	Tvunget til å tenke nytt og finne nye løsninger	Koronapandemiens påvirkning på fysioterapien

## 3.6 Etiske aspekter

I forkant av intervjuene sendte vi ut et informert samtykke til informantene som de signerte før vi gjennomførte intervjuet. Dette inneholdt informasjon om formålet med oppgaven, opplysninger om informantens rettigheter og personvern, samt kontaktinformasjon til oss, vår veileder, prosjektansvarlig og Høgskulen sitt personvernombud. På vegne av Høgskulen på Vestlandet ble det sendt inn et felles meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for hele klassen. Vi satte oss inn i dette og hvilke regler vi skulle følge, slik at taushetsplikten ble overholdt. Det ble tatt opptak av intervjuene ved bruk av mobil i flymodus. Opptaket ble oppbevart under passordbeskyttelse og slettet etter transkribering. De transkriberte intervjuene har blitt anonymisert. Anonymisering innebærer at informantene ikke kan identifiseres gjennom datamaterialet (Dalland, 2017, s. 239).

## 3.7 For forståelse og vitenskapsteori

### 3.7.1 Vitenskapsteori

Vår oppgave fortolker det informantene har fortalt om deres tanker og erfaringer, og hører derfor til under tradisjonene fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi handler om det som oppfattes av sansene, den subjektive opplevelsen. Ett fenomen kan oppleves ulik basert på hver persons forståelse og bakgrunn (Dalland, 2017, s. 45). Hermeneutikk dreier seg om fortolkning og forståelse av tekster. Målet er å forstå og fortolke meningen i datamaterialet og å danne nye meningssammenhenger (Brottveit, 2018, s. 29).

### 3.7.2 Forforståelse

Vi som forskere har alltid med oss forforståelse (Dalland, 2017, s. 58). Vi har individuelle forutsetninger og erfaringer som vi tar med oss, bevisst eller ubevisst, i våre tolkningsgrunnlag (Malterud, 2017, s. 44). Gjennom å gjøre rede for vår forforståelse ønsker vi å vise at vi er bevisst på denne (Dalland, 2017, s. 58).

Ved prosjektstart var forforståelsen vår basert på faglig erfaring vi har tilegnet oss gjennom studiet og erfaringer vi har med bruk av digitale tjenester. Gjennom undervisning i fysioterapi har vi lært viktigheten av relasjon mellom terapeut og pasient og hvor mye det fysiske møtet og berøring spiller inn på relasjonsbygging. Under koronapandemien gikk vi inn i en ny hverdag hvor vi var avhengige av å finne digitale alternativer til det fysiske møtet. Dette resulterte i en studiehverdag som bestod av digital undervisning, digital eksamen og digitale pasientdager. Vi fikk undersøke pasienter ved hjelp av videokommunikasjon og i praksisperioden fikk vi erfaring med gruppetrening over video samt bruk av applikasjon i oppfølging av idrettsutøvere. Vår opplevelse er at det er vanskelig å gjennomføre fysioterapi av god nok kvalitet over video eller andre digitale tjenester. Vi kan likevel tenke oss at det kan gi fordeler i form av at man slipper reisevei og at det derfor kan være tidsbesparende for pasientene. Med tanke på den digitale utviklingen i samfunnet ser vi for oss at teknologi kommer til å bli mer brukt i tiden fremover, men vi er usikre på hvordan fysioterapien vil påvirkes av dette. I arbeidet med bacheloroppgaven har vi prøvd å være bevisst vår forforståelse slik at kunnskaper, erfaringer og perspektiver ikke skulle være styrende for tolkningene underveis i prosessen.

## 4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra datainnsamlingen. Formålet med oppgaven vår er å belyse tanker og erfaringer fysioterapeuter har med bruk av digitale tjenester i primærhelsetjenesten.

De viktigste funnene i analysen er knyttet opp mot temaene:

1: Koronapandemiens påvirkning på fysioterapien

- 2: Fleksibilitet og effektivitet i fysioterapitilbudet
- 3: Digitale tjenester som et supplement
- 4: Tanker om digitale tjenester i fysioterapi i fremtiden

## 4.1 Presentasjon av informanter

### Tabell 2

Presentasjon av informanter

Informant	Kjønn og alder	Utdanning og erfaring	Digitale tjenester i fysioterapitilbudet
Informant 1	Mann, 20-30 år	3 år som fysioterapeut. Ulike kurs innen idrett og ultralyd.	Bruker app i oppfølging. Har brukt videokonsultasjon tidligere.
Informant 2	Kvinne, 50-60 år	30 år som fysioterapeut. Videreutdanning i blant annet manuellterapi, ridefysioterapi og idrettsfysioterapi.	Bruker videokonsultasjon ukentlig.
Informant 3	Mann, 60-70 år	40 år som fysioterapeut. Videreutdanning i blant annet manuellterapi og kognitiv terapi.	Bruker videokonsultasjon ukentlig.

Tabellen viser opplysninger om informantene, deres erfaringer som fysioterapeuter og hvilke digitale tjenester de benytter seg av i fysioterapitilbudet.

## 4.2 Koronapandemiens påvirkning på fysioterapien

Ingen av informantene var kjent med videokonsultasjon i forkant av koronapandemien. De poengterer at en av hovedgrunnene til at de valgte å ta i bruk videokonsultasjon var for å holde praksisen gående. Informant 2 forteller: «[...] det var jo pandemien rett og slett som gjorde at jeg bare tenkte at dette er jeg nødt til å bruke». Informant 3 poengterer at det å ta i bruk nye tjenester ofte er en lang prosess som i mange tilfeller krever flere år med utprøving, noe som ikke var mulig når vi sto midt i en pandemi. Han forteller at videokonsultasjoner ikke hadde vært et tema eller en tanke i forkant av pandemien:

Så er det jo rart med sånne kriser, man blir tvunget til å løse ting og det er jo et eksempel på at kriser kan jo utløse noe bra også da, fordi du blir tvunget til å tenke nytt og tenke fort.

Informant 2 opplevde at mange av kollegaene var skeptiske til å bruke video og legger til at det er forskjellige faktorer som spiller inn på om man velger å ta i bruk nye tjenester i klinikken. Hun mener det handler om personlighet, miljøet man er i og om man er nysgjerrig på å teste ut nye ting. Alle mener det er avgjørende å skjønne hvordan digitale tjenester kan påvirke effektiviteten i fysioterapitilbudet for å ta det i bruk i klinikken.

### 4.3 Fleksibilitet og effektivitet i fysioterapitilbudet

Fysioterapeutene opplever at bruk av digitale tjenester i fysioterapi gjør dem mer fleksible gjennom muligheten til å møte eller ha kontakt med pasienter til tross for avstand, sykdom og uventede situasjoner. Det trekkes frem at dette er både tidsbesparende og kostbesparende. De uttrykker at de har utvidet tilbudet gjennom å kunne følge opp pasienter fra andre plasser i landet og på tvers av landegrensler. Informant 3 presiserer: "Det som er fint med video er jo at du kan jo dekke hele landet og jeg har jo en god del folk som kommer fra andre kanter da som via-via ønsker å få en oppfølging".

Informant 1 omtaler digitale tjenester som en forlenget arm av den kliniske hverdagen og noe som kan brukes for å forsterke samarbeidet med pasienten gjennom kommunikasjon og hyppig kontakt. Han mener digitale tjenester i fysioterapien bidrar til å strukturere treningen og forenkler dialogen med pasienten. Informant 2 opplever at pasientene synes videokonsultasjoner er tidseffektive og at en del har blitt overrasket over hvor bra det fungerer å gjøre øvelser hjemme med fysioterapeuten på video. Informant 3 erfarer at det også kan gjøre pasientens hverdag mer fleksibel:

Du har jo folk som jobber fullt og sånn og som så synes det er veldig kjekt å bare koble seg på en halvtime da og så går vi gjennom ting og sånn og så fortsetter de jobben sin, altså det å slippe å reise og ta ut og ta deg fri og, i større grad da. Så jeg synes jo det, der er noe ressursbesparende i det også.

Fysioterapeutene som brukte videokonsultasjon la stor vekt på fordelene med å kunne samarbeide med andre fysioterapeuter og andre profesjoner som psykologer og leger. Informant 3 mener at videokonsultasjoner bidrar til å gjøre kommunikasjonen mellom helsearbeidere enklere og trekker frem muligheten til å kunne koble inn spesialisthelsetjenesten i møtet med pasienten. Møtene blir effektive og ressursbesparende

når de kan gjennomføres digitalt. Han legger også til at gjennom å kombinere det fysiske med det digitale opplever han mer variasjon i arbeidshverdagen. Informant 2 kommenterer muligheten til å få en annen fysioterapeuts vurdering på pasienter:

Ja, men det å kunne hjelpe folk som bor langt unna, for eksempel, jeg har, vi har en kollega [som jobber] med kjever på min klinikk og det er ikke så mange som gjør. Og det å kunne instruere kanskje kolleger eller, og pasienter i Finnmark mellom lunsj og neste pasient er jo helt nydelig.

#### 4.3.1 Pasienttilpasset forløp

Informantene trekker frem en stor fleksibilitet og muligheten til å kunne skreddersy et tilbud til hver enkelt pasient. Videokonsultasjoner gjør timen med fysioterapeut gjennomførbare selv om pasienten må være hjemme med sykt barn eller av andre grunner ikke kan møte fysisk til timen. I behandlingssituasjoner med barn erfarer informant 2 at det fint å kunne komme på hjemmebesøk gjennom video uten at barnet opplever henne som en trussel. Hun har gode opplevelser med det å instruere foreldrene i barnets behandling over skjerm. Å bruke video for å gjøre situasjonen tryggere for de som skal motta hjelp kan også være nyttig for andre pasientgrupper:

Det funker så bra på de folkene som jeg tror er litt redde for å komme til fysioterapi. Og det var en som, en erfaring jeg hadde, det var en med en ganske sånn stygg albuefraktur, og han var jo helt tydeligvis livredd for å bli tatt i. Og da var det så greit at jeg kunne ikke ta i han, men jeg kunne vise ... han kunne vise meg hvor mye han kunne gjøre. Og jeg kunne gå gjennom øvelsene han hadde fått på sykehuset sammen med han. På veldig sånn god avstand. [...] I sånne tilfeller tenker jeg at det har vært ekstremt nyttig.

Hun legger til at dette er en typisk pasient som kunne ha avbestilt timen sin flere ganger og at det å møte han over video gjorde terskelen lavere for å møtes fysisk lengre ut i forløpet. Generelt foretrekker alle informantene å møte pasienten fysisk. De bruker video i de tilfellene der de anser det som nødvendig og nyttig, for eksempel hvis alternativet er at timen utgår.

Informant 1 benytter seg av app i oppfølging for å tilpasse et tilbud som er egnet til pasienten. Pasientene har tilgang på treningsprogrammet i appen og kan kommunisere med terapeuten gjennom chat. Fysioterapeuten kan følge pasientens progresjon og hele tiden

justere øvelsene underveis ut fra pasientens tilbakemeldinger. Til tross for at informant 2 ikke tar i bruk app i klinikken selv, ser hun fordelene med at man kan følge opp pasienten tettere og at de kan rapportere om gjennomførte øvelser. Det legges frem at appen kan brukes som et knutepunkt mellom pasient og fysioterapeut og at pasientene er fornøyd med fleksibiliteten og muligheten til å endre øvelser regelmessig.

Informant 1 trekker frem at de pasientene som ønsker oppfølging via app gjerne er selvgående og motiverte. De fleste er unge, stort sett 20-40 år: «Er en god del eldre som er med på det også, men over 50-60 år så er det stort sett sånn naturlig klikk at man helst vil møtes og ta dialogen fysisk». Informant 3 opplever at det er ulik hva pasientene ønsker, men at alder som regel ikke er noen hindring: «Jeg synes jo den digitale kompetansen den, den flytter jo seg oppover i aldersgruppene den også. Men, men jeg synes jo den kompetansen der er vesentlig høyere opp i alder nå enn det var for noen år siden». Han trekker frem at det er opp til pasienten om de ønsker å møtes fysisk eller digitalt, det er et tilbud han gir til de pasientene som kan ha nytte av det. Dette kan være alle aldersgrupper og alle typer pasienter.

#### 4.4 Digitale tjenester som et supplement i fysioterapien

Fysioterapeutene har valgt å ta i bruk ulike digitale tjenester som en del av deres tilbud. De har i forkant gjort vurderinger rundt pasientsikkerhet, økonomiske utgifter og nytten av tjenesten for deres pasientgruppe. Alle er tydelige på at det alltid vil være en fordel å møtes fysisk. Informant 3 beskriver det slik: «Jeg tenker jo, altså det digitale mediet sånn som videokonsultasjon er jo et, er jo et supplement til, til det vi holder på med til vanlig». Han mener det er mulig å bygge gode relasjoner gjennom videokonsultasjon, men man mister en dimensjon når man ikke er i samme rom. Gjennom video er det vanskelig å observere pasientens pust og spenningsforhold i kroppen. Det blir lagt vekt på at noen pasienter trenger behandling «hands-on» og at noen tester og passive teknikker er utfordrende å få til uten å være i samme rom. Informant 1 sier: «... du går jo glipp av det fysiske da, ikke sant hvis det er noe helt tydelig som bør testes så er det vanskelig å instruere pasienten i å gjøre det selv». Dette kommer også til syne i de andre intervjuene. Informant 1 tror pasientene opplever det digitale som en tilleggsmodul som gir tettere oppfølging, ikke som en



erstatning for det fysiske møtet. Han mener at de digitale tjenestene kan bidra til å skape et ekstra bånd mellom terapeut og pasient, og at man får et felles område hvor man kan diskutere og planlegge ting. Likevel understreker han at en digital tjeneste ikke kan erstatte en fysioterapeut. Alle informantene er tydelige på at det handler om å tilpasse tilbudet til pasienten.

## 4.5 Tanker om digitale tjenester i fysioterapi i fremtiden

Alle informantene er sikre på at digitale tjenester har en plass i fysioterapien i fremtiden. Informant 2 understreker: «Det er jo helt klart framtiden». Informantene påpeker likevel at de digitale tjenestene ikke kan erstatte det fysiske møtet med pasienten. De mener alle tre at det er kommet for å bli, men at alt som blir tatt i bruk av digitale tjenester må tilpasses til pasientens behov og nytte. Man må tenke pasientsentrert og kan ikke kun basere fysioterapi på video eller apper. Informant 1 tror fysioterapien vil effektiviseres slik at man ikke behøver å ha så mange fysiske konsultasjoner og at pasientene i større grad kan følges opp på nett eller gjennom video: «Jeg tror det vil effektivisere hele fysioterapien. Jeg er sikker på innen [...] 5 år så tror jeg det er noe helt annet enn det vi driver med i dag». Informant 3 mener at utviklingen innen digitale tjenester kommer til å fortsette og at det etter hvert vil bli naturlig å inkludere dette i fysioterapien:

Jeg er helt sikker på at det kommer til å ha en plass som et supplement på at det vil utvide det mulighetsrommet vi har til å drive fysioterapi, det er jeg helt sikker på. Så jeg tror at det vil absolutt ha en større plass, men at det vil fortrenge alt annet, det tror jeg ikke.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Tillit til de digitale tjenestene

Digitaliseringen har skutt fart gjennom pandemien og på mange måter er koronapandemien årsaken til den utviklingen vi har sett i de digitale tjenestene de siste to årene (Direktoratet for e-helse, 2022b). Informantene opplevde videokonsultasjoner som eneste mulighet til å følge opp pasientene sine da landet stengte ned i mars 2020. De påpeker hvordan en krise kan tvinge oss til å tenke nytt og legger til at de høyst sannsynlig ikke ville tatt i bruk

videokonsultasjoner dersom det ikke hadde vært for pandemien. Andelen e-konsultasjoner vokste kraftig da vi måtte redusere den fysiske kontakten. I deler av 2020 ble over halvparten av alle konsultasjoner mellom innbygger og fastlege gjennomført som e-konsultasjoner (Direktoratet for e-helse, 2021a, s. 23). De digitale endringene under koronapandemien skjedde i et tempo som kan ha påvirket sikkerheten og kvaliteten til tjenestene.

Tilgang på riktige og oppdaterte helseopplysninger er avgjørende for å kunne yte gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Eide & Barken, 2021, s. 40). De digitale helsetjenestene innebærer et behov for tilgang til helseopplysninger og tillit til tjenestene er et viktig element for å ta de i bruk (Direktoratet for e-helse, 2021b). Informantene la vekt på sikkerhet rundt personopplysninger i deres valg av digitale plattformer. Den teknologiske utviklingen går raskt og *Normen* bidrar til at personopplysninger behandles på en forsvarlig måte, noe som kan styrke tilliten innbyggerne har til helsesektoren (Direktoratet for e-helse, 2021b).

## 5.2 Fleksibilitet og effektivitet i fysioterapitilbudet

Norge er et land med store avstander og i mange områder er det langt til nærmeste sykehus eller helsetjeneste. Formålet til Pasient- og brukerrettighetsloven er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Helsedirektoratet (2020) trekker frem at bruken av digitale tjenester kan gi mer likhet i tjenestetilbudet, uavhengig av geografiske ulikheter. Videokonsultasjoner har åpnet for muligheten til å kunne behandle pasienter til tross for lange avstander. På bakgrunn av dette tilbudet opplever fysioterapeutene å bli kontaktet av pasienter som ønsker mer spesialisert hjelp innen deres fagområde. Pasientenes tjenestetilbud utvides gjennom å eliminere den geografiske avstanden.

Informantene påpeker at digitale tjenester kan forenkle muligheten til å samarbeide med andre helseprofesjoner. Dette legger til rette for mer tverrfaglig samarbeid som kan gi en mer helhetlig tilnærming på tvers av fagområder. Tverrfaglig samarbeid er samarbeid mellom personell med ulik fagbakgrunn og forutsetter dialog mellom ulikt helsefaglig

personell og pasienten selv (Helsedirektoratet, 2018). Informantene kommenterer muligheten til å gjennomføre digitale møter med spesialisthelsetjenesten, andre profesjoner eller andre fysioterapeuter. Ortopeder på Helgelandssykehuset veileder i dag fysioterapeuter i Brønnøysund over video når de undersøker pasienter som skal vurderes for protese. På denne måten sparer pasienten flere timer med reisevei for å kunne vurderes av en ortoped (Hangaas, 2021). Den store fordelen i å kunne gjøre dette digitalt ligger i at man sparer tid og kostnader. Dette er fordeler som også Helsedirektoratet trekker frem rundt nytten av e-konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2020).

### 5.3 Pasienttilpasset forløp

Bruk av teknologiske løsninger kan gi en lavere terskel for å oppsøke hjelp og bidra til at pasienten enklere kan etterleve behandling og mestre egen helsetilstand bedre (Helsedirektoratet, 2020). Funnene våre påpeker at bruk av videokonsultasjon har vært avgjørende i forløpet av pasienter som er usikre eller redde for å bli berørt eller av andre grunner ikke ønsker å møte fysisk til timen. Ved å sitte bak en skjerm hjemme i sin egen stue kan man føle seg trygg på at terapeuten på ingen måter kan undersøke "hands-on". Når det fysiske møtet blir en utfordring vil videokonsultasjoner være et bedre alternativ enn ingen behandling (Seron et al., 2021).

I en studie fra 2018 konkluderer de med at videokonsultasjon egner seg for blant annet de som er sosialt isolert eller de som har en frykt for å møte nye mennesker (Banbury et al., 2018). Samtlige informanter legger vekt på at planen for behandling skal være tilpasset hver enkelt pasient, med eller uten digitale hjelpemidler. Noen pasientgrupper er avhengige av den digitale løsningen for å i det hele tatt oppsøke hjelp. På den andre siden kan det å ikke møte fysisk til en time bidra til at man blir enda mer isolert.

### 5.4 Den digitale kompetansen

Det er stor variasjon i grad av digital kompetanse i befolkningen (Helsedirektoratet, 2020). I resultatene blir det lagt vekt på at alder ikke nødvendigvis er et hinder i bruken av digitale tjenester, og at den digitale kompetansen flytter seg oppover i aldersgruppene. Likevel er det de eldre og de med lav sosioøkonomisk status som har lavest digital kompetanse. En

rapport fra 2021 viser at 3% av den norske befolkningen ikke bruker noen form for digitale tjenester og 11% har svake grunnleggende kunnskaper (Bjønness et al., 2021). Basert på dette ville over 600 000 av Norges befolkning hadde hatt vansker med å mestre et helsetilbud på nett. For å unngå digital utenforhet er det viktig at den digitale kompetansen økes i tiden fremover for å skape digitale løsninger som er tilgjengelig for alle. Det vil derimot alltid være utfordringer med den enkeltes digitale ferdigheter basert på erfaring, kognitive og fysiske ferdigheter og alder (Helsedirektoratet, 2020). Informantene legger vekt på at det ikke nødvendigvis er alderen som avgjør om tjenestene egner seg for pasientene, men at det handler mer om hvem pasienten er og hva de ønsker, og at man tilpasser seg etter det. I sin bruk av digitale tjenester opplever de at den digitale kompetansen ikke har vært noen utfordring da tjenestene de tilbyr er brukervennlige og enkle å forstå uavhengig av digital kompetanse.

## 5.5 Digitale tjenester som et supplement

Det kommer frem i resultatene at informantene ser på det fysiske møtet som grunnleggende i fysioterapi, og at ingen digitale tjenester kan erstatte dette møtet mellom fysioterapeut og pasient. I en fysisk undersøkelse får fysioterapeuten mulighet til å undersøke kroppsholdning, gange, generell funksjon, autonome reaksjoner og de kan ta i bruk palpasjon som en del av undersøkelsen. Thornquist (2009) skriver at det kliniske møtet består av berøring og fysisk kontakt som en samhandling mellom partene. Disse komponentene mister man ved bruk av digitale tjenester og dette kan påvirke kommunikasjonen mellom terapeut og pasient negativt. På den andre siden kan digitale tjenester påvirke positivt ved at pasienten har hyppigere dialog med terapeuten, det er lavere terskel for å ta kontakt og det kan forenkle kommunikasjonen mellom partene. Informantene bruker digitale tjenester som en forlenget arm av den kliniske hverdagen og for å forsterke samarbeidet med pasienten. Digitale tjenester bidrar til å gi mer variasjon i arbeidsdagen for fysioterapeutene. Det brukes også for å øke kvaliteten i behandlingen gjennom å inkludere flere fysioterapeuter eller andre med mer spesialisert kunnskap.

Telehelse gir fleksibilitet og valgmuligheter til tjenestebrukeren (Reynolds et al., 2021).

Informantene påpeker at det viktigste i fysioterapien er at man tilpasser behandlingen til

hver enkelt. Ingen av dem var i tvil om at det fysiske møtet er det viktigste. De digitale plattformene bør brukes som et supplement og en mulighet som pasientene har for å bidra til å utforme sitt eget tjenestetilbud og være mer delaktig i egen helse. Å ha mer ansvar for sin egen helse bidrar til at pasientene føler mer mestring for sin egen sykdom (Helsedirektoratet, 2020). Studien fra Reynolds med kollegaer (2021) konkluderte også med at telehelse begrenser den fysiske undersøkelsen og derfor kun bør tilbys til egnede tjenestebrukere.

Fysioterapeuten har et ansvar i å vurdere pasientens forutsetning for å ta selvstendige avgjørelser angående egen helsetilstand. Pasientene kan vektlegge andre grunner til å velge tilgjengelige behandlingsmetoder enn fysioterapeuten. Det er viktig å sørge for at fysioterapeut og pasient vurderer behandlingsmetoden på samme grunnlag (Greenhalgh et al., 2015). Dersom terapeuten tenker at det kan være hensiktsmessig å bruke digitale tjenester i den aktuelle situasjonen åpner det opp for at pasienten er deltakende i beslutningen. Digitale tjenester som et supplement bør ikke gå ut over kvaliteten i behandlingen.

## 5.6 Digitale tjenester i fysioterapi i fremtiden

Som en del av prosessen med å utarbeide en ny e-helsestrategi gjeldende fra 2023 har Direktoratet for e-helse utarbeidet ulike scenarioanalyser for å beskrive mulige fremtidige utfall innen digitaliseringen av helsesektoren. I flere av de skisserte scenarioene er teknologi en integrert del av hverdagen til innbyggerne, de har høy digital kompetanse og er aktive i egen helse (Direktoratet for e-helse, 2022a, s. 9). Uansett utfall er vi nødt til å jobbe for å øke innbyggers digitale kompetanse når vi ser den utviklingen helsesektoren har hatt. En digital revolusjon av helsetjenesten kan øke sannsynligheten for at noen grupper i samfunnet ikke får dekket sine behov og vi kan risikere et to-delt helsevesen (Direktoratet for e-helse, 2022a, s. 9). Tjenestene må tilpasses til den enkelte pasient og vi må ha ordninger for å ivareta alle grupper i samfunnet.

Fysioterapeutene vi har snakket med er alle sikre på at digitale tjenester vil være en del av fysioterapien i fremtiden. Den digitale utviklingen i samfunnet vil fortsette, og fysioterapien

bør naturligvis være en del av dette. De understreker at det ikke kan erstatte det fysiske møtet, og at det derfor må brukes i de tilfellene det er nyttig og egnet for pasienten. Det digitale vil derfor være et supplement i fysioterapien, et tillegg for å gjøre tjenesten mer helhetlig som gir mulighet til å skreddersy behandlingen til pasienten.

## 5.7 Metodediskusjon

### 5.7.1 Intervju som metode

En kvalitativ metode og semistrukturerte intervju lar oss undersøke temaet i dybden og få utfyllende svar fra informantene (Brottveit, 2018, s. 65). Intervjuguiden gjør at alle intervjuene får samme utgangspunkt (Justesen et al., 2011, s. 46–47). For å ikke bli for bundet til intervjuguiden hadde én av oss ansvar for å følge denne, mens den andre stilte oppfølgingsspørsmål. Det ble også lettere å løsrive seg fra intervjuguiden når vi fikk mer erfaring med intervjusettingen. På grunn av avstand ble alle intervjuene gjennomført digitalt. Dette kan ha en effekt på kommunikasjon og kroppsspråk. Vi har tatt forbehold for å unngå at dette skal ha påvirkning på innholdet gjennom å være lyttende og interesserte, ta i bruk pauser og åpne oppfølgingsspørsmål.

### 5.7.2 Valg av informanter

På bakgrunn av oppgavens rammer har vi valgt å intervju tre fysioterapeuter, noe som begrenser oppgavens omfang. Vi har likevel fått samlet inn nok data til å kunne belyse problemstillingen fra ulike sider. Et strategisk utvalg er sammensatt med mål om å best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). I utvelgelsen av informanter har vi valgt fysioterapeuter som har erfaring med bruk av digitale tjenester i fysioterapi. På bakgrunn av dette er det sannsynlig at de er positive til det å inkludere digitale tjenester i fysioterapi. Det at de fortsatt tilbyr digitale tjenester i klinikken kan også være på bakgrunn av andre kontekstuelle faktorer som retningslinjer på arbeidsplassen. Et bredere utvalg av informanter kunne gitt flere ulike synspunkter.

Vi har forsøkt å få en variasjonsbredde i utvalget av informanter for å kunne belyse flere nyanser (Malterud, 2017, s. 59). Informantene har ulik grad av erfaring, men alle jobber innenfor det private, da det ikke lot seg gjøre å intervju noen fra kommunene vi kontaktet. Vi

opplevde det som noe utfordrende å få god variasjon i utvalget da flere av de vi kontaktet ikke hadde mulighet til å stille opp på intervju. Vi valgte å bruke en snøballteknikk for å rekruttere vår siste informant. En snøballteknikk lar oss komme i kontakt med flere aktuelle informanter gjennom å bruke nettverket til de som allerede har takket ja til intervju (Malterud, 2017, s. 60). Dette førte til at vi endte opp med to informanter fra samme klinikk. Det at vi har to informanter som jobber på sammen klinikk kan øke sannsynligheten for at disse har flere likheter i sine erfaringer. Likevel hadde begge disse informantene verdifulle erfaringer som vi ønsket å få kjennskap til.

### 5.7.3 Forskningsprosessen

Samme datamateriale kan gi ulike funn, det er derfor viktig å gjøre valgene man har tatt i forskningsprosessen transparente (Leseth & Tellmann, 2018). Ved å være to studenter har vi kunnet hjelpe hverandre med å holde oss nøytrale, noe som har bidratt til at dataene i mindre grad har blitt farget av våre meninger som forskere. Gyldigheten og påliteligheten til kunnskapen blir begrenset dersom forskeren som person er for mye til stede i materialet (Malterud, 2017, s. 42). Intervjuet og tolkningen av datamaterialet vil i varierende grad preges av forskerens forforståelse og fortolkning. For å styrke reliabiliteten til oss som forskere har vi valgt å redegjøre vår forforståelse for å gi leseren innblikk i den kunnskapen vi som forskere satt med før vi gikk inn i prosjektet (Dalland, 2017, s. 54–55).

Vi har synliggjort valg vi har tatt under prosessen for å styrke oppgavens validitet og stilt spørsmål til egne tolkninger for å tilstrebe refleksivitet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019). Transkriberingen og analyseringen gjorde vi hver for oss før vi gikk gjennom datamaterialet sammen. På denne måten har vi tatt i bruk triangulering for å kombinere ulike perspektiver på de funnene vi har gjort (Skilbrei, 2019). Vi kunne også ha kombinert intervju med observasjon eller en spørreundersøkelse.

### 5.7.4 Oppgavens begrensninger og nytteverdi

Vi opplever at informantenes erfaring og tanker overlapper hverandre, noe som gjør funnene mer pålitelige. Det gjør også at vi kan tenke oss at flere intervjuer med andre fysioterapeuter i primærhelsetjenesten ville gitt lignende funn. Med bakgrunn i at vi har relativt få informanter og at disse er valgt ut av oss kan vi ikke si at funnene våre kan

generaliseres for alle fysioterapeuter eller at vi har et representativt utvalg av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Vi har likevel relevante funn for det området vi ville undersøke og mener at resultatene våre bidrar med kunnskap som vil være nyttig for fysioterapeuter som er interesserte i å bruke digitale tjenester. Digitaliseringen innen fysioterapi er et aktuelt tema i dagens samfunn og den utviklingen vi ser innen helsesektoren. På bakgrunn av dette mener vi at det er behov for mer forskning og større studier som kan inkludere erfaringer fra både pasienter og flere fysioterapeuter i ulike deler av helsetjenesten.

## 6.0 Konklusjon

Oppgaven vår tok utgangspunkt i problemstillingen: «Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter rundt bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten?» Informantenes tanker og erfaringer er basert på deres forforståelse, kunnskap og deres erfaring og tilnærming til pasienter med bruk av digitale tjenester i form av videokonsultasjon og app i fysioterapi.

I oppgaven vår kommer det frem at det er en enighet om at digitale tjenester i fysioterapi bør brukes som et supplement. Det fysiske møtet med pasienten er fortsatt det viktigste. De digitale tjenestene gir noen muligheter som kan ha stor nytte i fysioterapeutisk praksis. Gjennom å eliminere den geografiske avstanden åpner det opp for at fysioterapeutene kan behandle pasienter i andre deler av landet eller utenfor landegrensene. Det forenkler også muligheten til å samarbeide med andre fysioterapeuter eller profesjoner gjennom reduksjon i reisevei, tidsbruk og kostnader.

Koronapandemien førte til at utviklingen av de digitale tjenestene skjøt fart. Da Norge stengte ned i starten av pandemien var dette den eneste muligheten man hadde til å møte pasientene sine (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 17). I dag har fysioterapeutene valget mellom å bruke de digitale tjenestene eller ikke. Selv om alle våre informanter foretrekker det fysiske møtet fremfor det digitale, har de likevel valgt å fortsette å tilby digitale tjenester i sin fysioterapipraksis. De erfarer at de digitale tjenestene tilfører noe verdifullt til fysioterapien. Det er blant annet nyttig i tilfeller der pasientene har fysiske



eller psykiske begrensninger eller av andre grunner ikke kan møte på klinikken. I noen tilfeller kan den digitale kompetansen til pasienten være en utfordring. Det er opp til terapeuten å vurdere om det egner seg til den enkelte situasjon og å ta pasienten med i denne beslutningen.

Digitaliseringen i samfunnet og i helse- og omsorgstjenestene gjør at forventningene om digitale tjenester i fysioterapien øker (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 5). Oppgaven bidrar med kunnskap som kan være nyttig i denne utviklingen. Det fysiske møtet med pasienten kan ikke erstattes. De digitale tjenestene bør brukes som et supplement i fysioterapien for å gjøre tjenesten mer helhetlig.

## Referanseliste

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), e25. <https://doi.org/10.2196/jmir.8090>

Bjørnness, A. M., Midtbø, T., Størset, H. & Ulven, C. H. (2021). *Befolkningens digitale*

*kompetanse og deltakelse: Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-syssette* (s. 87).

[https://www.kompetansenorge.no/contentassets/7ff3779ea51b49ab81cc5fdbb769aa61/befolkningens\\_digitale\\_kompetanse\\_og\\_deltakelse.pdf](https://www.kompetansenorge.no/contentassets/7ff3779ea51b49ab81cc5fdbb769aa61/befolkningens_digitale_kompetanse_og_deltakelse.pdf)

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in*

*Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide*

*forskningsrelatert*. Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Direktoratet for e-helse. (2017). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*.

[https://www.ehelse.no/tema/en-innbygger--en-journal/\\_/attachment/inline/442a6962-20df-48f9-9849-f9a82da29e37:783c260d8cd1a0a513b088c7537e86a4eafc5d99/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20m%C3%A5l%202017-2022%20.pdf](https://www.ehelse.no/tema/en-innbygger--en-journal/_/attachment/inline/442a6962-20df-48f9-9849-f9a82da29e37:783c260d8cd1a0a513b088c7537e86a4eafc5d99/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20m%C3%A5l%202017-2022%20.pdf)

Direktoratet for e-helse. (2020, 20. mai). *Digital arbeidshverdag under korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video*. Direktoratet for e-helse.

<https://www.ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>

Direktoratet for e-helse. (2021a). *Utviklingstrekk 2021* (IE-1078).

[https://www.ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2021/\\_/attachment/download/fa9c435e-c091-4ed5-a317-d371e7c53e91:64107c00782cb9b24db8d7c8b235fe592c3880de/Utviklingstrekk%202021%20E-helsetrender%20oppdatert%20versjon.pdf](https://www.ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2021/_/attachment/download/fa9c435e-c091-4ed5-a317-d371e7c53e91:64107c00782cb9b24db8d7c8b235fe592c3880de/Utviklingstrekk%202021%20E-helsetrender%20oppdatert%20versjon.pdf)

Direktoratet for e-helse. (2021b, 13. april). *Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren*. Direktoratet for e-helse.

<https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>

Direktoratet for e-helse. (2022a). *Kunnskapsgrunnlag—E-helsestrategi fra 2023: Del II -*

*Scenarioanalyse*. [https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi/kunnskapsgrunnlag-for-nasjonal-e-helsestrategi-fra-2023/\\_/attachment/download/4894b3b7-fb73-40e2-b8b2-70e0dddbbc2b:ed9c8e34c5982b409e083cb006cf0996879fc133/Kunnskapsgrunnlag\\_Del%20II\\_Scenarioanalyse%20v1.1.pdf](https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi/kunnskapsgrunnlag-for-nasjonal-e-helsestrategi-fra-2023/_/attachment/download/4894b3b7-fb73-40e2-b8b2-70e0dddbbc2b:ed9c8e34c5982b409e083cb006cf0996879fc133/Kunnskapsgrunnlag_Del%20II_Scenarioanalyse%20v1.1.pdf)

Direktoratet for e-helse. (2022b, 30. mars). *Nasjonal e-helsestrategi*. Direktoratet for e-helse.

<https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi>

Eide, T. & Barken, T. L. (2021). *Velferdsteknologiens ABC: Etikk, lovverk,*

*informasjonssikkerhet og personvern*. Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologiens-abc/Velferdsteknologiens-ABC-Emne-C-F41-web.pdf>

Folkehelseinstituttet, 08.02.2020. (2022, 7. februar). *Fakta om koronaviruset og sykdommen.*

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>

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>

Greenhalgh, T., Snow, R., Ryan, S., Rees, S. & Salisbury, H. (2015). Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. *BMC Medicine*, 13(1), 200.

<https://doi.org/10.1186/s12916-015-0437-x>

Grona, S. L., Bath, B., Busch, A., Rotter, T., Trask, C. & Harrison, E. (2018). Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(5), 341–355.

<https://doi.org/10.1177/1357633X17700781>

Hangaas, I. B. (2021, 15. november). - *Jeg er glad for å slippe en lang og smertefull reise.*

Helse Nord RHF. <https://helse-nord.no/nyheter/gode-erfaringer-med-digitale-konsultasjoner>

Hatlebrette, F. (2018). Et paradigmeskifte i helsetjenesten. *Fysioterapeuten*, 85(9), 5.

Health Resources & Services Administration. (2022, 25. mars). *What is telehealth?*

Telehealth.HHS.Gov. <https://telehealth.hhs.gov/patients/understanding-telehealth/>

Helse Midt-Norge. (2017, 24. juli). *Hva er oppdraget?* Helse Midt-Norge RHF. <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-er-oppdraget>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 12. mars). *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset* [Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/nye-tiltak/id2693327/>

Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet.

<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>

Helsedirektoratet. (2020, 27. september). *Digitale helsetjenester (e-helse/telemedisin)*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/drofting-og-vurdering-av-tiltak/digitale-helsetjenester-e-helse-telemedisin>

Helsedirektoratet. (2021, 1. juli). *Takstendringer for leger, psykologer, fysioterapeuter og andre behandlergrupper*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/takstendringer-for-leger-psykologer-og-fysioterapeuter>

Helsedirektoratet. (2022, 11. april). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Holtskog, V. (2021). *Digital formidling som funker*. Universitetsforlaget.

Justesen, L., Mik-Meyer, N. & Andersson, S. (2011). *Kvalitative metoder: Från vetenskapsteori till praktik*. Studentlitteratur.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Vår nye digitale kvardag*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/00493dd2f00347098f15274e9302d392/no/pdfs/var-nye-digitale-kvardag.pdf>

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

McKeon, J. F., Alvarez, P. M., Vajapey, A. S., Sarac, N., Spitzer, A. I. & Vajapey, S. P. (2021). Expanding Role of Technology in Rehabilitation After Lower-Extremity Joint Replacement: A Systematic Review. *JBJS Reviews*, 9(9).  
<https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.21.00016>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2012). *Hva er fysioterapi? - Utdypet*. Norsk Fysioterapeutforbund. <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2018, 22. juni). *11.5 Kommunehelsetjenestereformen og fysioterapitjenesten*. Norsk Fysioterapeutforbund. <https://fysio.no/Historie/Kapittel-11/11.5-Kommunehelsetjenestereformen-og-fysioterapitjenesten>

Omsorgsdepartementet, H. (2012, 30. november). *Meld. St. 9 (2012–2013)* [Stortingsmelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Reynolds, A., Awan, N. & Gallagher, P. (2021). Physiotherapists' perspective of telehealth during the Covid-19 pandemic. *International Journal of Medical Informatics*, 156, 104613. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104613>

Seron, P., Oliveros, M.-J., Gutierrez-Arias, R., Fuentes-Aspe, R., Torres-Castro, R. C., Merino-Osorio, C., Nahuelhual, P., Inostroza, J., Jalil, Y., Solano, R., Marzuca-Nassr, G. N.,

Aguilera-Eguía, R., Lavados-Romo, P., Soto-Rodríguez, F. J., Sabelle, C., Villarroel-Silva, G., Gomolán, P., Huaiquilaf, S. & Sanchez, P. (2021). Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. *Physical Therapy*, 101(6), pزاب053. <https://doi.org/10.1093/ptj/pزاب053>

Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Statsministerens kontor, Helse- og omsorgsdepartementet, & Justits- og beredskapsdepartementet. (2022, 12. februar). *Smitteverntiltakene oppheves lørdag 12. Februar* [Pressemelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/smitteverntiltakene-oppheves/id2900873/>

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (2003). *ICF: Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse* (Fullversjon). [https://www.ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifisering-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse/\\_/attachment/download/3de3e2bb-1fd1-4cad-9f31-d1f8f3371910:21d34e908896d688fb3ab9c3d2cdc7a42824dca3/ICF%20Fullversjon%20\(PDF\).pdf](https://www.ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifisering-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse/_/attachment/download/3de3e2bb-1fd1-4cad-9f31-d1f8f3371910:21d34e908896d688fb3ab9c3d2cdc7a42824dca3/ICF%20Fullversjon%20(PDF).pdf)

World Health Organization. (2020, 11. mars). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

# Vedlegg 1: Informert samtykke

## Vil du delta i bachelorprosjektet

### *“Bruk av digitale tjenester i fysioterapi”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med *bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten*. 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 digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten. Vi er interessert i å finne ut mer av hvordan digitale tjenester kan brukes i møte med pasienter og om dette er et godt alternativ til fysisk møte. Vi ønsker å få frem erfaringer fra fysioterapeuter som har brukt digitale tjenester som en del av behandlingen og som er godt kjent med både fordelene og ulempene med dette. Med digitale tjenester mener vi i form av videokonsultasjon, app, eller andre digitale plattformer hvor fysioterapeuter kan møte og følge opp pasienter. 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 med bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten.

#### **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 som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Vi ønsker blant annet å få svar på hvorfor du har valgt å ta i bruk digitale tjenester, om du har testet ulike digitale plattformer, om du kombinerer digital og fysisk oppfølging og hva du opplever som fordeler og utfordringer knyttet til dette. I tillegg er vi interessert i å få svar på hvordan du opplever at digital oppfølging påvirker relasjonen til pasienten, og om det er et like godt alternativ som et fysisk møte. Det vil ta deg ca 30-60 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 (senest ved utgangen av august 2022).

**Dine rettigheter**

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

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

**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.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudenter
- Veileder
- Høgskulen på Vestlandet

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

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

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Studenter)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *bruk av digitale tjenester i fysioterapi*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 2: Intervjuguide

## Intervjuguide

*Hensikten med vår oppgave er å undersøke tanker og erfaringer fysioterapeuter har rundt bruk av digitale tjenester i møte med pasienter i primærhelsetjenesten. Vi vet at flere fysioterapeuter bruker digitale tjenester i dag. Vi ønsker å finne ut av fordeler og ulemper med dette.*

### Innledning

- Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
- Har du noen videre utdanning etter bachelor i fysioterapi?
- Hvilken stilling har du i dag, hva jobber du med?

### Erfaring med bruk av digitale tjenester i fysioterapi

*Vår definisjon av digitale tjenester i fysioterapi i denne oppgaven: Tjenester der fysioterapeuter kan kommunisere med pasienter over nett og på denne måten gjennomføre undersøkelse og/eller behandling. Dette kan blant annet være gjennom videokonsultasjon, applikasjoner, chat-funksjon og telefonsamtaler.*

- Hva legger du i begrepet “digitale tjenester” i fysioterapi?
- Hvilke(n) digitale plattformer bruker du?  
*(telefon, video, app, chat etc.)*
- Hva gjorde at du valgte å ta i bruk digitale tjenester i undersøkelse og/eller behandling?
- Hvor lenge har brukt digitale tjenester på denne måten?
- Bruker du digitale tjenester ved første undersøkelse pasienten?  
Hvorfor/hvorfor ikke?
- Bruker du digitale tjenester i oppfølging av pasienter? Hvorfor/hvorfor ikke?
- På hvilken måte bruker du digitale tjenester?  
*(førstegangs-konsultasjon, oppfølging, i kombinasjon med fysisk møte etc.)*
- Hvor ofte bruker du digitale tjenester undersøkelse og/eller behandling av pasienter?
- Hva ser du på som utfordringer? Hvorfor?  
*(krav til pasientene mtp skjerm -og lyd kvalitet, screening av røde flagg etc.)*
- Hva ser du på som fordeler? Hvorfor?  
*(tettere oppfølging for pasienter med lang reisevei, smittevern, pasientene har større kontroll/mer ansvar)*
- Hva erfarer du at pasientene synes om dette tilbudet?

### Pasientbehandling

- Hvilke pasienter/pasientgrupper erfarer du at digitale tjenester egner seg for?  
*(barn, ungdom, voksne, eldre, etter operasjon, skade eller kroniske smerter etc.)*
- Når du ut til flere pasienter ved å tilby digitale tjenester? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Opplever du ulikheter i forløpet for pasienter som benytter digitale tjenester sammenlignet med de som ikke benytter det?  
*(tettere oppfølging, hyppigere dialog, bedre resultater)*

- Opplever du at digitale møter med pasienten påvirker relasjonen mellom terapeut og pasient? Eventuelt hvordan?
- Hva tenker du rundt undersøkelsen av pasienter i de tilfeller der dette gjennomføres digitalt?

### **Administrative faktorer**

- Hvordan har din bruk av digitale tjenester blitt påvirket av corona-pandemien? *(førte pandemien til at du tok det i bruk, brukte det mer, testet nye plattformer etc.)*
- Opplever du at bruken av digitale tjenester i pasientbehandlingen påvirker effektiviteten i fysioterapitjenesten? Evt. i positiv eller negativ retning? *(mer effektivt/flere pasienter per dag, mindre effektivt/bruker mer tid på å gjennomføre og har behov for fysiske møter i tillegg)*
- Hvordan har bruken av digitale tjenester påvirket de økonomiske aspektene av fysioterapidriften? *(reduserte/økte utgifter)*
- Hvordan opplever du sikkerheten rundt behandling av personopplysninger i tjenestene du bruker?

### **Avslutning**

- Hva tenker du rundt bruk av digitale tjenester i fysioterapi i årene fremover?
- Noe annet du vil tilføye?