



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Videokonsultasjoner i psykomotorisk fysioterapi: en intervjustudie

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaring med videokonsultasjoner

- og deres tanker om videre bruk

Karen Bruce Solstad

Masteroppgave i Psykomotorisk fysioterapi

HEL-3962-1 21H, mai 2022

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Tema og bakgrunn for oppgaven	1
1.2	Forskningsspørsmål	2
1.3	Oppgavens oppbygning	2
2	Teori og kunnskapsstatus	3
2.1	Begrepsavklaring	3
2.2	Videokonsultasjon	4
2.3	Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).....	5
2.3.1	Kroppsforståelse i NPMF - kroppsfenomenologi	7
2.3.2	Samtale i NPMF	8
2.3.3	Organisering, utvikling og aktualiteter i fagfeltet	9
2.4	Tidligere forskning	10
2.4.1	Fysioterapi og videokonsultasjoner.....	11
2.4.2	Psykomotorisk fysioterapi og videokonsultasjoner.....	12
2.4.3	Psykisk helsearbeid, psykoterapi og videokonsultasjoner	13
3	Metode	14
3.1	Kvalitativt forskningsdesign.....	14
3.2	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	14
3.3	Semistrukturerte intervju som forskningsmetode.....	15
3.4	Rekruttering og utvalg av informanter	16
3.5	Datainnsamlingen	17
3.6	Transkripsjon	18
3.7	Analyse	19
3.8	Metodiske overveielser og refleksjoner.....	22
3.8.1	Forskerens forforståelse	22
3.8.2	Forsker i eget felt.....	23
3.8.3	Utvalget	23
3.8.4	Intervjusituasjonen	24
3.8.5	Analysen.....	26
3.8.6	Etiske betraktninger.....	27
3.8.7	Studiens troverdighet.....	28

4	Resultater	30
4.1	Presentasjon av deltagerne.....	30
4.2	Nye utfordringer og muligheter	32
4.2.1	Tilgjengelighet og kontinuitet	32
4.2.2	Nye behandlingsrom	34
4.2.3	«Å sitte»	35
4.3	Kommunikasjon i videokonsultasjoner	36
4.3.1	«Man mister litt kroppen»	36
4.3.2	«Så det er en dialog om kroppen vi har».....	37
4.4	Forutsetninger for videokonsultasjonen	39
4.4.1	Relasjon og felles forståelse	39
4.4.2	Trygghet	40
4.5	Tanker om videre bruk	41
4.5.1	En viktig mulighet.....	41
4.5.2	Videokonsultasjonens plass i psykomotorisk fysioterapi.....	41
4.6	Oppsummering av funn	43
5	Diskusjon.....	44
	Informantenes bakgrunn.....	44
5.1	Nye utfordringer og muligheter	46
5.2	Kommunikasjon i videokonsultasjoner	49
5.3	Forutsetninger for videokonsultasjonen	52
5.4	Tanker om videre bruk	54
5.5	Overførbarhet.....	56
6	Oppsummering og avsluttende kommentar	57
	Litteraturliste.....	58
	Vedlegg 1 – Statistikk over takster fra Helfo	63
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv	65
	Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	67
	Vedlegg 4 – Vurdering fra NSD	68

Forord

Da var denne reisen som mastergradsstudent snart over. Jeg vil takke alle jeg har møtt på veien; medstudenter, veiledere, lærere, pasienter og kolleger. Dette har vært tre fine år på alle mulige måter. Med familieførøkelse og et nytt svangerskap i løpet av disse årene vil jeg også takke UiT for god tilrettelegging.

Takk til informantene som bidro med sine erfaringer og kunnskap. Jeg er ydmyk og takknemlig for deres bidrag.

Takk til familie og venner for all støtte!

Og til slutt en spesielt stor takk til Sindre – dette hadde ikke vært mulig uten deg.

Karen Bruce Solstad

Trondheim, mai 2022

Sammendrag

Tittel: Videokonsultasjoner i psykomotorisk fysioterapi: en intervjustudie

Bakgrunn: I forbindelse med økt digitalisering i helsevesenet og covid-19-pandemien har psykomotoriske fysioterapeuter fått ny erfaring med videokonsultasjoner i samhandling med pasienter. Det foreligger lite kunnskap fenomenet og denne studien utforsker psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med videokonsultasjoner og tanker om videre bruk av verktøyet.

Metode: Individuelle semistrukturerte kvalitative intervjuer av tre fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og erfaring med videokonsultasjoner.

Funn: De intervjuede fysioterapeutene erfarte at bruken av videokonsultasjoner førte med seg nye muligheter og utfordringer i deres praksis. De opplevde at behandlingen ble mer tilgjengelig for pasienter som ikke kunne møte opp og at det gav større mulighet for kontinuitet i oppfølgingen for enkelte. Terapeutene opplevde store endringene i konteksten man møtte pasienten i og at dette førte med seg nye måter å utøve faget på, andre typer forstyrrelser og mindre kroppslig bevegelse enn de var vant til. I samhandlingen opplevde de å ha begrenset tilgang til pasientenes kroppsspråk og at samtalen fikk større betydning. Terapeutene trakk frem relasjon til pasienten, felles forståelse og trygghet i situasjonen som viktige forutsetninger for at videokonsultasjoner egnet seg. De ga uttrykk for at de ville ha videokonsultasjoner videre i sin praksis, som et alternativ hvis vanlige konsultasjoner ikke var mulig og forutsetningene lå til rette for det.

Studien gir indikasjon for at videokonsultasjon er en etablert praksis hos enkelte psykomotoriske fysioterapeuter og at bruken av samhandlingsverktøyet vil fortsette ut over pandemiens begrensninger. En videokonsultasjon synes ikke å kunne erstatte en psykomotorisk behandling, men være et alternativ for å unngå avlysninger og lengre brudd i oppfølgingen. Kroppsforståelsen som ligger til grunn i faget synes å prege informantenes erfaringer og tanker om samhandlingen over video.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, videokonsultasjoner, terapeuterfaringer

Abstract

Title: Videoconsultations in Norwegian Psychomotoric Physiotherapy: an interview study

Background: Due to increased digitalization of the health care system and the Covid-19 pandemic, psychomotor physiotherapists have gained new experience with video consultations in interaction with patients. There is little knowledge of the phenomenon, and this study explores the experiences psychomotor physiotherapists with the use of video consultations and their thoughts on further use of the tool.

Method: Individual semi-structured qualitative interviews were conducted with three psychomotor physiotherapists, all of whom had worked with patients using video consultations.

Results: The therapists experienced that video consultation brought new opportunities and challenges to their practice. They believed the therapeutic contact became more accessible to. The therapists felt a major change in the context of the meeting that led to new ways of practicing the profession, other types of disturbances and less physical movement than they were used to. In the interaction, they experienced limited access to the patients' body language and that the verbal conversation became more important. The therapists emphasized the relationship with the patient, common understanding and confidence in the situation as important prerequisites for video consultation to be suitable. They expressed that they would use video consultations further in their practice, as an alternative if regular consultations were not possible and the conditions were conducive to it.

The study indicates that video consultation is an established practice among some psychomotor physiotherapists and that the use of the interaction tool will continue beyond the limitations of the pandemic. A video consultation does not seem to be able to replace a psychomotor treatment but serve as an alternative to avoid cancellations and interruptions in the follow-up. The understanding of the human body that defines this field of practice, seems to characterize the informants' experiences and thoughts about the interaction.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, video consultation, digital physical therapy, therapist experiences

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for oppgaven ¹

Utbruddet av Covid-19-pandemien i Norge førte til midlertidig begrensning av fysiske møter mellom mennesker. Også helsevesenet ble betydelig rammet, ved at den direkte kontakten mellom helsepersonell og pasienter ble innskrenket. For å gi innbyggerne mulighet for fortsatt dialog med helsevesenet uten risiko for smittespredning oppfordret helse- og omsorgsdepartementet helsepersonell til å ta i bruk videokonsultasjoner (Nicholls et al., 2020; Regjeringen, 2020). Dette førte til utbredt og økende bruk av videokonsultasjoner (heretter også omtalt som VK) mellom helsepersonell og pasienter. I ulike deler av helsevesenet og blant flere faggrupper var videokonsultasjoner allerede en etablert praksis. Én av faggruppene som i liten grad hadde benyttet seg av videokonsultasjoner fra tidligere var psykomotoriske fysioterapeuter. Fra og med den 23.03.2020 kunne psykomotoriske fysioterapeuter med avtale med HELFO benytte egne behandlingstakster for videokonsultasjoner, og mange tok da for første gang i bruk verktøyet i kontakt med pasientene (Høstmark, 2020; Mårdalen, 2020a).

Siden utbruddet av pandemien i Norge viser statistikk over takster for videokonsultasjoner fra HELFO at psykomotoriske fysioterapeuter med driftsavtale siden mars 2020 har benyttet VK i utbredt grad, sammenlignet med tidligere. Det viser også antydninger til at psykomotoriske fysioterapeuter benytter videokonsultasjoner i kontakt med pasienter utover pandemiens begrensninger og bruken ser ut til å fortsette (Statistikk fra Helfo, Vedlegg 1). Faggruppen for Psykomotoriske fysioterapeuter i Norges Fysioterapiforbund ytret tidlig at de ønsket mulighet til å benytte behandlingstakster for videokonsultasjoner også etter pandemien (Mårdalen, 2020d). Behandlingstakstene for videokonsultasjoner var først midlertidige, men er nå etablert som faste takster. Dette legger et grunnlag for at VK vil bli benyttet også videre innenfor fagfeltet.

Gjennom min tid ved mastergradsutdanningen og de første årene med praktisering som psykomotorisk fysioterapeut har videokonsultasjoner blitt et «nytt fenomen» innenfor fagfeltet. Jeg har ikke selv benyttet meg av denne måten å ha pasientkontakt på og har derfor vært undrende til hvordan dette fungerer. Samtidig har jeg under utdanningen hatt en del digital undervisning og blitt mer kjent med digitale samhandlingsverktøy. Jeg har fått erfaring

¹ Denne studien er en videreutvikling av min egen prosjektskisse fra 2021.

med hvordan kommunikasjon over video oppleves og hvordan det endrer konteksten for samhandlingen mellom mennesker. Dette har ført til en økt nysgjerrighet for hvordan videokonsultasjoner blir tatt i bruk innenfor fagfeltet og hvilke erfaringer terapeuter har gjort seg gjennom disse årene. Er dette noe de kommer til å fortsette med også etter pandemien?

Min begrensede erfaring og mine refleksjoner rundt tematikken har vekket en stor interesse for å utforske fenomenet nærmere. Mangelfull forskning innenfor feltet viser et behov for å utvikle mer kunnskap om temaet. Forskningsrådet ved Melby et al. (2019) understreker viktigheten av å tilegne seg mer kunnskap om videokonsultasjoner når det integreres som en etablert praksis.

1.2 Forskningsspørsmål

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med bruk av videokonsultasjoner i individuell behandling. Hensikten er å øke forståelsen av hvordan videokonsultasjoner påvirker pasientkontakten, ut fra terapeutenes perspektiv, og hvilke tanker de har om videre bruk, utover pandemiens begrensninger.

Forskningsspørsmålet lyder derfor som følger:

Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med bruk av videokonsultasjon i individuell behandling og hvilke tanker har de om videre bruk av verktøyet?

1.3 Oppgavens oppbygning

I dette innledende kapitlet har jeg startet med en begrunnelse for valg av tema, og presentasjon av problemstillingen. Kapittel 2 starter med en begrepsavklaring, etterfulgt av en presentasjon av videokonsultasjoner og fagfeltet norsk psykomotorisk fysioterapi. Deretter kommer en oppsummering av tidligere forskning på fenomenet som undersøkes. I kapittel 3 beskrives studiens vitenskapelige forankring, etterfulgt av metode og tilvirkning av data. Kapitlet avsluttes med drøfting av metodiske overveielser. I kapittel 4 presenteres resultatene med henvisning til aktuelle utdrag fra datamaterialet og i kapittel 5 drøftes disse resultatene i lys av teori og egne betraktninger. Til slutt i oppgaven kommer en oppsummering og avsluttende kommentar.

2 Teori og kunnskapsstatus

I dette kapitlet presenteres teori som vurderes relevant for studien. Det som legges frem her er formet kontinuerlig i tråd med studiens arbeidsprosess og ny kunnskapsutvikling. Først gis en begrepsavklaring for denne oppgaven. Deretter kommer en innføring i begrepet videokonsultasjon. Videre presenteres norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), med kroppsforståelse og samtale som undertema. Til slutt gis en oppsummering av forskning.

2.1 Begrepsavklaring

Videokonsultasjon (forkortet VK) er begrepet som her benyttes for å beskrive et digitalt møte mellom terapeut og pasient som innebærer direkte overføring av video og lyd. De siste årene har det vært en stor økning i bruk av ulike begrep og terminologier for fenomenet, knyttet til spesifikke fagfelt eller for å beskrive interaksjonen som skjer. I denne studien blir begrepet *videokonsultasjon* brukt fordi det samsvarer med Helsedirektoratets terminologi.

Pandemien og Covid-19. I mars 2020 ble Norge, som store deler av verden, “nedstengt” på grunn av utbruddet av koronaviruset, Sars-CoV-2 (Covid-19). I løpet av årene 2020-2022 var store deler av verden preget av strenge smitteverntiltak. Dette førte til økende bruk av videokonsultasjoner i helsevesenet. I denne oppgaven ansees pandemien å ha stor betydning for selve fenomenet VK og vil bli nevnt underveis i oppgaven som Covid-19 og pandemien.

Mot slutten av oppgaven vil jeg komme inn på tema «*videre bruk av videokonsultasjoner*» og jeg viser da til tiden *etter pandemien*. Dette innebærer da hvilke tanker informantene har om videre bruk av VK når smittevernrestriksjoner reduseres og etter hvert fjernes. Under siste del av arbeidet med denne oppgaven, mars/april 2022, var bortimot alle nasjonale restriksjoner i Norge knyttet til pandemien fjernet.

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) viser til den norske formen for psykomotorisk fysioterapi (PMF). PMF har blitt benyttet som begrep for flere andre behandlingsformer internasjonalt. I denne oppgaven er det den norske tradisjonen jeg viser til, men både NPMF og PMF blir benyttet som forkortelser underveis.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) forvalter helsedirektoratets økonomiske oppgjør. Fysioterapeuter med kommunale driftsavtaler har rett til å utløse refusjon for behandlinger (refusjonsrett) og det er i denne sammenheng jeg referer til takster for videokonsultasjoner.

2.2 Videokonsultasjon

En videokonsultasjon (VK) er en digital terapeut-pasient-samhandling som innebærer direkte overføring av video og lyd fra begge parter. En videokonsultasjon foregår ved at terapeut og pasient sitter geografisk adskilt med tilgang til en PC eller annet elektronisk verktøy (mobil, nettbrett etc.) med bilde- og lydforbindelse. Oppkoblingen skjer i sanntid, og det finnes ulike teknologiske løsninger for videokonsultasjoner i de ulike fagområdene.

Vi har i de siste årene sett en radikal økning i bruk av digitale samhandlingsteknologier i helsevesenet (Melby et al., 2019). Spesielt i forbindelse med pandemien har smittevern hensyn vært hovedårsak til at videokonsultasjoner har blitt tatt i bruk i større grad enn tidligere. Teknologien gjorde det mulig å ha kontakt med helsevesenet, utover telefonkontakt, i perioder der menneskelig kontakt skulle begrenses. Samtidig har økonomiske, geografiske og andre ressursmessige faktorer i helsevesenet har ført til at bruk av digital oppfølging av pasienter har økt i omfang de siste tiårene (Melby et al., 2019; Nicholls et al., 2020)

I psykomotorisk fysioterapi har det ikke vært noen tradisjon for oppfølging ved bruk av digitale verktøy. Det ble under pandemien opprettet mulighet for at psykomotoriske fysioterapeuter med refusjonsrett fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) kunne benytte seg av behandlingstakster for videokonsultasjoner. Også psykomotoriske fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten og i andre deler av helsevesenet begynte i større grad å samhandle over video med pasienter.

Statistikk fra Helfo over bruk av behandlingstakster ved videokonsultasjoner (vedlegg 1) viser at psykomotoriske fysioterapeuter krevde refusjon for over 12 000 videokonsultasjoner i løpet av året 2020. Dette i motsetning til ingen fra tidligere år. Oppdaterte tall våren 2022, når pandemiens begrensninger for kontakt var fjernet, viser at bruken av videokonsultasjoner fortsetter i utstrakt grad. Dette er også et viktig argument for at fenomenet er viktig å undersøke innenfor fagfeltet psykomotorisk fysioterapi.

Forskningsfeltet på samhandling gjennom videokonsultasjoner kan sies å være ungt og begrenset, men i stor vekst i forbindelse med pandemien. Jeg vil videre her presentere fagfeltet NPMF og forståelsen av kropp og samhandling som preger faget. Dette gir utgangspunkt for å nærmere forstå og drøfte terapeutenes erfaringer med videokonsultasjoner. Til slutt i dette kapitlet vil jeg gi en oversikt over forskningen som er gjort tidligere innenfor temaet.

2.3 Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF)

Jeg vil her presentere feltet norsk psykomotorisk fysioterapi med en introduksjon i sentrale prinsipper, organisering, utvikling og aktuelle interesseområder innenfor faget. Deretter gis en nærmere innføring i forståelse av kropp og samtalens posisjon innenfor NPMF. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av tidligere forskning.

NPMF representerer en tilnærming til helseplager som et uatskillelig samspill mellom biologiske, fysiske og psykososiale forhold. Det er en fysioterapeutisk behandlingstradisjon som ble utarbeidet i samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i årene 1946-1952. De var i sitt arbeid opptatt av sammenhenger mellom pasienters bevegelsesvaner, holdning, pust og følelser, samt pasientens livshistorie (Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986). Braatøy var spesielt interessert i forholdet mellom kroppslige og psykiske prosesser og poengterte hvor viktig det er å fange opp både de verbale og kroppslige meddelelsene fra pasientene. Gjennom deres arbeid, og Bülow-Hansens videre samarbeid med andre psykiatere, ble fagfeltet som i dag omtales som norsk psykomotorisk fysioterapi utviklet.

Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Lokale problemer sees i sammenheng med kroppen som helhet og en er opptatt av hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdeler og funksjoner (Thornquist, 2005). Det tas utgangspunkt i at kropp og følelser påvirker hverandre gjensidig. Dette vil si at kroppen betraktes som bærer av liv og historie og at det i behandling spilles bevisst på at kroppen både uttrykker og regulerer følelser. I det vekselvise forholdet mellom kropp og følelser legges det stor vekt på respirasjon, muskelspenninger, reaksjoner, balanse og fleksibilitet (Gretland, 2016; Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986).

En strukturert kroppsundersøkelse er utgangspunkt for behandlingen i NPMF. Den videre funksjonsvurderingen danner et bilde av pasientens kroppslige funksjon, sett i sammenheng med andre sentrale elementer i pasientens liv. Den røde tråden i PMF er at pasienten skal oppleve kroppen og oppleve via kroppen (Gretland, 2016), der målet kan skisseres som *«å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og utvikle en opplevelse av kroppen som meg»* (Thornquist & Bunkan, s. 72).

NPMF er med andre ord i utgangspunktet en endringsorientert behandling. Samtidig trekkes også terapiens støttende funksjon ofte frem. Slik behandling kan ha en jeg-styrkende effekt som hensikt, med større selvavgrensning, sikrere identitetsfølelse, økt autonomi og handlingsevne. Dette innebærer at pasientene skal få større grep om seg selv og evne til å ta hånd om eget liv (Gretland, 2007, s. 89). I et behandlingsforløp vil gjensidig tilstedeværelse, innlevelse og deltagelse være sentrale elementer. Det gjelder for pasienten, som må være til stede i situasjonen, og fysioterapeuten som må være var for pasientens reaksjoner til enhver tid (Thornquist & Bunkan, 1995). Pasientens trygghet i situasjonen og relasjonen til terapeuten er viktig for behandlingen og muligheten for utvikling og endring. Gretland (2016) peker på fysioterapeutens ansvar for at å sikre at terapeuten og pasienten «holder på med det samme» - at de har delt oppmerksomhet på det som foregår.

Tiltakene i behandling varierer i stor grad og tilpasses den enkelte pasient. Generelt skjer behandling gjennom frie, ledede og instruerte bevegelser i ulike utgangsstillinger. En del av behandlingen foregår også på behandlingsbenk (Thornquist & Bunkan, 1995). Berøring og terapeuten bruk av sine hender og sin kropp til undersøkelse, modulering og støtte er sentralt i PMF. Gjennom kroppslig berøring jobber man ikke bare med muskulatur, pust og bevegelse, men også med følelser og det pasienten har med seg av livserfaringer (Gretland, 2007; Soleng & Sviland, 2022). Pasienter kan blant annet erfare berøring som medfølelse, empati, omsorg og tilstedeværelse og berøring i psykomotorisk behandling har som sikte å blant annet fremme pasientens tilstedeværelse, kroppslig og i øyeblikket, og opplevelsen av kroppen som *meg* (Soleng & Sviland, 2022; Thornquist & Bunkan, 1995).

Pasienter som oppsøker psykomotoriske fysioterapeuter har mange ulike problemstillinger. Et fellestrekk er at pasientene ofte har sammensatte lidelser. De beskriver gjerne sine plager gjennom smerter, funksjonsproblemer, pustebesvær, anspenhet, kroppslig stivhet, søvnvansker, uro og vanskelige følelser (Gretland, 2016). Mange har hatt sine plager over flere år og prøvd ulike typer behandling før de oppsøker en psykomotorisk fysioterapeut. De fleste pasientene har langvarige og klinisk betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager (Breitve et al., 2008). Flere terapeuter opplever at pasientgruppen er mer sårbar enn det man kan se i *vanlig* fysioterapi, og at graden av kompleksitet og utfordringer hos flere pasienter som oppsøker eller henvises NPMF er mer omfattende enn tidligere (Mårdalen, 2020c, 2021).

2.3.1 Kroppsforståelse i NPMF - kroppsfenomenologi

For videre forståelse av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med videokonsultasjoner er det hensiktsmessig med en teoretisk forankring knyttet til kroppsforståelse i fagfeltet. Som tidligere nevnt er det en helhetlig og flertydig forståelse av kropp som er gjeldende innenfor PMF. Dette kan sies å representere en motsats til den tradisjonelle rent biomedisinske og dualistiske forståelsen som har vært rådende i helsevesenet (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). For å beskrive kroppssynet som ligger til grunn i NPMF har jeg valgt å ta utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv på kroppen.²

Innenfor fenomenologien knyttet filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) menneskers subjektivitet til kroppen – ved å presentere en forståelse av kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse (Merleau-Ponty, 1994). Hans forståelse var at mennesket ikke kunne tolkes som et tenkende intensjonalt vesen, løsrevet fra kroppen, men at mennesket eksisterte som et kroppslig subjekt, deltagende i verden (Merleau-Ponty, 1994). Dette innebærer at man aldri er et rent objekt, men alltid samtidig et erfarende kroppslig subjekt som påvirkes av det levde livet. Man er en kropp og har en kropp. Det er gjennom kroppene vi får tilgang til verden, og slik som Gretland (2007) trekker frem er det som kropp vi er i kontakt med andre og blir innlemmet i sosialt liv. Kroppen er formet i samspill med andre mennesker, normer og praksiser - kroppen er relasjonell. I kroppsfenomenologien og i NPMF anser man kroppen som en kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling (Thornquist, 2005).

Selv om Merleau-Ponty hadde spesiell interesse for kroppen og persepsjon, ga han samtidig språket og vår refleksjonsevne betydning, men i en annen dimensjon. Han så heller den levde kroppen som utgangspunkt for språk og refleksjon. Med dette menes at det er som kroppslige vesener vi snakker og tenker og at kropp og ord utfyller hverandre og gir oss mulighet til å forstå og reflektere over verden (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2009).

Kroppsfenomenologien gir også et utgangspunkt for forståelse av sykdom – som er sentralt innenfor psykomotorisk fysioterapi. Ved langvarig sykdom og funksjonsutfordringer viser

² Selv om kropps- og sykdomsforståelsen i NPMF har mange fellestrekk med kroppsfenomenologien så er det ikke riktig å si at NPMF er kroppsfenomenologi eller at det har utviklet seg ut fra dette perspektivet. Det er mer på sin plass å vise til at det er mange fellestrekk og at man innenfor faget NPMF i nyere tid har søkt til kroppsfenomenologi som en forankring for legitimering og utvikling av faget.

Råheim (2001) til kroppsfenomenologiens forståelse av hvordan dette endrer pasientens livsverden. Ved store kroppslige endringer vil det skje grunnleggende endringer i menneskers relasjon til seg selv og omgivelsene. Denne forståelsen gjenspeiler hvordan man i behandling søker å støtte personen og gi pasienten en større forståelse og grep om seg selv, altså bistå i pasientens rekonstruksjon av sin livsverden (Gretland, 2007; Råheim, 2001)

2.3.2 Samtale i NPMF

Med utgangspunkt i kroppsfenomenologien, vil jeg nå vise til hvordan samtale blir omtalt og forstått innenfor litteratur om PMF. Som nevnt er kroppen som subjekt en sentral forståelse innenfor feltet og setter preg på forståelsen av kroppens posisjon i samhandling (Gretland, 2007). Samtalen er en integrert del av behandlingen der det verbale og kroppslige språket utfyller hverandre. Tematikken dreier seg ofte rundt pasientens kroppslige opplevelse i behandlingssituasjonen og samtalen kan være et middel til innsikt gjennom at pasienten forstår seg selv bedre (Thornquist & Bunkan, 1995; Thornquist & Gretland, 2003; Øvreberg & Andersen, 1986).

I behandlingssituasjoner kan samtalen omtales som en dialog om og med kroppen (Gretland, 2016). Det er ofte det kroppslige i situasjonen som gir utgangspunkt for samtalen, men det er gjerne ordene som gir det kroppslige større mening. Busvold (2013) og Eskeland (2019) viser i sine mastergradsstudier til hvordan samtalen i PMF kan gi pasienter annerkjennelse, fremme bevisstgjøring av vaner og handlingsmønstre, opplevelser av sammenhenger. Dette sees i sammenheng med samtalens betydning for endring i helsefremmende forstand hos pasienten.

Samhandlingen i NPMF skjer på mange plan samtidig i en behandlingssituasjon. Det vises ofte i litteratur til inndelingen i non-verbal og verbal kommunikasjon, der verbal er det som blir sagt med ord og non-verbal er det vi kommuniserer med kroppen. Det som er sentralt i forståelsen av samhandlingssituasjonen er at mange ytre faktorer spiller inn, ut over det som sies eller signaliseres med kroppen. Thornquist (2009) peker blant annet på hvordan alle faktorer som er med på å forme situasjonen er med på å skape en kontekst som preger samhandlingen. Dette kan være seg det meste – tid og sted, tidligere erfaringer, alt som påvirker omgivelsene, aktiviteten, sosiale og materielle forhold og kulturelle forestillinger.

2.3.3 Organisering, utvikling og aktualiteter i fagfeltet

Psykomotoriske fysioterapeuter i Norge arbeider innenfor alle tjenestenivå i helsevesenet. De fleste jobber ved fysikalske institutt som selvstendig næringsdrivende med kommunal driftsavtale. Den tradisjonelle og vanligste måten for psykomotoriske fysioterapeuter å møte pasientene på er poliklinisk ved at pasienten møter opp på terapeutens behandlingsrom til individuell behandling. Tradisjonelt ble faget utviklet og bragt videre gjennom en mester-svenn-tradisjon for senere å utvikle seg som en videreutdanning i fysioterapi. Faget har gått gjennom en økende akademisering og er nå masterstudium ved Universitetet i Tromsø, OsloMet og Høgskolen i Vestlandet (NFF, 2018, 2022).

Fagfeltet NMPF preges, som andre fagfelt, av kontinuerlig utvikling. En av debattene som nå går i fagfeltet dreier seg om psykomotoriske fysioterapeuters rettigheter og muligheter i sammenligning med blant annet fysioterapeuter med mastergrad i manuell terapi (manuellterapeuter). Spesielt like lønnsforutsetninger og rettigheter til å sykemelde og henvise er interesser som aktualiseres (Eian, 2022; Eng-Galåen, 2021; Høstmark, 2019). Kampen for like rettigheter som andre spesialistutdanninger innen fysioterapifaget har pågått lenge og vil trolig prege fagfeltet i årene fremover.

En annen problemstilling innenfor fagfeltet er lange ventelister. De fleste psykomotoriske fysioterapeuter jobber som sagt som selvstendig næringsdrivende med kommunale driftsavtaler. Flere opplever lange ventelister og større etterspørsel enn det de kan imøtekomme (Mårdalen, 2021). Øyehaug et al. (2019) publiserte en tverrsnittstudie som viste at ventetiden for pasienter var signifikant lengre til psykomotorisk fysioterapi sammenlignet med annen fysioterapi.

2.4 Tidligere forskning

I innledende utforskning av temaet videokonsultasjoner og psykomotorisk fysioterapi søkte jeg i ulike databaser og tidsskrifter. I oppstarten av arbeidet med denne studien, våren 2021, var det ikke publisert studier om videokonsultasjoner innenfor NPMF. For å finne relevant forskning for oppgaven var det aktuelt å se til nærliggende fagfelt. Jeg var interessert i studier både innenfor fysioterapi og psykoterapi, samt relevante studier om helsepersonells erfaringer med bruk av VK i helsevesenet for øvrig.

Jeg gjennomførte søk i databasene PubMed, Cinahl, Swemed og Cochrane, samt søkemotorene Oria og Google Scholar. Søkeordene jeg benyttet var *videokonsultasjon*, *videoconference*, *video-consulting*, *digital physical therapy*, *telehealth (interventions)* og *telerehabilitation/ telerehabilitering*. Begrepene ble knyttet opp til *psykomotorisk fysioterapi*, *fysioterapi/physiotherapy physical therapy*, eller *psychotherapy*. Jeg gjennomførte også søk rettet mot helsepersonells erfaringer med å ha VK i helsevesenet for øvrig. De fleste søkene ga treff som var av interesse og med mer eller mindre grad av overføringsverdi til denne oppgaven. Jeg har i tillegg sett til referanselister i sentrale studier og oversiktsartikler for å få en større oversikt over tilgjengelig forskning. Mange av studiene er av nyere dato på grunn av økende bruk av og interesse for VK i forbindelse med pandemien. På grunn av den økende mengden av forskning har jeg gjennom hele forskningsprosessen gjennomført nye søk og tatt inn nye studier relevant for denne oppgaven. Seneste søk i databasene ble gjort 31.03.22.

Før de relevante studiene presenteres ønsker jeg å gi et lite overblikk over forskningsfeltet. Innenfor alle fagfelt er det en sprikende begrepsbruk og det er generelt lite definert av hva slags type digital kontakt det er snakk om i flere studier. Det er samtidig en overvekt av studier som peker på positive sider av videokonsultasjoner og i mindre grad aktualiserer utfordringer og begrensninger. Flere har på bakgrunn av dette publisert rapporter med kritiske synspunkter rettet mot forskningen på telehelse (Bidmead & Marshall, 2020; Greenhalgh et al., 2020; Nicholls et al., 2020; Smith et al., 2022) og dette har gitt viktige bidrag i min vurdering av de ulike studiene. Mange av studiene som ble gjennomført under pandemien bærer preg av at VK var det eneste alternativet i perioder. Greenhalgh et.al. (2020) og Smith et.al. (2022) viser til dette som et viktig argument for å være kritisk til resultater der data er innsamlet under pandemien. Jeg vil videre her presentere forskning på VK innenfor NPMF, fysioterapi og psykisk helsearbeid.

2.4.1 Fysioterapi og videokonsultasjoner

Bruken av VK var en etablert praksis i deler av fysioterapifaget også før pandemien. Innenfor fagfeltet finnes det i hovedsak studier der begrepet *telerehabilitering* benyttes. Det er gjennomført flere kvalitative studier innenfor fysioterapifeltet, der både terapeuters og pasienters erfaringer er utforsket. Jeg har vært spesielt interessert i studier som omhandler fysioterapi rettet mot pasienter med mer langvarige og komplekse smerter.

Hinman et.al (2017) gjennomførte en intervjustudie der de inkluderte 12 pasienter og 8 fysioterapeuter til semistrukturerte intervjuer. VK ble opplevd som enkelt å bruke, det var tidseffektivt, fleksibelt og økte tilgjengeligheten på behandlingen. Bruken førte til økt brukermedvirkning og pasientene ble i større grad fasilisert av hjemmemiljøet. Kontakten over VK syntes å være positiv for den terapeutiske relasjonen og pasientene var stort sett fornøyd. Terapeutene måtte i stor grad endre på sine arbeidsvaner og følte på ubehag ved å ikke kunne være hands-on og undersøke pasienten slik de var vant med.

Helsepersonellundersøkelsen for 2021 (Direktoratet for e-helse, 2022) viste at fysioterapeuter var blant de tre faggruppen som i størst grad anvendte VK og som var mest fornøyd med verktøyet blant spurte helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge. Også andre studier med spørreundersøkelse som datagrunnlag viser til at fysioterapeuter og pasienter stort sett viser til høy grad av tilfredshet med å benytte VK (Malliaras et al., 2021; Reynolds et al., 2021). Reynolds et al. (2021) og Fernandes et al. (2022) viser til at bruk av VK syntes å føre til mer fleksibilitet og valgmuligheter for pasienter, men at det begrenser terapeutenes muligheter til å undersøke og gjøre grundige vurderinger. I sin kvalitative metasyntese av litteratur som omhandlet telerehabilitering i fysioterapi peker Kulseng & Gretland (2020) på flere faktorer som har betydning for hvordan pasienter opplever telerehabilitering. De trekker frem opplevelser av økt mestring og kontroll over egen helse. Pasientene opplever teknisk kvalitet på utstyret og terapeutens støtte og kompetanse som avgjørende. Samtidig savnet de den fysiske kontakten med terapeutene.

I 2017 ble det oppnevnt en felles internasjonal arbeidsgruppe av WCPT³ og INPTRA⁴ som i perioden 2017-202 utarbeidet oppsummerende statusrapport på feltet *digital physical therapy*

³ WCPT er forkortelse for World Confederation for Physical Therapy

⁴ INPTRA er forkortelse for International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities

practice (Lee et al., 2020). Denne rapporten viser til hvilke fordeler, muligheter, begrensninger og utfordringer fysioterapeuter bør merke seg og være bevisst i videokonsultasjoner. Samtidig trekkes det frem veiledende og regulerende tiltak samt formål for digital fysioterapipraksis i årene fremover. Denne rapporten baserer seg på forskningen som forelå frem til 2020. Det er også publisert andre rammeverk og veiledere for å kvalitetssikre videokonsultasjoner innenfor fysioterapifaget (Davies et al., 2021; Direktoratet for e-helse, 2020).

Flere studier innen fysioterapifaget spår at VK vil bli en større del av fysioterapifaget i årene fremover og at pandemien har vært en avgjørende faktor for denne utviklingen (Campo et al., 2022; Nicholls et al., 2020; Turolla et al., 2020). Samtidig etterspørres det mer kvalitative studier for å si noe mer om hensikten med å ha videokonsultasjoner og vurdering av faglig forsvarlighet og god klinisk praksis i disse pasientmøtene (Bidmead & Marshall, 2020; Cottrell & Russell, 2020).

2.4.2 Psykomotorisk fysioterapi og videokonsultasjoner

Fagbladet for fysioterapeuter i Norge, *Fysioterapeuten*, publiserte våren 2020 flere artikler og et videointervju som omhandlet psykomotoriske fysioterapeuter og pasienters erfaringer ved bruk av VK (Fysioterapiforbund, 2020; Mårdalen, 2020b, 2020c). I løpet av 2021 og i begynnelsen av 2022 ble det publisert to artikler som knyttet sammen kunnskap om PMF og bruk av VK. Groven, Ahlsen & Dahl-Michelsen (2021) publiserte en single-case-studie der de analyserte et intervju av en psykomotorisk fysioterapeut om erfaringer ved bruk av VK. Intervjuet var publisert på YouTube i regi av Norges Fysioterapiforbund (2020). Groven et al. (2021) trakk frem funn som viste hvordan PMF kan gjøres på nye måter gjennom med VK og at relasjonen mellom terapeuten og pasienten ble endret.

Øydvin, Langaas & Sylliaas (2022) undersøkte psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med bruk av videokonsultasjoner under pandemien. Datamaterialet ble hentet inn høsten 2020. Funnene i studien viste at terapeutene opplevde det som vanskelig å fange opp kroppsspråket til pasientene. De kunne i mindre grad benytte seg av rommet enn de var vant med i behandling. Samtidig opplevde de at fraværet av berøring og kroppslig kontakt reduserte terapiens kvalitet.

2.4.3 Psykisk helsearbeid, psykoterapi og videokonsultasjoner

Innenfor psykisk helsearbeid har VK vært mer utbredt både før og under pandemien, enn det man har sett innen fysioterapi. Bakgrunnen for dette ligger blant annet i at samtaleterapi er en behandlingsform som enklere lar seg overføre til video enn behandling som i større grad involverer kropp, bevegelse og berøring. Dette innebærer at kunnskapsgrunnlaget for VK innenfor psykoterapi er betydelig mer omfattende. Her har jeg funnet flere studier som peker på utfordringer og stiller seg mer kritiske til VK, enn innen forskning på fysioterapi.

Gullslett, Kristiansen & Nilsen (2021) intervjuet terapeuter som jobbet på ulike avdelinger innen psykisk helsevern i Norge. Blant terapeutene var psykiatere, psykologer, sykepleiere og sosialarbeidere. Studien indikerer at det er flere fordeler med VK når omstendighetene ikke tillater ansikt-til-ansikt konsultasjoner. Selv om kontinuiteten og tilgjengeligheten på behandlingen ble sett på som verdifull, ble kvaliteten på terapien ansett for å være dårligere over video. Ulike negative aspekter knyttet til enkelte pasientgrupper og temaer som ikke egnet seg for VK senket terapeutenes helhetsinntrykk. Det pekes av flere på utfordringer knyttet til begrensningene for å registrere kroppsspråk (Cowan et al., 2019; Russell, 2018).

Innenfor bruk av VK i psykoterapi utforskes spesielt opplevelsen og påvirkningen på terapeutisk allianse (arbeidsallianse). Den terapeutiske alliansen henviser til den mellom-menneskelige relasjonen mellom pasient og terapeut og en felles forståelse av forventninger og mål angående behandlingen. En god terapeutisk allianse er forbundet med en positiv behandlingseffekt i psykoterapi, og denne alliansen kan forstås som en fellesfaktor på tvers av terapeutisk-teoretisk orientering (Ryum & Stiles, 2005). Flere oppsummerende studier peker på at en god terapeutisk allianse er et nødvendig utgangspunkt for at VK skal fungere på en ønsket måte (Melby et al., 2019; Pihlaja et al., 2018; Simpson & Reid, 2014).

Flere studier innen telepsykiatri ser på erfaringer med VK med en fenomenologisk forståelse av kropp og interaksjon som bakteppe (Frittgen & Haltaufderheide, 2022; Sanders, 2019; Smith et al., 2022). Gjennom videre utforskning av disse studiene kom jeg over flere artikler fra forfattere som aktualiserer VK innenfor både sosiologi og fenomenologi (Ferencz-Flatz, 2019; Friesen, 2014; Osler, 2021). Dette ga et større felt der kroppen også ble aktualisert i interaksjonene som skjer over VK. Både med tanke på hvordan man som subjekt opplever å møtet over VK og hvordan man bruker kroppen på en annen måte ved slik type samhandling.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens vitenskapelige forståelsesramme og metoden. Her beskrives fremgangsmåten i forskningsprosessen. Deretter drøftes metodiske overveielser og etiske betraktninger.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Gjennom denne studien ønsker jeg å få innsikt i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med og tanker om videokonsultasjoner. Hensikten er å få en mer dyptgående og nyansert innsikt i deres erfaring med denne typen konsultasjoner. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Denne tilnærmingen egner seg fordi interessefeltet er menneskers opplevelses- og meningsverden, sosiale og kulturelle systemer (Thornquist, 2018). God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser der deltakernes konkrete verden presenteres. Det handler om å fremstille handlinger, utsagn og praksiser – deltakernes verden – på en respektfull og rettmessig måte. Kvalitativ forskning er ikke en metode i seg selv, men en rekke strategier for å fortolke, analysere og beskrive kvaliteter og egenskaper ved de fenomenene det forskes på. Prosessen blir ofte betraktet som ikke-lineær og analysen søker å identifisere mening, mønster og sammenhenger mellom data. Et viktig aspekt i kvalitative studier er transparens. Det vil si at forskningsprosessen og grepene som tas underveis er tilgjengelig for leseren. Dette forutsetter forskningsprosessen dokumenteres godt underveis og rapporteres på en grundig måte (Thagaard, 2018; Thornquist, 2018).

3.2 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Min vitenskapsteoretiske tilnærming i denne studien har betydning for hvordan og hvilke data som innhentes og hvilken kunnskap som skapes (Thornquist, 2018). Jeg var interessert i å utforske terapeutenes erfaringer og forståelser ut fra deres livsverden. Med bakgrunn i dette er studien fenomenologisk orientert - fordi det er førstepersons-erfaringer jeg ønsker å utforske. Samtidig ønsker jeg med studien som helhet å få større innsikt i et fenomen i praksisfeltet og dermed blir en hermeneutisk forståelsesramme brukt. Jeg vil her kort gjøre rede for disse vitenskapstradisjonene.

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon med interesse for å forstå et fenomen, ut fra hvordan det erfares. I intervjustudier søker man utvidet forståelse gjennom oppmerksomhet mot *noens* erfaringer og beskrive verden slik den forstås av dem (Kvale & Brinkmann, 2015; Thornquist, 2018). Subjektivitet anses i fenomenologien som grunnleggende for at kunnskap skal kunne

utvikles. Fenomenologien analyserer og kartlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet. Vår tilstedeværelse i verden kan alltid betraktes som kontekstuell og som resultat av ulike erfaringer, sosiale relasjoner og den kultur vi er en del av – vår *livsverden*. I en intervjustudie innebærer dette en forståelse av informantene som subjekter med en livsverden som medvirker til deres erfaringer og som vil prege deres forståelse av et fenomen. Det innebærer også en forståelse av forskere som subjekter med egne erfaringer, som blir en del av og påvirker materialet som hentes inn. Fenomenologien ønsker å beskrive de trekkene eller mønstrene som kommer frem når vi studerer et fenomen og valg av metode i datainnsamling og analyse preges av dette (Thornquist, 2018).

Hermeneutikk handler om hvordan vi fortolker og forstår og hvordan vi skal gå frem for å oppnå gyldige fortolkninger. Kort sagt kan man si at hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Tekster har vært det primære objektet for fortolkning innenfor tradisjonen. Et sentralt begrep innenfor hermeneutikken er *forståelseshorisont*. Begrepet handler om at all vår forståelse preges av våre samlede erfaringer, oppfatninger og forventninger. Med dette menes at vi alltid har med oss en forståelseshorisont når vi prøver å forklare et fenomen. I denne studien innebærer denne tilnærmingen at min egen forståelseshorisont preger hele forskningsprosessen fra valg av tematikk til ferdig skrevet masteroppgave (Kvale & Brinkmann, 2015; Thornquist, 2018).

Målet med denne studien er å oppnå dypere forståelse av et fenomen. Fortolkningsprosessen i dette arbeidet er derfor av stor betydning. En sentral forståelse innenfor hermeneutikken er at man forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Denne prosessen refereres til som den *hermeneutiske sirkelen*. Dette innebærer en dynamisk prosess der man veksler mellom å forstå deler og helheten i forsøk på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2018).

3.3 Semistrukturerte intervju som forskningsmetode

For å innhente empiriske data som belyser problemstillingen er kvalitative intervju en velegnet metode. Intervju brukes for å få frem de nyanserte beskrivelsene fra informantene om fenomenet man ønsker å belyse. I denne studiens datainnsamling ble semistrukturerte, individuelle intervjuer benyttet som metode. Denne typen intervju gir informantene mulighet til å hente frem sine individuelle erfaringer og opplevelser. Et viktig moment i forskningsintervjuet er en forståelse av at både forsker og informant som subjekter er underlagt og farget av diskurser, oppfatninger og omgivelser som påvirker hva de vektlegger og hvordan de snakker om temaet (Thagaard, 2018).

Før intervjuene ble gjennomført utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 3). Den inneholdt noen oppvarmingsspørsmål, etterfulgt av åpne refleksjonsspørsmål knyttet til forskningsspørsmålet og avrundingspørsmål til slutt. Åpne spørsmål står sentralt i bruken av semistrukturerte forskningsintervju, da disse gir informanten mulighet til å gå i dybden på det aktuelle temaet. Både Kvale & Brinkmann (2015) og Malterud (2017) viser til at de viktigste erfaringene og fylldigste beskrivelsene kan komme hvis informantene kan erindre og fortelle om konkrete hendelser. Dette la jeg vekt på i utformingen av intervjuguiden ved å legge opp til spørsmål der informantene ble bedt om å trekke frem konkrete situasjoner for å beskrive sine erfaringer.

Som ledd i prosessen med å utarbeide intervjuguiden ble den presentert for veiledning under samlinger med medstudenter og veiledere på studieprogrammet. Jeg gjennomførte også et prøveintervju før datainnsamlingen. Både veiledning og prøveintervjuet ga verdifulle tilbakemeldinger og erfaringer som førte til at det ble gjort presiseringer og endringer på noen av spørsmålene.

3.4 Rekruttering og utvalg av informanter

I kvalitativ forskningen baserer utvalget seg gjerne på informanter som har egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen – et strategisk utvalg (Thagaard, 2018). For å sikre at informantene hadde relevant erfaring knyttet til forskningsteamet ble de invitert og valgt ut med bakgrunn i disse kriteriene:

- minimum 2 års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut
- hatt totalt over 10 videokonsultasjoner, fordelt på minst 3 pasienter
- erfaring med en kroppslig tilnærming over videokonsultasjon

For å ikke skape for stor begrensning i hvem som kunne inkluderes i studien, ble det tatt utgangspunkt i minimum to års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut. En tanke med dette var at kanskje alder hos terapeutene hadde noen betydning for i hvor stor grad de benyttet seg av videokonsultasjoner. Derfor ble det satt et forholdsvis lavt kriterium for antall års erfaring i fagfeltet, for å unngå å ekskludere aktuelle informanter. Det var ikke et mål i seg selv at alle informantene hadde mye erfaring med bruk av VK, derfor satte jeg som utgangspunkt et minimum på ti videokonsultasjoner fordelt på minimum tre ulike pasienter. Jeg ønsket gjerne en bredde i informantenes erfaringsbakgrunn for å skape bredde i materialet, da mitt inntrykk er at graden av hvor mye det blir benyttet varierer veldig fra terapeut til terapeut. Antallet

informanter som var ønsket til studien ble satt til 3-4. Dette ble vurdert å være et aktuelt utgangspunkt med tanke på oppgavens omfang og hensikt. Etter de to første intervjuene erfarte jeg at det kom frem mye relevant materiale, og at et utvalg på tre informanter ville være en tilstrekkelig avgrensning for prosjektet.

I rekrutteringsprosessen tok jeg i første omgang kontakt med terapeuter jeg kjente fra før og forhørte meg for å videre komme i kontakt med informanter som passet mine inklusjonskriterier. Jeg sendte i første omgang ut informasjonsskriv om prosjektet (vedlegg 2) på e-post til seks terapeuter som jeg fikk tips om fra bekjente terapeuter. Jeg opplevde at det tok litt tid før jeg fikk svar og for å fremskynde prosessen med rekrutteringen valgte jeg i mellomtiden å gå bredere ut ved å publisere informasjon om studien på en lukket gruppe for norske psykomotoriske fysioterapeuter i sosiale medier. Jeg fikk i løpet av en måneds tid svar fra tre terapeuter som oppfylte inklusjonskriteriene og som ønsket å delta i studien etter å ha lest informasjonsskrivet. Én av disse meldte seg etter publisering på sosiale medier, mens de to andre hadde jeg tatt direkte kontakt med via e-post.

Jeg endte opp med følgende deltagere:

- Informant 1: Kvinne, jobbet i en studenthelsetjeneste
- Informant 2: Kvinne, jobbet i privat praksis og spesialisthelsetjeneste
- Informant 3: Kvinne, jobbet i privat praksis

I rekrutteringsprosessen ønsket jeg gjerne informanter fra ulike deler av landet. Bakgrunnen for dette var at det i perioder var ulike smittevernsbestemmelser i ulike deler av landet. Dette innebar at informantene kunne ha ulike erfaringer ut ifra hvor i landet de praktiserte. Dette ønsket innebar at jeg var åpen for å gjennomføre digitale intervju, men gjerne ønsket en kombinasjon av både fysiske og digitale intervju.

3.5 Datainnsamlingen

I perioden da intervjuene skulle gjennomføres (desember -21 og januar -22) ble det innført nye nasjonale smitteverntiltak med anbefaling om redusert sosial kontakt. Planen og mitt ønske var egentlig at ett, muligens to, av intervjuene skulle gjennomføres ved fysiske ansikt-til-ansikt intervju. På grunn av smittevernhensyn endte det med at alle tre intervjuene ble gjennomført digitalt, etter samtykke til dette fra informantene. Betraktninger rundt digitale intervjuer kommer jeg tilbake til senere i kapitlet. Intervjuene ble gjennomført gjennom bruk av "Microsoft Teams" jamfør UiT's retningslinjer for forskning (UiT, 2021). Det ble sendte

ut lukket invitasjon til informantene på e-post og begge parter brukte PC for å gjennomføre intervjuene. Jeg koblet til en ekstern høyttaler for å sikre bedre lyd av det informanten sa. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker i sin helhet. Jeg benyttet “Nettskjema diktafonapp” på smarttelefon for å ta opp lyd og lydfilen ble lagret direkte til TSD. Som en back-up benyttet jeg en annen PC som tok opp intervjuet ved bruk av “MediaCapture” - en tjeneste som også leveres gjennom TSD og som sørger for direkte sikker lagring. Alle lydopptakene var av god kvalitet og intervjuene varte fra 45-60 minutter. Før intervjuene hadde alle informantene mottatt samme skriftlige informasjon (vedlegg 2). I begynnelsen av intervjuene det ble innhentet muntlig samtykke til deltagelse i studien og alle informantene fikk informasjon om mulighet til å trekke sitt samtykke når som helst.

3.6 Transkripsjon

Jeg gjennomførte selv ordrett transkribering ut fra lydopptakene av intervjuene. Ved å utføre transkripsjonen selv hadde jeg forutsetning for å bevare “visuelle ledetråder” i intervjuene ved at jeg så for meg informantens uttrykk og gester fra intervjusituasjonen som ikke ble fanget opp på lydopptakeren (Thagaard, 2018). Det var spesielt situasjoner der informantene viste og forklarte hvordan det å bare se et utsnitt av kroppen på skjerm begrenset deres observasjoner og vurderinger underveis. Det var også tilfeller der informantene viste hvordan de valgte å justere på kamera etc. for å vise hvordan de løste ulike utfordringer ved videokonsultasjonene. Jeg inkluderte også følelsesuttrykk som latter i transkripsjonene, da dette var noe som dukket opp jevnlig i alle tre intervjuene. Dette bidro til at jeg kunne leve meg inn i intervjusituasjonene og fange opp nyanser når jeg leste gjennom transkripsjonene i analyseprosessen.

I transkripsjonsprosessen benyttet jeg programmet “f4transkript” i TSD (Tjeneste for sensitive data). Her lastet jeg ned lydfilene og kunne enkelt legge inn automatiske verktøy i transkripsjonen slik som tidspunkt i lydfil og pauser over 3 sek merket med “...” ved bruk av hurtigtaster. Det var også enkelt å justere hastighet på lydfilen underveis, samt å stoppe og starte avspilling i programmet raskt i samme vindu som tekstdokumentet. Transkripsjonen var en tidkrevende prosess, men jeg opplevde at bruken av transkripsjons-programmet var tidsbesparende. Lydopptakene hadde god lyd og det var stort sett enkelt å få med seg det som ble sagt. Utydelige ord og setninger ble markert i teksten. Jeg hørte gjennom alle intervjuene flere ganger for å sikre meg at alt innholdet ble nedskrevet.

3.7 Analyse

Jeg vil her beskrive analyseprosessen for å ivareta åpenhet og gi leseren mulighet til å vurdere resonnement og fremgangsmåte i prosessen. Jeg vil her først understreke at jeg anser analysen som en prosess som er til stede i alle trinnene av forskningsprosessen fra innsamling av data til ferdig oppgave. Analysen av materialet i denne studien følger prinsippene som er knyttet opp til tematisk analyse. Tematisk analyse er en fleksibel metode som benyttes i utbredt grad innen kvalitativ forskning. Ved tematiske analyser retter man oppmerksomheten mot temaer som representerer seg i prosjektet. Data fra alle informantene sammenlignes og analyseres “på tvers” for å utvikle en dypere forståelse av hvert tema og materialet som helhet (Thagaard, 2018). Som inspirasjon til analysen har jeg tatt utgangspunkt i Braun & Clarkes (2006) fremstilling av metoden.

Braun & Clarke (ibid.) beskriver skillet mellom induktiv og deduktiv tilnærming til analysen. Med en induktiv tilnærming lar man datainnholdet lede analysen, ved at man bruker begrep som deltakerne selv benytter seg av eller at vi utvikler egne begrep på bakgrunn av tolkning av mønstrene i dataene. Med en deduktiv tilnærming er det teoretiske begreper som preger analysen. Det vil si at de begrepene man knytter til dataene, er preget av annen teori (Thagaard, 2018). Braun et al. (2016) trekker frem at man i praksis benytter en kombinasjon av disse tilnærmingene, noe jeg støtter meg til og selv har erfart underveis. Thagaard (2018, s. 184) viser til begrepet abduksjon som posisjonen mellom induksjon og deduksjon. En abduktiv tilnærming beskriver min analyseprosess. Jeg har vært farget av innholdet i dataene, min forforståelse og kunnskap jeg har innhentet underveis i arbeidet med denne oppgaven.

Underveis i analyseprosessen har jeg, som Braun et al. (2016) belyser, hatt ulike fokus i tolkningen av materialet; semantisk og latent fokus. Ved et semantisk blikk på materialet rapporterer og tematiserer man det som eksplisitt sies av informantene, og bruker deres begreper for å beskrive meninger og erfaringer. Et latent fokus referer til underliggende meninger i det som sies eksplisitt og at koder og kategorier skapes rundt meninger eller ideer som ligger bak det som uttrykkes verbalt. Denne kombinasjonen av fokus viser seg i de endelige temaene som presenteres i kapittel 4. Jeg vil videre presentere Braun & Clarkes (2006, s. 87) 6 faser i den tematiske analysen og hvordan disse har vært en inspirasjon i min analyseprosess. Jeg ønsker å presisere at jeg har gått frem og tilbake mellom fasene i hele analysen og at dette ikke er ment som eller har vært en lineær prosess.

I første fase er fokuset å bli kjent med materialet gjennom det som kalles *familisering*. Denne prosessen starter allerede i datainnsamlingen og under transkripsjonen. Videre leste jeg gjennom det skriftlige materialet gjentatte ganger og tok notater underveis. Hensikten med denne prosessen er å skape oversikt over materialet. Jeg laget meg en liste over ideer om hva datamaterialet inneholdt, og hva jeg anså som interessant.

I andre fase starter en begynnende organisering gjennom innledende koding av materialet. Kodingen var en tidkrevende, men viktig jobb, der jeg fikk større oversikt over materialet. Kodene mine identifiserte trekk ved dataene som virket interessante. Her forsøkte jeg å ikke kode og koble materialet til ulike tema så tidlig i prosessen, men å identifisere og navngi de ulike utsagnene. Denne prosessen gjennomførte jeg for hånd på utskrifter av de transkriberte intervjuene. Jeg brukte både farger og penn for å prøve å skape en oversikt over materialet gjennom kodingen. Kodene prøvde jeg å gjøre så empirinære som mulig for å ikke miste meningsinnholdet og fortolke i for stor grad så tidlig i prosessen. Jeg jobbet meg systematisk gjennom alle tre intervjuene flere ganger. Enkelte utdrag ble ikke kodet, mens mange fikk opptil 3-4 koder. Når jeg følte at jeg hadde bearbeidet og kodet tilstrekkelig for hånd gikk jeg over til å kategorisere og samle kodene i digitale dokument.

I tredje fase forsøker man å identifisere overordnede tema ved å gjennomgå de ulike kodene man har utarbeidet i materialet. Jeg satt da med en lang liste med koder, og begynte prosessen med å identifisere trekk og organisere kodene innenfor mulige temaer. I denne prosessen opplevde jeg å bruke mye tid frem og tilbake. Jeg laget etter hvert visuelle representasjoner (tabeller og tankekart) for å rydde i materialet. Jeg jobbet meg først gjennom hvert enkelt intervju og gikk i fjerde fase over å samle temaene på tvers av informantene.

I fjerde fase begynte jeg å se på tvers av intervjuene og rydde slik at antall tema ble mindre og fordelt på ulike nivå (mulige hovedtema og undertema). Jeg gikk stadig tilbake til kodene for å sørge for at viktige trekk ikke falt bort underveis i prosessen og for å finne inspirasjon til aktuelle tema. Det var når bildet av de fire hovedtemaene formet seg at jeg følte at prosessen «løsnet» og jeg begynte å bevege meg videre til neste fase i prosessen. Jeg hadde da et kart over tema som jeg følte representerte de interessante delene av materialet med tilstrekkelig mengde data til å danne tema.

I femte fase begynte jeg å definere og avgrense tema videre. Her var hensikten å identifisere essensen av hva hvert tema handlet om. Jeg startet i fjerde og femte fase å produsere begynnende tekst til presentasjon av funnene med sentrale sitater som beskrev de ulike temaene. Dette opplevde jeg som nyttig for å danne meg et bilde av hvordan jeg videre kunne definere og navngi de ulike temaene. Helt frem til siste del av arbeidet med oppgaven har jeg gått tilbake og justert på organisering og ordlyd i de ulike temaene. Prosessen har gått frem og tilbake spesielt mellom femte og sjette fase den siste tiden av arbeidet med denne oppgaven.

I sjette fase, den siste fasen i den tematiske analysen, skal resultatene presenteres gjennom de temaene som er identifisert i materialet. Jeg følte at arbeidet med å fortelle historien om datamaterialet bidro til å ytterligere finspisse og justere tema og undertema til å bli mer presise og beskrivende for materialet. De fire hovedtemaene jeg til slutt stod igjen med, med tilhørende underkategorier

Her viser jeg noen eksempler fra analyseprosessen fra de ulike fasene.

Utdrag fra datamaterialet	Koder	Midlertidige tema	Endelige tema
<i>Det er jo en mulighet også hvis man bor litt lengre unna. Sånn er det jo med PMF at jeg har noen som bor sånn to timer unna og det gjør jo tjenesten mer tilgjengelig for de som har behov for kontakt, støtte og kontinuitet</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En mulighet for pasienter som bor langt unna 2. VK gjør terapien mer tilgjengelig 3. VK for pasienter som har behov for støtte 	<p>Mer tilgjengelig terapi</p> <p>Støttende kontakt</p>	<p>Nye muligheter og utfordringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilgjengelighet og kontinuitet
<i>Målet er vel ... det blir vel mer fokus på å veilede og hvilke opplevelser pasienten får underveis da. Om de føler at de får landa mer og at man kan gjenkjenne at "aah" nå kjenner jeg at jeg slipper meg ned. Mer enn at jeg kan si så veldig ... Bruke så mye observasjonen til å veilede så veldig mye.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Samtale om kroppslige opplevelser 2. Det blir mindre observasjon av kropp 	<p>Stemmen som virkemiddel</p> <p>Kroppslig tilnærming</p> <p>Å miste tilgang til informasjon</p>	<p>Kommunikasjon i videokonsultasjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> - «man mister litt kroppen» - «så det er en dialog om kroppen vi har»

Tabell 1

3.8 Metodiske overveielser og refleksjoner

Her ønsker jeg å belyse hvilke momenter som kan være med på å påvirke resultatet i studien, og med det drøfte studiens kvalitet. Som et ledd i prosessen for å fremme troverdigheten i materialet er det viktig med dokumentert refleksivitet. Dette innebærer at jeg som forsker har et kritisk blikk på de faktorene som kan være med å påvirke sluttresultatet. Dette innebærer egen forforståelse, valg av metode, møte med informantene og tolkning av materialet.

3.8.1 Forskerens forforståelse

Forforståelsen kan beskrives som bakgrunnen og erfaringen vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Man kan beskrive det som brillene man betrakter verden gjennom. (Thornquist, 2018). I tråd med prinsippet om transparens er det derfor viktig at mitt personlige perspektiv synliggjøres, og at det redegjøres for hvordan jeg mener dette kan ha påvirket studien.

Jeg er snart ferdig utdannet psykomotorisk fysioterapeut og har praktisert i faget siden 2019. Dette innebærer erfaring med behandlingsmetoden, fagspråket og det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i fagfeltet. Jeg har selv ingen erfaring med å ha VK med pasienter og betraktet derfor fenomenet som ukjent for meg som forsker. Jeg hadde likevel med meg noen antagelser inn i prosjektet. Jeg så for meg at VK påvirker kontakten mellom terapeut og pasient og at det vil bli vanskeligere å oppfatte den andres kroppsspråk. Jeg tenkte at man ved bruk av VK ikke vil kunne gjennomføre psykomotorisk behandling som det tradisjonelt beskrives i litteratur, med berøring og kroppslig kontakt som sentrale elementer. Å oppleve kroppen og oppleve via kroppen presenteres som den røde tråden i psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 92) og jeg undret meg over hvordan terapeutene fremmet dette over en videokonsultasjon. Samtidig antok jeg at samhandlingsverktøyet åpnet opp for nye måter å ha kontakt med pasientene på som kanskje kunne oppleves som nyttig for terapeutene. Jeg tenkte også at det var viktig at man innenfor fagfeltet deltar i den digitale utviklingen og har mulighet til å tilby tjenester i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger.

Min forforståelse har vært en førende faktor for valg av tema og problemstilling i denne studien. Forforståelse er ikke nødvendigvis noe negativt, men refleksivitet og bevissthet rundt den er viktig for å styrke studiens troverdighet. Jeg har selv prøvd å være den bevisst under hele prosessen og prøvd å legge merke til hvordan den har påvirket mine valg.

3.8.2 Forsker i eget felt

Tidligere kjennskap til miljøet vi forsker innenfor kan både være en styrke og en begrensning for forskningen. Min kjennskap til miljøet vil prege grunnlaget for forståelsen som utvikles i løpet av prosjektet (Thagaard, 2018). Det kan på den ene siden gi grunnlag for større forståelse av informantenes situasjon og det kan bidra til å skape mindre sosial distanse mellom forsker og informant. Det styrker også mine forutsetninger for å se hva som kan være relevant i datamaterialet for dette fagfeltet (ibid.). På den andre siden kan kjennskap og lojalitet til fagfeltet bidra til at jeg i større eller mindre grad unngår en fremstilling av det empiriske materialet som vil stille psykomotoriske fysioterapeuter i et dårlig lys. Det kan også føre til at jeg overser nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer.

I denne studien hadde jeg en dobbeltrolle ved at jeg hadde kjennskap til og erfaring fra fagfeltet, men ikke direkte erfaringer med videokonsultasjoner. Her vurderte jeg det til å være en styrke, fordi det lot meg møte fenomenet fra et mer åpent og nysgjerrig ståsted, og minsket risikoen for feltblindhet (Malterud, 2017). Informanter kan i enkelte tilfeller fortelle det de tror forskeren vil høre. De kan farges av verdier og tanker som de tror gjelder for intervjupersonen. Med bakgrunn i Thagaards (2018, s. 108) refleksjoner rundt dette valgte jeg i begynnelsen av intervjuene å informere om at jeg ikke hadde egen erfaring med videokonsultasjoner. Jeg prøvde med hensikt å signalisere at jeg var nysgjerrig på å høre deres erfaringer og refleksjoner rundt fenomenet ut fra deres perspektiv. Jeg opplevde at de ikke holdt tilbake eller redigerte sine erfaringer for å tilpasse seg til situasjonen eller hva de trodde jeg ville høre.

3.8.3 Utvalget

Informantene i studien ble forespurt på bakgrunn av forhåndsbestemte kriterier. Et strategisk utvalg er vanlig innenfor kvalitative studier for å få informanter som kan relatere seg til problemstillingen. Rekrutteringen av informanter var også basert på tilgjengelighet. Dette innebar at jeg hadde møtt én av informantene tidligere, men det var ingen nær relasjon oss imellom. Relasjonen forskeren har til informantene kan påvirke påliteligheten av resultatet i prosjektet. Jeg vil vurdere at relasjonen oss imellom var god, noe som Malterud (2017) trekker frem som en faktor som kan legge til rette for å oppnå en trygg intervjusituasjon. Samtidig er det mulig at informantens svar kan være preget av vår relasjon. Det kan potensielt ha påvirket intervjuet, men vurderes å ikke har særlig stor innvirkning da vi ikke kjente hverandre godt. Det at det var mulighet for å gjennomføre digitale intervju åpnet opp for å kunne inkludere informanter fra hele landet. De tre informantene kom fra forskjellige steder,

noe som jeg opplevde som en styrke i dette prosjektet. Styrken lå i at de hadde vært underlagt ulike smittevern hensyn, da disse på ulike tidspunkt varierte geografisk i landet, og de hadde dermed delvis forskjellige erfaringsgrunnlag.

3.8.4 Intervjusituasjonen

Alle de tre intervjuene ble gjennomført digitalt, gjennom et *synkront intervju* (Thagaard 2018, s.110). Synkrone intervju er basert på at forsker og informant er på nettet samtidig og informant svarer der og da på de spørsmålene forskeren stiller. Dette ble i denne studien gjort gjennom digitale audio/visuelle-møter. Synkrone intervjuer har flere likhetstrekk med fysiske ansikt-til-ansikt intervjuer fordi det er mulighet for direkte respons og spontan interaksjon mellom forsker og informant. Det å kunne ha digitale intervjuer i denne studien åpnet opp for å inkludere informanter fra ulike deler av landet. Det fremkom også underveis i intervjusituasjonen at det å ha digitale intervju når tema var videokonsultasjoner bidro til at terapeutene husket situasjoner fra praksis bedre. De kom også med eksempel som de kunne vise frem og forklarte på en praksisnær måte på skjermen.

Alle de tre informantene stilte seg positive til å gjennomføre digitale intervjuer og de var informert om at dette var et alternativ i informasjonsskrivet. Alle tre oppga at det var lettere å avtale tidspunkt for intervju når det var digitalt fordi de da var fri til å gjøre det når og hvor det passet for dem (på jobb eller hjemme). Dette ga dem en valgfrihet som kan være med på å gi tryggere rammer for intervjusituasjonen. To av intervjuene foregikk ved at informantene satt hjemme hos seg selv, mens en av informantene satt på jobb under intervjuet. Alle hadde erfaringer med videokonsultasjoner både fra sitt eget hjem (hjemmekontor) og fra sitt arbeidssted (behandlingsrom). Derfor var lokaliseringen også et utgangspunkt for at de kunne trekkes inn i tidligere opplevelser med videokonsultasjoner.

Det er gjort flere studier på området og flere forskere har delt sine erfaringer med digitale intervjuer. Thunberg & Arnell (2021) trekker i sin systematiske gjennomgang frem positive og negative sider ved digitale forskningsintervjuer. Det er variasjon i hvorvidt studier argumenterer for eller imot å gjennomføre digitale intervjuer. Den største usikkerhet og kritikken ligger i tekniske forstyrrelser og en begrensende mulighet til å ta inn informantens kroppsspråk. På en annen side er en fordel at man tross geografiske barrierer og pandemiske begrensninger allikevel kan gjennomføre kvalitative studier med intervju som metode. For mitt tilfelle ble digitale intervju eneste mulighet til å gjennomføre studien som planlagt.

De tekniske verktøyene fungerte stort sett under alle intervjuene. I to av intervjuene forsvant lyden av informanten for meg ved noen anledninger og i det tredje var det min lyd som falt bort en periode. Dette skapte brudd i kommunikasjonen og påvirket intervjusituasjonen. Samtidig kom disse forstyrrelsene på «heldige» tidspunkt tidlig i intervjuene, og ikke midt under en fortelling fra pasientens side. Dermed påvirket ikke forstyrrelsene flyten i samtalen i stor grad, men jeg mistet litt fokus når disse forstyrrelsene dukket opp. Utover dette fungerte både videooverføring og lydopptak på en god måte. Jeg var ganske rolig i forhold til om det tekniske skulle fungere under intervjuene, da jeg hadde gjort gode forberedelser i forkant og hadde alternative løsninger liggende hvis det skulle oppstå problemer underveis. Alle tre informantene fremsto for meg som trygge og engasjerte i intervjusituasjonen. De var kjent med å ha videosamtaler både privat, gjennom møter i jobbsammenheng og i pasientkonsultasjoner. Jeg opplevde at jeg fikk god kontakt med informantene under intervjuet, selv om den digitale kontaktflaten skapte en større distanse mellom oss. Jeg tenkte ikke over at kontakten mellom oss var begrenset underveis i intervjuene, noe Thagaard (2018) peker på som et tegn på at det har vært et godt intervju med gjensidig engasjement.

Jeg valgte å ikke notere så mye underveis i intervjuene, med bakgrunn i Thagaards (2018, s. 113) påstander om at dette tar mer fokus enn det gir nyttig informasjon. Dette erfarte jeg som en nyttig avgjørelse, da det ga meg større mulighet til å fokusere på det som ble sagt og følge opp det informantene delte. Etter intervjuene skrev jeg ned alle tanker, refleksjoner og inntrykk fra situasjonen. Dette ga nyttige innspill til tolkningen av resultatene. Jeg erfarte også å huske mange av de gestene informantene gjorde kroppslig og hvordan de viste eksempler fra videokonsultasjoner, uten at jeg hadde skrevet det ned underveis.

Hvordan informanter opplever å ha digitale intervjuer vil variere. Thagaard (2018) trekker frem at personer som er tilbakeholden i ansikt-til-ansikt situasjoner kan være mer fortrolige med å kommunisere online. De kan blant annet skjule eventuelle emosjonelle reaksjoner og føle at de har kontroll over situasjonen. Dette støttes også av Thunberg and Arnell (2021). Andre kan oppleve at det personlige tillitsforholdet i det fysiske møtet er avgjørende for om de ønsker å være åpne om personlige og private tema. Hvordan informantene opplever intervjusituasjonen kan påvirke resultatene. Som tidligere nevnt opplevde jeg informantene som komfortable og rolige i situasjonen og de ga uttrykk for at det var fint å kunne ha digitale intervju, både i forkant og etter intervjuene.

3.8.5 Analysen

I hermeneutikken forstås det slik at det ikke finnes noen riktig fortolkning av en tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg støtter meg til denne forståelsen og tar forbehold om at informantenes mening kan skille seg fra mine fortolkninger av deres uttalelser og at en annen forskers tolkninger ville vært ulik mine. Analyseprosessen påvirkes også av min forforståelse. Jeg har derfor lagt vekt på å gjøre denne og de perspektiver jeg har fortolket ut ifra så tydelig som mulig. Jeg har i analyseprosessen forsøkt å være bevisst min forforståelse og prøvd å ikke latt den ta for stor plass. Jeg har i hovedsak ønsket å fremme informantenes meninger så åpent som mulig.

Som utgangspunkt for den tematiske analysen benyttet jeg kilder som presenterer bruk av tematisk analyse innenfor psykologifeltet og innenfor forskning på idrett og trening (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke & Weate (2016). Jeg opplevde begge disse beskrivelsene av metoden som egnet i fagfeltet jeg selv har studert, da PMF både favner psykologi og fysioterapi som felt (Thornquist, 2005).

Braun og Clarke (2006, s. 94) viser til flere potensielle fallgruver man kan havne i ved tematiske analyser. Jeg tenkte at min begrensede erfaring med tematisk analyse økte risikoen for at dette kunne skje og prøvde å være bevisst disse helt fra starten. Et eksempler er risikoen for at man analyserer materialet i alt for liten grad og bare gjengir informasjon og utsagn, uten å bearbeide materialet. Hvordan temaene står til hverandre kan også svekke kvaliteten ved at de enten overlapper hverandre i for stor grad eller at de ikke henger sammen eller svarer på problemstillingen. En lite overbevisende analyse kan også stamme fra en unnlattelse av å gi tilstrekkelige eksempler fra dataene eller at man rapporterer direkte sitat i for stor grad. En annen fallgruve er at det er misforhold mellom dataene og de analytiske påstandene som knyttes til dem. De trekker også frem viktigheten av å ta hensyn til andre åpenbare alternative forståelser av dataene og å vurdere variasjon i fortellingene som produseres. En annen fallgruve innebærer et misforhold mellom teori og analytiske påstander, eller mellom forskningsspørsmålene og den anvendte tematiske analyseformen. Jeg benyttet også Braun & Clarkes sjekklister for en god tematisk analyse for å kvalitetssikre analyseprosessen (ibid. s. 96).

3.8.6 Ethiske betraktninger

Gjennom en forskningsprosess må det hele tiden tas hensyn til etiske forhold som er gjeldende (Thagaard, 2018). Jeg har satt meg inn i og forholdt meg til de etiske retningslinjer og prinsipper underveis med utgangspunkt i Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009).

Dette prosjektet innebar oppbevaring av informasjon om informanter, lydopptak og informasjon som kan tenkes å identifisere enkeltpersoner. Studien ble derfor lagt frem for Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble godkjent før arbeidet med rekruttering ble igangsatt (vedlegg 4). Før innsending av søknaden til NSD ble det utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 2) som ble lagt ved i søknaden. Alt datamateriale ble innhentet, lagret og behandlet i TSD (Tjenester for Sensitive Data) før aidentifisering i transkripsjonen var gjennomført. Bare forsker og veileder hadde tilgang til datamaterialet med to-faktor-autentisert pålogging i TSD.

Før innhenting av data ga informantene et informert samtykke til å delta i studien. Samtykke ble innhentet muntlig og tatt opp på lydfilen i starten av intervjuene. Informantene ble både skriftlig og muntlig informert om hvordan data skulle behandles og at de kunne trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi grunn. Det er viktig å være klar over at det i kvalitative forskningsprosjekter kan oppstå tillitsforhold mellom informant og forsker, som igjen kan skape en følelse av forventning og forpliktelse for begge parter. Dette aspektet kan gjøre det mer vanskelig å trekke seg fra prosjektet enn ønsket (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor valgte jeg å belyse muligheten for å trekke seg både i starten og slutten av intervjuet.

I denne studien tas det opp tema innenfor et lite faglig miljø. Dette skjerper kravene til anonymisering av informantene. Dette innebærer blant annet at jeg har valgt å ikke presentere alder eller alderstrinn på informantene og heller ikke gi mer informasjon om deres arbeidsforhold i oppgaven. All informasjon som kunne være identifiserbare opplysninger ble fjernet eller kodet i transkripsjonene, for å sikre informantenes anonymitet.

I intervjusituasjonen var det viktig for meg som forsker å reflektere over min rolle og hvordan situasjonen påvirket informantene. Et viktig forskningsetisk prinsipp er at deltagerne ikke skal ta skade av deltagelsen. Selv om informantene har gitt et informert samtykke, kan de være uforberedt på spørsmålene. Man vet heller ikke hvordan situasjonen og spørsmålene som

stilles påvirker informantene. Det var for meg i viktig å vise varhet og ydmykhet så godt det lot seg gjøre. Den digitale intervjusituasjonen innebærer særskilte etiske utfordringer som man må ta hensyn til (Thagaard, 2018). Situasjonen kan blant annet begrense min mulighet til å registrere ubehag hos informantene og dermed begrenset muligheten til å ivareta deres integritet. Samtidig blir det vanskeligere for meg som intervjuer å vise kroppslig engasjement og interesse ovenfor informantens fortellinger. Dette kan også ha påvirket informantenes opplevelse av situasjonene. Den begrensede tilgangen til informantens kroppsspråk gjør det også vanskeligere å fange opp motsetninger i verbale og nonverbale budskap. Dermed ble intervjusituasjonen ledende for hvor nærgående jeg valgte å være i intervjusituasjonen.

3.8.7 Studiens troverdighet

Et viktig aspekt ved vurdering av all forskning er kvaliteten på materialet. For å vurdere troverdigheten benyttes her begrepene pålitelighet, validitet og overførbarhet i tråd med Thagaards begrepsbruk (2018, s. 19). Målet med kvalitative studier er å gi kunnskap som kan brukes av andre og som har en overføringsverdi og en relevans (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018) og jeg vil her reflektere over studiens troverdighet. Studiens relevans og overførbarhet vil jeg også komme tilbake til mot slutten av diskusjonen av resultatene (5.5).

Reliabilitet dreier seg om en vurdering av forskningens pålitelighet. Er resultatene til å stole på? En måte å styrke studiens reliabilitet på er å gi grundige beskrivelser og argumentere for utviklingen av data i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018). Dette har jeg forsøkt å gjøre så grundig som mulig i oppgaven, med ønske om å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig. Dette innebærer også at jeg har gjort rede for min egen forforståelse og prøvd å vise dokumentert refleksivitet underveis. Jeg har gjennom grundige beskrivelser av forforståelse og forskningsprosess forsøkt å være så transparent og refleksiv som mulig. Jeg har drøftet min egen og informantenes posisjon i feltet og hvordan kontakten oss imellom kan ha påvirket dataene. En annen faktor som er med å styrke studiens reliabilitet på er at veileder og medstudenter har bidratt i prosessen og kommet med innspill og kritiske innvendinger i prosessens ulike faser.

Studiens validitet sier noe om resultatene representerer den virkeligheten vi har studert. Det handler om gyldigheten av tolkningene som forskeren har kommet frem til og det dreier seg om å vise teoretisk transparens. Jeg har underveis i oppgaven gjort rede for mitt teoretiske utgangspunkt og studiens vitenskapelige forankring. Dette har vist grunnlaget for mine tolkninger i prosessen. En måte å styrke validiteten på er å kritisk gå gjennom

analyseprosessen og involvere andre i denne, som jeg har gjort. Det er også viktig for validiteten at de tolkningene som gjøres er godt begrunnet og det vil i prinsipp si at det skal finnes dokumentasjon for alle tolkningene av dataene (Thagaard, 2018). Jeg har derfor valgt å presentere alle funn med sitat fra intervjuene, primærdata. Jeg har gjentatte ganger i gått tilbake for å se om resultatene stemmer overens med de opprinnelige intervjuene, lett etter alternative resultater og drøftet med andre hvordan min forforståelse og tilstedeværelse kan ha påvirket prosessen. Alle disse faktorene har jeg vurdert til å være en styrke for studiens interne validitet. Den eksterne validiteten, overførbarheten, vil drøftes i slutten av diskusjonen av studiens resultater (5.5) med hensikt å vurdere studiens gyldighet utover utvalget i denne studien.

Overførbarhet og relevans er begrep som alltid er viktig å tilstrebe i forskning. Jeg spurte meg selv hvem som kunne være interessert i denne kunnskapen og hvorfor. Ut fra de siste to årenes økning i bruken av VK tenkte jeg at det var av stor interesse for psykomotoriske fysioterapeuter å få innblikk i andre terapeuters erfaringer med VK, for å øke kunnskapen hvordan verktøyet kan tas i bruk og hvordan det påvirker behandlingen innenfor NPMF. Samtidig tenkte jeg at også andre faggrupper kunne være interessert i å se hvordan terapeuter i et kropporientert fagfelt benyttet seg av VK og hvilke erfaringer de gjorde seg. Jeg vil komme nærmere tilbake på overførbarheten og studiens relevans i studiens oppsummering.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene i studien. I analyseprosessen har jeg identifisert fire hovedtema i materialet. Først presenteres informantene og deres arbeidssituasjon. Som en del av intervjuene ble informantene spurt om sine tanker rundt verktøyet før det ble tatt i bruk og erfaringene fra starten av pandemien. Dette presenteres her for å gi et innblikk i informantenes bakgrunn. Videre presenteres resten av resultatene i fire hovedkategorier med tilhørende underkategorier som illustreres i tabell s. 32. Jeg har valgt å benytte fargekoder for de ulike hovedtemaene som går igjen i overskriftene i både resultat og drøfting. Sitater fra intervjuene trekkes inn underveis for å illustrere undertemaene⁵.

4.1 Presentasjon av deltagerne

Informant 1 jobbet som psykomotorisk fysioterapeut i studenthelsetjenesten tilknyttet en større undervisningsinstitusjon. Tjenesten er et tverrfaglig lavterskeltilbud der hun fulgte opp studenter individuelt og i gruppe, både alene og i samarbeid med andre aktuelle profesjoner. De studentene hun hadde i individuell behandling oppsøkte ofte studenthelsetjenesten selv med ønske/behov for oppfølging. Behandlingsforløpene var ofte rundt 12 timer (avtaler), men hun hadde noen pasienter hun fulgte opp over lengre tid. Hun beskrev pasientene som forholdsvis ressurssterke og at hun ofte møtte dem på “et tidlig stadium” fordi det var et lavterskel-tilbud med korte ventelister. Hun fortalte at det er en del fokus knyttet til effektivitet og statistikk fra arbeidsgiver, og at hun blant annet skulle ha minst tre nye pasienter hver uke. Informanten fortalte at hun allerede høsten 2019 hadde hatt opplæring i bruk av videokonsultasjoner, altså før den første nedstengingen i mars 2020.

Og alle syntes jo at «Ja, ja - det kommer vi hvert fall ikke til å bruke”. Det var jo fordi at vi ikke så noen hensikt i det. Vi tenkte at det går ikke ann å gjøre psykomotorisk fysioterapi på video.

Etter nedstengingen måtte hun likevel ta i bruk videokonsultasjoner og kom raskt i gang med det i et stort omfang. Hun gjorde seg da erfaringer om at det fungerte bedre enn forventet.

⁵ I sitatene vises tre påfølgende punktum ... som pause i snakkingen
Tegnet (...) viser at deler av teksten er tatt bort.

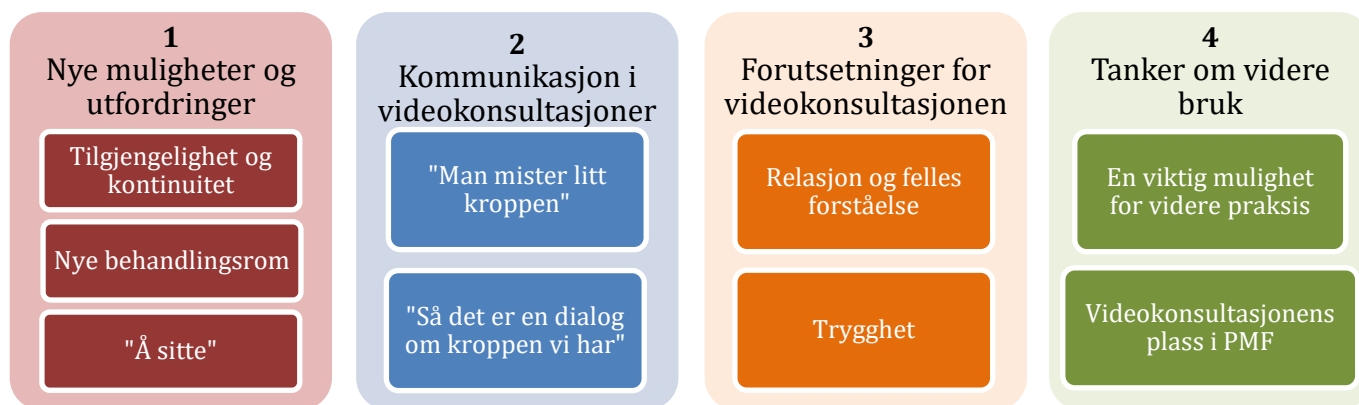
Informant 2 jobbet både i spesialisthelsetjenesten og i privat praksis med kommunal driftsavtale. I intervjuet tok hun utgangspunkt i erfaringer fra privat praksis, da det var i den jobben hun primært hadde sin erfaring med VK fra. I sin private praksis hadde hun pasienter fra 14 år og oppover med varierende typer og grad av utfordringer. Informant 2 delte også sine forventninger til det å ha videokonsultasjoner. Hun fortalte at hun på forhånd ikke trodde at det skulle gå an å gjøre så mye mer enn samtale over video. Hun uttrykte også at hun hadde mindre forventninger til å ha videokonsultasjoner enn vanlige konsultasjoner på behandlingsrommet.

Jeg tror at innerst inne, litt ubevisst, at mine forventninger til den timen ble annerledes med videokonsultasjon. Det blir en enklere, mindre variabel time. Det krever mindre av meg på den måten. Det blir mere monotont kanskje. Rammene smalner på en måte litt, hva man får til å gjøre.

Informant 3 jobbet i privat praksis med Helfo-avtale. Hun hadde en variert pasientgruppe og fulgte opp pasienter over et større geografisk område. Hun fortalte at hun hadde tatt en del videreutdanning i tillegg til PMF. Hun hadde nå mer tilstedeværende fokus og opplevelsesbasert tilnærming enn tidligere i sin praksis. Informant 3 hadde ønsket seg mulighet til å ha videokonsultasjoner også før pandemien brøt ut og var veldig positivt innstilt til å ta i bruk verktøyet. Hun startet derfor opp med videokonsultasjoner i stort omfang så raskt hun kunne etter nedstengingen.

Jeg har bestandig ønsket meg det jeg. Også før pandemien kom. For å følge opp folk som ikke alltid greier å møte opp på timen. (...). Nei, jeg startet med videokonsultasjoner med en gang. Så det var liksom starten, bare starte opp og de fleste folk er vant til å ha en eller annen form for videosamtale nå. Så jeg startet samme uka.

Videre presenteres resultatene innenfor de 4 hovedkategoriene med tilhørende underkategorier. Kategoriene vil gli over i hverandre og kan ikke sees helt adskilt. Til slutt i resultatkapitlet viser jeg en kort oppsummering av funnene i de fire kategoriene.



4.2 Nye utfordringer og muligheter

Første hovedtema tar for seg informantenes opplevelser av utfordringene og mulighetene som manifesterte seg gjennom bruken av videokonsultasjoner. I dette hovedtemaet har jeg identifisert tre underkategorier: Tilgjengelighet og kontinuitet, nye behandlingsrom og «å sitte».

4.2.1 Tilgjengelighet og kontinuitet

Alle informantene delte erfaring med at VK gjorde behandlingen mer tilgjengelig for pasientene. I begynnelsen av pandemien, når fysiske møter med pasienter ikke var mulig, var VK en forutsetning for at terapeutene og behandlingen kunne være tilgjengelig for pasientene, ut over telefonsamtaler. Videre smittevern hensyn gjorde at fysiske timer ofte måtte avlyses på grunn av at pasient eller terapeut var nærkontakt eller hadde lette symptomer. Informantene var opptatt av å være tilgjengelig for pasientene hvis pasientene ønsket det.

Det er flere ting det åpner dørene for og det var veldig bra at vi fikk muligheten til det. For det er jo så mange som kan ha vansker med å møte opp. (Informant 1)

Informantene var samstemte knyttet til fordelene med at behandlingen ble mer tilgjengelig for pasientene. Det ble også tematisert at VK kunne gjøre kontakten for tilgjengelig slik at det ble en enklere utvei når det er vanskelig å møte opp til timen.

Og så har jeg noen med angst som kanskje synes det er litt sånn lettere å slippe på en måte. Og ei tror jeg nok også brukte mye videokonsultasjon som en mulighet for å slippe unna eksponering og det å forflytte seg og komme ut. (...) Der tenker jeg det blir litt både og med videokonsultasjon. Det er både bra, men samtidig for hun var det nok en unnskyldning også. (Informant 2)

Alle informantene fortalte at de mottok meldinger fra pasienter om “kan vi ta/gjøre om timen til video?”. De ga uttrykk for at de ikke pleide å si nei til dette. Det var også litt ulikt hvor ofte de fikk dette spørsmålet, men at det kom sjeldnere når pandemiens begrensninger etter hvert ble mindre. Informant 2 ga uttrykk for at det var vanskelig å skulle si nei når spørsmålet dukket opp.

Ja, kan man si nei? De kan skjerme seg litt og lage seg noen grenser. Man slipper både og bli tatt på og bli lagt på benk eller.. må ut i verden på en måte da.

Informantene opplevde at den økte tilgjengeligheten VK ga også bidro til mulighet for økt *kontinuitet* i oppfølgingen av noen pasienter. De trakk spesielt frem muligheten til å ha en kontakt når alternativet var lange avbrekk i oppfølgingen. Både informant 1 og 3 trakk frem oppfølging av studenter og ungdommer når det ble snakk om kontinuitet. De erfarte ofte at de kunne være bortreist perioder – på ferier eller i forbindelse med studier. De yngre pasientene syntes også å ha et mer naturlig forhold til å samhandle digitalt. Det å kunne ha VK gjorde det mulig å ha kontakt med disse pasientene hvis de ønsket det. Informant 1 opplevde at hun da kunne følge studentene tettere i deres endringsprosesser, noe hun erfarte som en stor fordel når de kom tilbake igjen - de hadde da kunnet få påminnelser underveis og jobbet videre med det som var aktualisert under behandlingen tidligere (i fysiske møter).

Informant 2 og 3, som begge arbeidet med driftsavtale med kommuner, hadde pasienter som bodde langt unna og hadde lang reisevei. Flere pasienter var også i perioder så preget av smerter, slitenhet eller psykiske utfordringer at oppmøte var vanskelig. Pasienter som hadde ME og sosial angst ble blant annet trukket frem. Terapeutene erfarte at det kunne være hyppigere avlysninger for disse pasientene og opplevde at det å kunne ha VK ble positivt mottatt blant flere. Terapeutene erfarte også at å unngå noen avlysninger var en måte å opprettholde fokus på endringsprosessene på og sørge for at behandlingen ikke ble preget av gjentatte og lengre avbrekk. VK var da en mulighet til å ha hyppigere kontakt med disse pasientene, uten lange avbrekk. Dette kan illustreres med dette sitatet fra informant 3:

Det er jo en mulighet også hvis man bor litt lengre unna. Sånn er det med psykomotorisk fysioterapi at jeg har noen som bor sånn to timer unna og det gjør jo tjenesten mer tilgjengelig for de som da har behov for kontakt, støtte og mer kontinuitet. Jeg får gitt et visst tilbud da, uten at det erstatter det fysiske oppmøte.

4.2.2 Nye behandlingsrom

Et annet tema som pekte seg ut i intervjuene var at informantene hadde fått erfaring med nye type omgivelser for møtene med pasienten. Kontaktflaten var digitalt, men hvor de befant seg under konsultasjonene varierte. Terapeutene hadde både hatt VK fra sine kontor/behandlingsrom og hjemmekontor. Pasientene befant seg på flere ulike steder når de hadde VK og informantene erfarte at dette var en åpning for nye tilnærminger og utfordringer.

En fordel som informantene pekte på var muligheten for pasientene å prøve ut ulike tiltak hjemme, med veiledning fra terapeuten. Informant 1 fortalte at hun hadde gode erfaringer med å gjenta bevegelser/tiltak som var gjort i fysiske møter slik at pasientene kunne erfare dette hjemme i stua si med terapeuten på video, hvis det var hensiktsmessig. Informant 2 trakk frem en erfaring med en pasient som selv gjerne ønsket å prøve avspenning hjemme i egen stue.

Så var det ei kvinne som var veldig interessert i å få til avspenning, som hun hadde opplevd på benk tidligere, hjemme. Hun klarte å legge til rette for det. Hun la telefonen sin på gulvet, mens hun selv la seg på gulvet og så instruerte jeg i stram-slipp-øvelser som hun hadde erfart som nyttig. Prøvde avspenning i liggende og sittende og sånn. Hun sa det var veldig nyttig for henne.

Informant 3 syntes det var nyttig å se pasientene i andre omgivelser enn i det tradisjonelle behandlingsrommet. Hun erfarte at det ga henne ny informasjon og at det følte ut som hun ble bedre kjent med pasientene. Hun hadde hatt VK der pasienten viste frem noe hen var interessert i eller gikk tur. Dette førte til mulighet for ny utforskning og økt aktivitet, erfarte hun. Informantene erfarte samtidig at det i noen omgivelser kunne være forstyrrelser som hemmet kontakten med pasienten. Dette gjaldt lyder, hendelser og andre mennesker rundt pasienten som ble forstyrrende eller tekniske utfordringer som forstyrret lyd og bilde.

Det må ikke være noen problemer med legging (dårlig forbindelse) eller noe sånt, sånn at vi greier å være inntonet slik at jeg greier å lese og se og... (...) Så det er viktig at det er rolig der de er også. Om det er i bilen. At det ikke er andre biler som kjører rundt. Eller om de sitter i naturen, at det ikke er en bikkje som bjeffer eller.

4.2.3 «Å sitte»

Underveis i intervjuene beskrev informantene flere situasjoner fra sin praksis med VK. Det som gjorde seg tydelig i analysen var at ordet “sitte” ofte dukket opp. “Å sitte” ble stort sett beskrevet som utgangsstillingen for det som skjedde underveis i konsultasjonene. Terapeutene satt mer enn de var vant med i tradisjonelle pasientmøter. De erfarte at begrensningene som kom gjennom å møte pasienter på VK gjorde at de ikke kunne bevege seg så mye som de ønsket. De ønsket gjerne å gjøre mer øvelser, men opplevde dette som utfordrende å få til på en god måte. Det at terapeutene ble mer sittende gjorde noe med deres egne opplevelser av å ha slike konsultasjoner som kan illustreres gjennom disse sitatene av informant 1 og 2:

Men det er jo litt krevende hvis det bare er samtaler hele tida. Og at vi ikke reiser oss opp og beveger oss litt. Vi er jo vant til å bevege oss som fysioterapeut da. Så jeg kjenner jo det (...) Det er godt å få bruke egen kropp i behandling og man trenger bevegelse. Men jeg er mere sliten i hodet etter videokonsultasjoner. Sliten på en annen måte. Jeg tror ikke jeg er så vant til å sitte så mye foran skjermen. (1)

Jeg synes det går greit når det er variasjon. Men de dagene hvor jeg har flere (VK) så kjenner jeg at jeg blir mere sliten og trøttere. Man blir jo mer sånn pasifisert selv. (...) Jeg er mere tung, tappa eller sliten i hodet etterpå. (2)

Informant 3's opplevelse av VK var ikke så annerledes sammenlignet med når hun hadde fysiske ansikt-til-ansikt konsultasjoner. Hun brukte ofte sittende som utgangsstilling i sin praksis og opplevde ikke samme endringer i sin tilnærming, slik som informant 1 og 2 gjorde. Hun følte at mye av det hun gjorde i fysiske konsultasjoner lot seg overføre til VK, men understreket at det ikke var en erstatning for det fysiske møtet. Hun hadde også pasienter som var ute og gikk mens de hadde videokonsultasjoner og fikk inn bevegelse på den måten underveis. Hun trakk også frem at hun lyttet til egne behov underveis i videokonsultasjonene;

Det tror jeg har litt med rammene jeg har satt når jeg møter de på video. Jeg kanskje reiser meg og strekker meg når jeg har de på video og kanskje jeg oppmuntrer dem til å gjøre det samme (...) Så kanskje foreslår jeg at vi kan bevege oss litt.

4.3 Kommunikasjon i videokonsultasjoner

4.3.1 «Man mister litt kroppen»

Når terapeutene hadde videokonsultasjoner med pasientene, opplevde de store begrensninger i muligheten til å observere og registrere pasientenes kroppsspråk. De kunne heller ikke berøre og være kroppslig nær pasienten på samme måte som de pleide. Terapeutene beskrev at de eller pasientene sjeldent justerte kameravinkel. Dermed var det stort sett ansikt, bryst og skulderparti som var synlig. I begynnelsen av pandemien hadde de hatt VK med pasienter de ikke hadde møtt før. Dette var noe de opplevde som utfordrende. Informant 1 fortalte om en pasient som rista veldig med beina eller fiklet med hendene under konsultasjon over video, uten at hun hadde klart å fange opp dette til å begynne med.

Hvis jeg sitter sånn (viser ansikt og overkropp på skjermen), så er det ikke så lett for deg å se at jeg sitter og rister med føttene da. Men hun satt og rista sånn hele tiden. Og det ... Det hadde jeg jo jeg sett hvis jeg hadde sett henne fysisk.

Informantene ble underveis i intervjuene spurt om deres mulighet til å registrere og vurdere kroppslige uttrykk hos pasientene i VK. De ble spesifikt spurt om mulighet til å observere respirasjon, reaksjoner og omstilling. De var enige om at VK begrenset muligheten for slike vurderinger i stor grad og at dette opplevdes som utfordrende for dem i rollen som psykomotoriske fysioterapeuter.

Vi er jo vant til å observere pasientens kropp, men som sagt ... Det er utfordrende akkurat det altså. Man mister litt kroppen (til pasienten). (Informant 1)

De erfarte at de noen ganger kunne se de største kontrastene og registrere tydelige reaksjoner over video; som dype sukk eller at pasienten endret mimikk, respirasjonsfrekvens eller hevet eller senket skuldrene – men det var uansett vanskelig å vurdere bare ved å se overkroppen og ansiktet. Det ble derfor viktig at pasientene kunne verbalisere sine opplevelser underveis. På spørsmål om hvordan de opplevde å ikke kunne berøre pasientens kropp, var det mest den kroppslige nærheten og muligheten til å være der med støttende hender som de savnet i VK.

Alle informantene hadde erfart at det var enklere og mer hensiktsmessig å møte pasienter som var i pågående behandlingsforløp over VK enn pasienter de ikke hadde en relasjon til. Når pasientene hadde kjennskap til den kroppslige tilnærmingen som psykomotorisk fysioterapi representerer og erfaring med tiltak, øvelser eller bevegelser – så var det lettere å ha et

kroppslig fokus i konsultasjonen. Det at terapeutene hadde undersøkt, berørt og observert pasientene fysisk tidligere, gjorde at de kunne ta med seg disse opplevelsene og vurderingene inn i VK. Terapeutenes tidligere vurderinger knyttet til pasientens utfordringer, ressurser og reaksjonsmønster gjorde det lettere å gjøre bevegelser og aktive tiltak med kroppen under VK.

Ja jeg mister på en måte.. Sånn som vi snakker nå er det et utsnitt som de fleste foretrekker. Jeg går glipp av å se hvordan pusten din endrer seg eller hvordan du holder magen din. Er det nye pasienter så blir det vanskeligere for meg enn hvis det er noen jeg har blitt kjent med over noen måneder for eksempel. For da kan jeg nesten føle hvordan spenningsmønsteret deres kanskje kan være, uten å se alt.

Informantene fortalte om situasjoner fra VKer som hadde ført til ny kunnskap for både dem og pasientene som hadde vært overraskende. Noen pasienter hadde opplevd seg selv på andre måter når terapeuten ikke var til stede i samme fysiske rom. Noen pasienter hadde uttrykt nye refleksjoner og opplevelser, som kanskje ikke hadde vært eller blitt tilgjengelig for dem i vanlige behandlinger. Dette sitatet fra informant 3 illustrerer dette:

For noen har fått tilgang til mere eller noe nytt når de har hatt stemmen min så nære, men har sluppet at kroppen min har vært så nære. Ja, hvis det for eksempel har vært overgrep eller noe sånt så har stemmen min vært mer trygghet og kanskje kroppen min vært triggende. (...) Samtidig som vi kan komme nærmere. De ser ansiktet mitt litt tydeligere. De kan velge å se inn i øynene mine uten at vi har øyekontakt.

Det med øyekontakt var noe som også informant 1 trakk frem. At noen pasienter hadde fått erfare det å se terapeuten inn i øynene over videokonsultasjonen, noe de syntes var veldig vanskelig i fysiske møter. Dette hadde da blitt en måte å erfare og øve seg på det å se noen i øynene, selv om man egentlig ikke hadde direkte blikkontakt. Slik at i noen sammenhenger hadde terapeutene erfart at den kroppslige avstanden hadde gitt nye erfaringer og refleksjoner.

4.3.2 «Så det er en dialog om kroppen vi har»

Det som kom frem i alle tre intervjuene var at det i videokonsultasjonene stort sett ble en verbal samtale mellom terapeut og pasient. Til forskjell fra vanlige fysiske behandlingsmøter, var det mindre bevegelse og kroppslig berøring under VK. Informantene hadde flere ulike erfaringer og tanker rundt dette. Under nedstengingen opplevde alle terapeutene at det var viktig for dem å kunne tilby støttende samtaler for sine pasienter. Terapeutene var ofte de

eneste i helsevesenet som pasientene hadde jevn kontakt med, samt at de opplevde at flere av dere pasienter var ekstra sårbare for isolasjon og nedstenging av samfunnet. Dette opplevde de også delvis videre i pandemien, at videokonsultasjonene ble tilbudt som med en støttende hensikt fra deres side.

Ja, i forhold til.. Det er jo så individuelt hva man kommer til. For noen er man jo sårbar og føler seg så alene med livet sitt og symptomene sine og da er det godt å i det hele tatt ha en fagperson å ha kontakt med. Så sånn sett er det en kjempemulighet. Og bedre enn å være isolert og alene og ikke bli hørt eller møtt eller sett da. (Informant 2)

Alle tre informantene beskrev at stemmen ble deres primære virkemiddel i samhandlingen med pasientene over VK. De kunne i mindre grad bruke kroppslig berøring og kontakt i behandlingen, slik de var vant til. De opplevde det som viktig at også pasienten deltok aktivt for at det skulle bli en dialog dem imellom og ikke bare terapeuten som snakket. De hadde litt ulike erfaringer knyttet til det at stemmen deres og ordene de sa ble mer sentralt. Informant 2 uttrykte det på denne måten:

Ja, det å tematisere kroppen det sitter lenger inne. Det blir på en måte ... Det blir så mye ansikt til ansikt. Kanskje det krever mer av meg at jeg må være tydelig da. Men så er jeg også i et medium da, som gjør at jeg bruker mer stemmen og ikke få brukt kroppen. Så blir jeg også kanskje mere pratende da enn ellers

Informant 3 fortalte at hun var vant til å bruke stemmen og verbalisering av kroppslige opplevelser som et sentralt virkemiddel i behandling. Hun hadde flere pasienter som hadde vansker med kroppslig kontakt og det å ligge på benk for eksempel. Hun brukte stemmen sin som en måte å veilede pasient og reflektere rundt pasientens kroppslige fornemmelser og reaksjoner underveis i timene, både ved fysiske møter og over VK. Alle informantene var opptatt av at samtalen måtte dreie seg om noe som hadde med behandlingen å gjøre – og helst om pasientens kroppslige opplevelser og reaksjoner, her og nå eller siden forrige møte for eksempel. Informant 3 beskrev sin tilnærming over video på denne måten;

Så det er hele tiden en dialog om kroppen som vi har. Der jeg både gir relasjonsstøtte og tilstedeværelses-støtte. For at de skal bygge relasjon med kroppen sin. (...) Jeg jobber mer kroppslig med det å støtte de opp til å være i sin egen kropp.

4.4 Forutsetninger for videokonsultasjonen

På spørsmål om hvilke faktorer som lå til grunn for at informantenes opplevelse av videokonsultasjonen var det to begrep som gjentok seg: relasjon og trygghet. Dette følte de at måtte ligge til grunn for at de opplevde VK som et godt møte. For at en videokonsultasjon skulle oppleves som god var det viktig at kontakten opplevdes som nyttig både for dem og pasientene. I dette la de vekt på at det skulle være et hensiktsmessig møte som drev behandlingen fremover.

4.4.1 Relasjon og felles forståelse

Informantene syntes at relasjonen med pasienten var den viktigste forutsetningen for VK. De trakk frem at det var viktig at de og pasientene hadde en felles forståelse av hva som var hensikten med behandlingen og hva prosjektet handlet om. De var også opptatt av at de måtte ha en god kontakt med pasienten fra før av for at VK skulle oppleves som hensiktsmessig. Dette kan illustreres gjennom dette sitatet av informant 3:

Nei, det er det samme som i en fysisk konsultasjon (forutsetninger for et godt møte). Det er på en måte at vi har en relasjon. At vi har fått en god relasjon og at vi vet hva vi snakker om. Er inntonet på hverandre og vet hva dette dreier seg om.

Det var viktig at pasientene hadde erfaring med psykomotorisk behandling i fysisk møte og gjerne hatt et lengre forløp. Dette var blant annet viktig fordi informantene da kunne trekke frem tema fra tidligere behandling og gjøre bevegelser/tiltak/øvelser som pasientene var kjent med, hvis dette var aktuelt. Når relasjonen og en felles forståelse var etablert erfarte informantene at var lettere å få til et kroppslig fokus underveis i konsultasjonen.

Det som fungerer er jo.. Nettopp fordi jeg har møtt henne fysisk, sånn at vi vet hva vi snakker om når vi møtes på video da. Og hun vet hva jeg minner henne om når jeg viser henne bevegelser. Så vet hun hvordan den kan kjennes ut fra tidligere. Når hun trenger påminnelser da og sånn.

Informant 1

Det var viktig for informantene at pasientene ikke kunne velge bort å møte til fysiske avtaler og det var viktig at pasientene hadde en forståelse av at VK ikke var det samme som å møte til fysiske behandlinger. Det var viktig for terapeutene at VK ble benyttet når det både var et ønske fra pasient og at de som terapeuter så det som hensiktsmessig. De erfarte at det var viktig med et felles samtykke, fra både terapeut og pasient, at konsultasjonen skulle foregå over video.

4.4.2 Trygghet

Det andre temaet som terapeutene anså som en viktig forutsetning for videokonsultasjonen var egen og pasientens trygghet i situasjonen og fortrolighet med VK som verktøy. Trygghet henger tett sammen med det foregående undertemaet *relasjon og felles forståelse*, men jeg velger å belyse det som et eget undertema da det også ble trukket frem i andre sammenhenger.

Informantene erfarte at pasientens trygghet i kontakten over videokonsultasjon var viktig. De opplevde at det var lettere å få til kroppslig fokus når pasientene forholdt seg avslappet til å ha digital samhandling med terapeuten. Informantene erfarte at dette var en viktig forutsetning for at pasientene skulle ha mulighet til å være kroppslig til stede i situasjonen og klare å registrere og reflektere rundt kroppslige opplevelser underveis. Dette kan illustreres med dette sitatet som beskriver det motsatte.

De fleste som blir stresset med det å ha konsultasjon på video var ofte de som ikke følte seg trygg på mediet. Jeg synes det var veldig få som var negativ til video som kontaktflate. Det er mer teknologien, de var redd for at det skulle svikte. De var redd for å føle seg dom.

En annen side ved tryggheten som ble trukket frem, var terapeutens forhold til videokonsultasjon som verktøy. Informantene syntes det var viktig at også de selv opplevde mediet som komfortabelt å ta i bruk. Egen og pasientens trygghet ble blant annet illustrert slik at informant 3:

Jeg tror jo hvor komfortabel du er med mediet selv også da, som terapeut. Hva du får tilgang på og hvor komfortabel du greier å gjøre pasientene. Jeg har vært veldig bevisst det. (...) Sånn at det blir liksom samme rammen, men kontaktflaten er annerledes.

Informant 3 prøvde å få pasienten til å skape seg et trygt rom rundt seg. Dette var noe informantene brukte mye tid på i fysiske konsultasjoner og når de hadde VK ble det i større grad opp til pasienten å legge til rette for opplevelsen av trygghet rundt seg. Dette var utfordrende å håndtere for terapeutene, men de erfarte at det var en viktig forutsetning at pasientens omgivelser var forenelig med å tone seg inn på kroppslige opplevelser og seg selv.

4.5 Tanker om videre bruk

4.5.1 En viktig mulighet

Med bakgrunn i at takstene for videokonsultasjoner var blitt permanente ble tanker om videre bruk av verktøyet etterspurt i intervjuene. Alle informantene trakk frem at å ha mulighet til å tilby videokonsultasjoner var viktig for dem og at det var noe de ønsket å tilby videre. Samtidig var de klare på at videokonsultasjoner ikke kunne erstatte et fysisk møte i en behandlingsprosess. De opplevde at det var et godt alternativ når det ikke var mulig å møtes, men ikke et fullverdig alternativ.

Det er ikke det beste, men det er et alternativ når man ikke har noen andre alternativ.

Informant 1

Det er veldig bra da at det blir en permanent løsning (takstene for VK). Jeg er veldig glad for muligheten. Det er et bra verktøy fordi det skaper mer fleksibilitet, men som en sidemulighet

Informant 2

Så det er på 2. plass. Men det er en god 2. plass

Informant 3

Videre hadde alle tre planer om at de ville tilby videokonsultasjoner når de selv eller pasienten ikke hadde mulighet til å møte fysisk, på grunn av for eksempel lett forkjølelse/sykdom – når dette ble vurdert som hensiktsmessig. Med bakgrunn i erfaringene de hadde gjort seg ville de videre tilby VK for pasienter som bodde langt unna for å opprettholde en jevnere kontakt enn de hadde hatt mulighet til tidligere. Det samme gjaldt pasienter med tilstander/utfordringer som var til hinder for å møte opp enkelte avtaler.

4.5.2 Videokonsultasjonens plass i psykomotorisk fysioterapi

I alle intervjuene drøftet informantene om bruken av videokonsultasjoner var forenlig med psykomotoriske behandlingsprinsipper. Her var informantene både samstemte og hadde noe ulike synspunkt. Alle 3 sa at videokonsultasjoner ikke kunne erstatte fysisk oppmøte innen PMF og de understreket at det ikke var aktuelt å bare ha videokonsultasjoner flere ganger etter hverandre for sine pasienter, så lenge det ikke var snakk om ny nedstenging på grunn av pandemi for eksempel. Å gjøre noen kroppslig undersøkelse eller vurdering var heller ikke noe de la vekt på under en videokonsultasjon. De opplevde at de fikk for lite informasjon og tilgang til pasientens kropp til det.

Jeg ville jo ikke si at pasienten har fått prøvd psykomotorisk fysioterapi fullverdig hvis man bare har sett en fysioterapeut på video liksom. Jeg vil si man kanskje har fått en smakebit av det. Litt tilnærming og litt tankegang, men ... De har ikke fått en fullverdig opplevelse av hva det vil si å gå til en sånn type behandling.

Informant 1

Der informant 1 og 2 var mer ambivalent til om man kan overføre psykomotoriske prinsipper til videokonsultasjoner, erfarte informant 3 at det ikke var noe problem for henne å si at hun utøvet psykomotorisk fysioterapi i en VK. Hun beskrev at samtale og verbalisering av kroppslige fornemmelser også er en viktig del av faget og at det kroppslige fokuset og forståelsen av at livet setter seg i kroppen var hennes utgangspunkt uansett. Alle tre terapeutene var som sagt samstemte i at VK ikke kunne erstatte et fysisk møte – men at VK skapte nye rammer for kontakten med pasient som i noen tilfeller kunne være hensiktsmessig å benytte seg av i et behandlingsforløp.

Med tanke på at den verbale samtalen ofte ble fremtredende i VK delte informantene sine tanker om hvordan man kunne holde på de sentrale faglige prinsippene i NPMF også ved pasientkontakt over videokonsultasjon. Det med at det kroppslige fokuset måtte være utgangspunktet for samhandlingen var de veldig klare på, samtidig opplevde de at det var vanskelig å opprettholde et kroppslig fokus når de ikke var kroppslig sammen med pasienten.

Så sånn sett er det kanskje det som er faren med videokonsultasjoner at man blir sittende der som andre fagpersoner også kunne gjort. At man blir sittende å støtte og veilede og mister kjernen i eget fag

Informant 2

Informantene ble spurt om hvilke tanker de gjorde seg om at andre terapeuter var skeptiske til om videokonsultasjoner var forenelig med psykomotoriske fagprinsipper. Det var utsagn de kunne forstå. Samtidig trakk frem fleksibilitet og følge med i den teknologiske utviklingen som sentralt. De opplevde det som viktig å kunne tilby et samhandlings-alternativ som andre fagprofesjoner har mulighet til og å ha et alternativ til fysiske møter ved nye pandemier eller uforutsette hendelser som begrenset den fysiske kontakten med pasientene.

Men jeg tenker at psykomotorisk fysioterapi i bunn og grunn handler om hvordan livet setter seg i kroppen. Og hvordan vi jobber med de kroppslige sporene. Og det å si at man ikke kan jobbe med det på video blir litt søkt for meg

Informant 3

4.6 Oppsummering av funn

Informantene erfarte at VK ga dem nye muligheter for oppfølging av pasientene og andre utfordringer enn de har vært vant til fra tradisjonelle pasientmøter. De opplevde at behandlingen ble mer tilgjengelig for pasienter som ikke kunne møte opp og at det gav større mulighet for kontinuitet i oppfølgingen for enkelte. Terapeutene opplevde store endringene i konteksten man møtte pasienten i og at dette førte med seg nye måter å utøve faget på, andre typer forstyrrelser og mindre kroppslig bevegelse enn de var vant til.

Gjennom den digitale kommunikasjonen med pasientene erfarte terapeutene at de mistet tilgang til pasientens kropp. Det var vanskelig for dem å lese kroppsspråk og mer utfordrende å få til et kroppslig fokus underveis i konsultasjonene. Det var enklere å ha VK med pasienter som hadde gått i behandling, for da kunne bevegelser og tiltak fra tidligere gjøres over video. Den kroppslige avstanden syntes å gi noen pasienter nye, interessante opplevelser som de ikke hadde hatt i vanlige konsultasjoner. Som en følge av den endrede konteksten for behandlingen erfarte terapeutene at det ble mest samtale under VK.

Terapeutene tilstrebet at dialogen skulle ha utgangspunkt i pasientens kroppslige opplevelser.

For at terapeutene skulle oppleve videokonsultasjoner som egnet var det viktig for dem at møtet hadde en hensikt og at det gav en opplevelse av å drive terapien fremover. Som en forutsetning for videokonsultasjonene vektla informantene relasjonen til pasienten og en felles forståelse av behandlingen som sentrale elementer. Også trygghet i situasjonen for både terapeut og pasient og et gjensidig samtykke til å ha VK var viktige forutsetninger.

Terapeutene ga uttrykk for at de ville ha videokonsultasjoner videre i sin praksis, som et alternativ hvis vanlige konsultasjoner ikke var mulig og forutsetningene lå til rette for det. De presiserte at det var viktig for dem å ha mulighet til å ha videokonsultasjoner fordi det gav mulighet for større individuelle tilpasninger og man kunne unngå avlysninger og avbrekk i behandlingen hvis fysiske ansikt-til-ansikt-konsultasjoner ikke var mulig. De hadde ulike meninger knyttet til i hvilken grad psykomotoriske behandlingsprinsipper kunne overføres til videokonsultasjoner. Samtidig opplevde de at det var viktig å kunne tilby et samhandlingsalternativ som andre profesjoner har mulighet til.

5 Diskusjon

Hensikten med prosjektet er å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å ha videokonsultasjoner med pasienter og deres tanker rundt videre bruk av verktøyet. I dette kapitlet diskuteres resultatene i lys av relevant teori, forskningslitteratur og mine egne refleksjoner. Hovedtemaene fra resultatkapitlet danner overskriftene i diskusjonsdelen. I de to første hovedtemaene har jeg valgt å beholde undertemaene i drøftingen, mens de to siste hovedtemaene drøftes som helhet. Som innledning i drøftingskapitlet velger jeg å komme med betraktninger rundt informantenes bakgrunn som psykomotoriske fysioterapeuter.

Informantenes bakgrunn

Som en innledning i resultatkapitlet ble informantenes arbeidssituasjon, deres forventninger til å bruke videokonsultasjoner og deres tidlige erfaringer presentert. Som nevnt i metodekapitlet er min egen forforståelse av særlig interesse for studien. Samtidig er også informantenes forforståelse med å prege resultatene. Blant annet vil deres forventninger, kompetanse, forståelser og interesser være førende for hva og hvordan de kommuniserer i intervjuene (Thornquist, 2009). Selv om det her bare gis et innblikk i deres forforståelse, kan det allikevel være med på å belyse ulike aspekter ved funnene i studien. Her vil jeg drøfte noen av de mulige påvirkende faktorene samt forhold som jeg tenker kan være førende for resultatene; faglige, økonomiske og politiske interesser.

Informantenes forventninger og deres forforståelse ble delvis gjenspeilet i deres refleksjoner. Informant 1 og 2 var skeptisk til bruken av videokonsultasjoner til å begynne med og hadde liten tro på at det skulle fungere. De erfarte at det fungerte bedre enn forventet, samtidig presenterte de begge en skepsis til hva VK kan tilføre fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. De hadde ikke sett behovet for denne typen samhandling før pandemien kom. Spesielt informant 2 var opptatt av begrensningene i VK og hvordan hun ble hindret i å utføre det hun anså som sentralt i psykomotorisk behandling. Informant 3 hadde på sin side ønsket seg mulighet til å ha videokonsultasjoner også før pandemien kom. Hun fremstod i intervjuet som engasjert i tematikken og delte mest positive erfaringer fra sin praksis med VK. Informant 1 og 2 fremsto som noe mer forsiktig når det kom til å dele sine meninger om bruken av VK innenfor fagfeltet, ikke fordi de nødvendigvis holdt noe tilbake, men de signaliserte en større ambivalens til temaet. Jeg oppfattet det slik at de ikke hadde like tydelige meninger som informant 3.

Informant 1 jobbet innenfor studenthelsetjenesten og var fast ansatt og underlagt føringer fra sin leder. Dette innebar at hun ble pålagt å ha videokonsultasjoner, både under pandemien og i videre praksis. Dette handlet tilsynelatende om ressursmessige interesser hos ledelsen og disse kan ha vært med på påvirke hennes refleksjoner og de erfaringene hun valgte å dele i intervjuet. Det at ressursmessige interesser, blant annet innenfor økonomiske og effektiviserende aspekter, er førende for digitaliseringen innenfor helsevesenet kommer tydelig frem fra helsemyndigheter og politiske hold. Dette gjenspeiler også det som blir presentert som den førende utviklingen av helsevesenet (Melby et al., 2019; Regjeringen, 2020).

Informant 2 og 3 var på sin side selvstendig næringsdrivende med kommunale driftsavtaler. Dette innebærer at de er ansvarlig for egen praksis og hvordan de velger å drifte denne, praktisk og økonomisk. Som nevnt innledningsvis har psykomotoriske fysioterapeuter med driftsavtaler ofte lange ventelister, sammenlignet med andre fysioterapeuter (Øyehaug et al., 2019). Dette ble også nevnt av terapeutene underveis i intervjuene. Fokus på effektivisering av helsetjenestene blir stadig aktualisert, og videokonsultasjoner blir trukket frem som en effektiv måte å møte pasienter på og for å unngå avlysninger (Cowan et al., 2019; Nicholls et al., 2020; Turolla et al., 2020).

Som nevnt i innledningen preges debatten innenfor fagfeltets interesserorganisasjon av et ønske om å ha like rettigheter og muligheter som andre helsepersonell har. Man kan ikke se bort ifra at denne interessen også er gjeldende innenfor diskusjonen rundt VK. Det var nylig avgjort at takstene for videokonsultasjoner skulle bli permanente nå intervjuene ble gjennomført. Alle tre informantene ga uttrykk for at de var veldig fornøyde med det. I begynnelsen av pandemien måtte fysioterapeuter til en viss grad kjempe seg til å få muligheten til å heve takster for videokonsultasjoner (Nicholls et al., 2020). Den nevnte profesjonskampen innenfor det psykomotoriske fagfeltet, med ønske om like rettigheter og muligheter, er derfor også gjeldende i diskusjonen og kampen for å kunne ha videokonsultasjoner med pasientene.

5.1 Nye utfordringer og muligheter

I første hovedtema ble informantenes erfaringer knyttet til nye utfordringer og muligheter med videokonsultasjoner presentert. Her vil disse utfordringene og mulighetene drøftes i lys av tidligere forskning på området og aktuell faglitteratur.

Tilgjengelighet og kontinuitet

Informantenes erfaringer med at videokonsultasjoner gjorde terapien mer tilgjengelig for pasientene er funn som gjenspeiles i flere andre studier (Fernandes et al., 2022; Groven et al., 2021; Kulseng & Gretland, 2020; Reynolds et al., 2021; Turolla et al., 2020). Økt tilgjengelighet gjør behandlingen enklere å motta når funksjon, geografi eller andre faktorer begrenser muligheten for å møtes ansikt-til-ansikt. Det at helse-hjelp gjøres mer tilgjengelig gjennom digital samhandling trekkes frem som en sentral del av helsevesenets utvikling og vil prege bruken av videokonsultasjoner i helsevesenet i tiden fremover. (Davies et al., 2021; Lee et al., 2020; Nicholls et al., 2020).

Spesielt muligheten til å kunne ha hyppigere kontakt med pasientene som bodde langt unna eller ungdommer som i perioder var borte var viktig for informantene. Et mindretall av norske kommuner har avtale med psykomotorisk fysioterapeut og tilgangen på behandlingen er begrenset i store deler av landet. Begge terapeutene med kommunale driftsavtaler kjente til denne utfordringen i sin praksis. Muligheter for å begrense geografiske barrierer trekkes frem som en av de største fordelene ved VK i helsevesenet (Davies et al., 2021; Fernandes et al., 2022). Russel (2018, s.158) peker på sin side på mulighetene for å følge opp ungdommer og studenter over VK i kortere perioder ved utveksling og reiser. I tillegg til at denne gruppen ofte er fortrolig med å kommunisere over video. Dette ble også trukket frem som en erfaring hos informantene i denne studien.

Informantenes erfarte at pasienter etterspurte VK på bakgrunn av smerter, slitenhet eller på grunn av vansker med å møte opp til timer. VK ble ansett som en ny mulighet for å ha kontakt med pasientene som var i sårbare situasjoner, noe som også aktualiseres av Groven et al. (2021). Det fremsto i intervjuene som at pasientene spurte «kan vi ta det på video?» - og at terapeutene da gjorde det. Det at VK etterspørres for å unngå å møte til time kan representere et faglig dilemma som man som terapeut må ta stilling til. At terapeuten er den ansvarlige parten for å vurdere om VK er aktuelt og hensiktsmessig er en utfordring som blant annet Cowan et.al (2019) og Nicholls et al (2020) aktualiserer. Dette trekkes også frem som en utfordring i de nevnte rammeverkene for helsepersonell (Davies et al., 2021; Lee et al., 2020).

Det kan være vanskelig å forvalte verktøyet faglig forsvarlig, samtidig som man skal ivareta pasientens autonomi og mulighet for medbestemmelse i behandlingen. Dette synes også å være et dilemma terapeutene står ovenfor i sin praksis.

Nye behandlingsrom

Informantene opplevde at de nye omgivelsene konsultasjonen fant sted på både ga nye muligheter og utfordringer i terapien. Konteksten for behandling blir betydelig endret. Informantene opplevde at det å kunne flytte terapien til andre rom ga nye og utvidede muligheter for å utøve praksis på, noe som samsvarer med funn i Groven et al. (2021). Dette kan bidra til å utvide måter pasienter kan erfare egen kropp på og gi terapeuten ny innsikt i pasientens livsverden (Bidmead & Marshall, 2020; Davies et al., 2021; Sanders, 2019).

På en annen side erfarte informantene at ulike forstyrrelser hemmet kontakten med pasientene. Dette knyttet seg spesielt til pasientens omgivelser og teknologien. Det å oppholde seg på forskjellige steder med ulike omgivelser og sensasjoner (lukt, lyd, forstyrrelser etc.) kan skape et større sprik i den felles meningsdannelsen i en konsultasjon. Dette kan skape større avstand og føre til at man lettere kobler fra hverandre (Friesen, 2014; Frittgen & Haltaufderheide, 2022; Sanders, 2019). Det at teknologiske forstyrrelser blir en utfordring som begrenser kvaliteten på møtet, pekes på som en av de største utfordringene ved VK (Cowan et al., 2019; Lee et al., 2020). Forstyrrelsene som terapeutene erfarte synes å begrense opplevelsen av å ha kontakt med pasienten.

I forbindelse av informantenes erfaringer fra en ny kontekst å møte pasientene i, viser blant annet Ferencz-Flatz (2019) til fenomenologien i sin forståelse av videosamtaler. Han peker på at det på den ene siden forbinder de to levde miljøene til samtalepartene, og samler deres konkrete situasjoner, hver med sin spesifikke kontekst. Samtidig blir de to kontekstene smeltet sammen til en samlet situasjon. Dermed skapes, ifølge han, en ny form for intersubjektiv kontekst – en ny type sammensatt sosialt miljø – som vil påvirke våre levde verdener på en helt ny måte. Han viser til flere aspekter ved videosamtaler som endrer grunnleggende prinsipper i hvordan vi er vant til å kommunisere ansikt-til-ansikt og peker på at den intersubjektive strukturen i videosamtaler er mer kompleks enn gjensidig interaksjon i sanntid. Dette viser til en forståelse av at videokonsultasjoner representerer en helt ny måte å samhandle på – noe informantene også ga uttrykk for.

«Å sitte»

Funnet om at videokonsultasjonene preges av mindre bevegelse enn vanlige konsultasjoner, kom ikke som en overraskelse. Det at man i mindre grad benytter seg av forflytning i rommet samsvarer med funn fra Øydvin et.al (2022). Informantene prøvde å gjøre kroppslige tiltak, men syntes det var utfordrende å gjøre det i like stor grad som de ønsket. Dette gjenspeiler deres grunnleggende forståelse av både kropp og deres bakgrunn som fysioterapeuter, der bevegelse og kropp er utgangspunktet for behandlingen (Thornquist, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986).

Det at informantene opplevde andre kroppslige reaksjoner etter VK, med økt slitenhet og tyngdefornemmelse i hodet, er funn som i liten grad vises i annen forskning i helsesammenheng. Dette gjenspeiler påstandene om at de subjektive kroppslige opplevelsene får lite oppmerksomhet i kvalitative studier og i forskning på digitalisering av helsevesenet (Engelsrud, 2002; Frittgen & Haltaufderheide, 2022; Smith et al., 2022). På en annen side blir dette fenomenet blant annet omtalt som «zoom fatigue» i studier og litteratur innenfor andre felt. Terapeutenes egne reaksjoner når praksis endres synes å være et aktuelt område for videre forskning på helsearbeideres erfaringer. Og kanskje spesielt interessant innenfor fagfeltet psykomotorisk fysioterapi der kroppens subjektivitet spiller en sentral rolle.

En annen betraktning jeg ønsker å trekke inn i denne sammenhengen er forståelsen av at kroppslig involvering og bevegelse har innvirkning på menneskers hukommelse. Et klassisk eksempel er hvordan håndskrift viser seg å ha innvirkning på vår læring, samt hvordan bevegelser og kroppslige erfaringer både kan fremme endring, deltagelse og involvering i behandling (Gretland, 2007, 2016; Thornquist, 2005). Russell (2018, s. 87-89) peker på at den todimensjonale opplevelsen av den andre ved VK og den begrensede kroppslige involveringen trolig påvirker evnen til å minnes slike kliniske møter. Jeg gjorde meg noen refleksjoner underveis i intervjuene av at informantene i mindre grad enn jeg forventet kom med konkrete eksempler fra situasjoner med VK, når jeg spurte eksplisitt om dette. Det kan synes å være en lang slutning å hevde at de husket situasjonene dårligere på grunn av mindre kroppslig involvering, men samtidig kanskje en nyttig betraktning og ha med seg. På en annen side argumenterer blant annet Sanders (2019), med sin tolkning av VK innenfor en fenomenologisk forståelse, for at man ikke trenger å dele fysisk rom eller involveres kinestetisk for å skape ny kunnskap eller bli involvert i hverandre – så her kommer det frem motsetninger i hvordan man kan forstå og vurdere interaksjonen over VK.

5.2 Kommunikasjon i videokonsultasjoner

«Man mister litt kroppen»

Informantene opplevde at deres mulighet for å observere pasientenes kropper og deres kroppsspråk ble svært begrenset ved VK. De opplevde at de mistet tilgang til pasientens kropp og at dette ble problematisk for dem som psykomotoriske fysioterapeuter i deres tilnærming til pasientene over VK. Selv om de kunne observere blant annet mimikk, gester og tydelige endringer hos pasienten, opplevde de informasjonen som mangelfull. Dette samsvarer med funn fra flere andre studier (Cowan et al., 2019; Fernandes et al., 2022; Hinman et al., 2017; Malliaras et al., 2021; Reynolds et al., 2021; Øydvin et al., 2022).

Det at de ved VK får en begrenset tilgang til pasientens kropp opplevde informantene som en utfordring i forhold til deres rolle som psykomotoriske fysioterapeuter; der man kan si at kroppen er utgangspunktet for all kunnskap og for behandlingen (Gretland, 2007; Thornquist, 2009; Thornquist & Bunkan, 1995). Som beskrevet innledningsvis i oppgaven står kroppssynet i fagfeltet i en særstilling sammenlignet med andre felt som i større grad har vært preget av en biomedisinsk og dualistisk forståelse av mennesket og sykdom. Man kan med utgangspunkt i psykomotoriske behandlingsprinsipper oppleve en utfordring med å overføre behandlingen til VK, slik informantene erfarte, fordi man mister tilgang til den andres kropp.

Det at non-verbal, kroppslig og intersubjektiv kommunikasjon begrenses i videokonsultasjoner problematiseres fra flere hold (Bayles, 2012; Malliaras et al., 2021). Flere prøver å beskrive hvordan VK påvirker samhandlingen og behandlingen, mens andre hevder at det foreligger for lite kunnskap om det og at det mangler et teoretisk rammeverk som dekker fenomenet (Sanders, 2019). Samtidig argumenteres det for at begrensningene i samhandlingen alltid vil være der, men at det viktigste er at man forstår de begrensningene som foreligger og er dem bevisst (Russell, 2018; Sanders, 2019). Dette synes også å være gjeldende for det informantene erfarte; at VK hadde sine begrensninger for deres fagutøvelse, men at de gjennom nye måter å tilnærme seg pasientene på opplevde at verktøyet tilførte nye muligheter for deres praksis. Dette gjenspeiler seg også i de to andre studiene i fagfeltet (Groven et al., 2021; Øydvin et al., 2022)

Videokonsultasjoner blir omtalt som todimensjonal kommunikasjon, med en innsnevring av kontekstens potensialer, med begrensede muligheter til å bevege seg, registrere og handle i et delt rom (Frittgen & Haltaufderheide, 2022; Russell, 2018). Dette samsvarer med

informantenes erfaringer i denne studien. Russell viser til Merleau-Ponty og kroppsfenomenologi i forståelsen av at det er den kroppslige opplevelsen av å eksistere og handle i rommet, med mulighet til å bevege seg, som kan endre vår opplevelse av verden og oss selv. I lys av dette vil en videokonsultasjon, slik som terapeutene erfarer det, kunne begrense det terapeutiske potensialet - fordi det er begrensede mulighet for bevegelse. Innsnevringen i situasjonens potensialer for kroppslig samhandling kan i så måte sies å begrense muligheten for nye erfaringer og felles meningsdannelse - elementer som anses som viktige forutsetninger for behandling i NPMF (Thornquist & Bunkan, 1995).

På en annen side hadde informantene gjort seg erfaringer om at VK også åpnet opp for nye måter for pasientene å erfare seg selv på. Dette gjaldt blant annet i sammenheng med at terapeutenes kropper kom mer på avstand. Slik det ble antydnet kunne pasienters tidligere erfaringer gjøre det utfordrende for dem å forholde seg til terapeutens kropp. I slike tilfeller erfarte de at VK kunne skape nye potensialer for behandling. Fordi man kunne begrense det kroppslige nærværet og i hovedsak benytte stemmen som verktøy for utforskning og veiledning. Dette forutsatte som sagt at det var pasienter som terapeuten kjente fra før av. En slik fremstilling finner man også igjen i studier som peker på at avstanden til terapeuten ved VK for noen pasienter kan føles tryggere, som igjen kan føre til nye muligheter i behandling (Fernandes et al., 2022; Frittgen & Haltaufderheide, 2022; Kulseng & Gretland, 2020; Sanders, 2019). Dette gjenspeiler hvor store forskjeller det er i vår oppfatning av verden – våre livsverdener – og at VK kan være en måte å tilpasse behandlingen ut fra pasientens tidligere erfaringer.

«Så det er en dialog om kroppen vi har»

Som sentralt i den psykomotoriske tradisjonen står som nevnt kroppens tilgang til erfaring og innsikt (Gretland, 2007). Det er derfor en balansegang mellom å erfare med kroppen og snakke om kroppen. Slik informantene beskriver, blir det over video en økende verbalisering av informasjonen som deles – *så det er en dialog om kroppen vi har*. Dette samsvarer med funn fra Groven et.al (2021) om at samtalen fikk utvidet betydning når behandlingen ble overført til videokonsultasjoner. Samtalens støttende hensikt var også noe som ble aktualisert både i denne og Groven et al. sin studie og det samsvarer med funn fra andre typer studier der samtalens potensialer i NPMF utforskes (Busvold, 2013; Eskeland, 2019; Thornquist & Gretland, 2003).

Samtalen har en sentral rolle i NPMF. Med tanke på den gjeldende kroppsforståelsen, skiller man ikke mellom kropp og ord, men forstår verbal og kroppslig kommunikasjon som uadskillelig – fordi det er med kroppen man kommuniserer, og ord og kropp utfyller hverandre (Thornquist, 2001, 2009). Informantene erfarte at deres stemmer ble et mer sentralt virkemiddel i samhandlingen over video, når muligheten til å berøre pasienten ble begrenset. Deres erfaringer knyttet til dette var noe sprikende ut fra hvordan de var vant til å bruke seg selv i behandling – med stemmen eller kroppen som sitt primære virkemiddel. I samsvar med Eskelands (2019) funn, vektla informantene samtalens betydning i behandling ulikt. Dette ga ulike utfall i deres opplevelse av å kunne overføre sitt fag til VK. Terapeuters oppfatning av hvor nyttig VK er synes å påvirkes av deres syn på samtale som terapeutisk virkemiddel.

Gretland (2007) peker også på at det er gjennom verbalisering man virkelig får tak på hva pasienten erfarer. Slik at selv om ikke VK kan erstatte fysiske konsultasjoner kan en klinisk samtale over video, med pasientens livsverden og erfaringer som utgangspunkt, være et bidrag inn i en behandlingsprosess. Informantenes refleksjoner synes også å kunne vise til at man via videokonsultasjoner kan fremme ulike behandlingsprinsipper i NPMF; oppleve kroppen og oppleve via kroppen, utvikle varhet og kontakt med dens signaler og reaksjoner (Gretland, 2016; Thornquist & Bunkan, 1995) – men på en annen måte enn tidligere.

Sanders (2019) peker på at man som terapeut kan være bevisst og akseptere verktøyets begrensninger. Gjennom å oppmuntre pasienten til å artikulere sine opplevelser kan man frembringe ny kunnskap og bevisstgjøre det ubevisste. I Øydvin et al. (2022) sin studie erfarte terapeutene at videokonsultasjon egnet seg når pasientene ønsket å sette ord på det som erfares i kroppen. Dette samsvarer med denne studiens funn knyttet til at en forutsetning for at VK skulle egne seg var at det ble en dialog, der pasienten ønsket og hadde mulighet til å verbalt dele sine kroppslige erfaringer. Busvold (2013) trekker frem i sin mastergradsavhandling at samtalen i psykomotorisk fysioterapi kan gi pasienten anerkjennelse, fremme bevisstgjøring av vaner og handlingsmønstre, sammenhenger mellom følelser, reaksjoner og livshistorie. Tatt alle begrensningene ved VK i betraktning, fremsto informantene tydelig på at flere av disse faktorene som Busvold viser til kan fremmes over VK og bidra til endring hos pasienten, hvis forutsetningene ligger til rette for det.

5.3 Forutsetninger for videokonsultasjonen

I intervjuene vektla alle tre informantene at relasjon, felles forståelse og trygghet i situasjonen, for pasient og terapeut, var viktige forutsetninger for at de vurderte VK som et egnet verktøy. Dette var de samme forutsetningene de vektla i tradisjonelle kliniske møter, men opplevde at det ble enda mer viktig når man ikke var til stede i samme rom som pasienten. Relasjon i denne sammenheng viser til den mellommenneskelige relasjonen og jeg velger her å trekke inn begrepet terapeutisk allianse som jeg presenterte i teorikapitlet.

Som en konsekvens av at tilgangen på non-verbal informasjon blir begrenset, opplevde terapeutene det som viktig at de kjente pasientene fra før. Deres erfaringer fra tidlig i pandemien, da de hadde møtt pasienter for første gang på video, gjorde det klart at VK best egnet seg for pasienter som allerede var i et behandlingsforløp. Dette stemmer også med funn fra blant annet Øydvin et al. (2022), Russell (2018) og Frittgen and Haltaufderheide (2022). Når terapeutene hadde møtt nye pasienter over video, som de ikke hadde sett før, opplevde de en begrenset mulighet til å ivareta pasienten. Et sentralt element i psykomotorisk fysioterapi er å være var pasientens reaksjoner til enhver tid i behandling – da dette er rettesnor for hvordan behandlingen påvirker pasienten og hvordan man skal tilpasse behandlingen til den enkelte (Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 1986). Når man ikke kjenner pasienten fra før, ikke ha undersøkt eller observert pasienten i et fysisk møte – syntes informantene at de mistet muligheten til å ivareta pasienten på en ønsket måte.

Som nevnt i innledningen til studien blir begrepet terapeutisk allianse ofte benyttet innenfor teori og studier fra psykoterapifeltet. Fokuset ligger på den mellommenneskelige terapeut-pasientrelasjonen, samt en felles forståelse av behandlingens hensikt og mål (Ryum & Stiles, 2005). Den terapeutiske alliansen synes å ha større påvirkning på behandlingen enn hvilken metode som benyttes. Slik som terapeutene i denne studien erfarte viser også flere studier fra psykoterapi at den terapeutiske alliansen er et nødvendig for at videokonsultasjonen skal fungere på en ønsket måte (Pihlaja et al., 2018; Simpson & Reid, 2014). Viktigheten av terapeut-pasient-relasjon, felles forståelse og at man «holder på med det samme» blir også vektlagt som sentrale forutsetninger for psykomotorisk behandling (Gretland, 2007). Som en av informantene antydte vil det altså si at forutsetningene for en god konsultasjon over video er de samme som ved fysiske ansikt-til-ansikt-møter, men enda viktigere når man ikke har den samme kroppslige tilgangen til den andre.

Erfaringer fra tidligere kroppslige møter med pasienten - med tiltak, undersøkelse, observasjoner og vurderinger – synes å skape en trygghet for informantene i hvordan de skulle møte og ivareta pasientene over VK. Det å ha kjennskap til den andre fra tidligere preger også konteksten for møtet – fordi man har erfart den andres kropp og tilstedeværelse fra før (Ferencz-Flatz, 2019). Russell (2018, s. 156) hevder at ved å ha etablert en relasjon, basert på kroppslige møter, før VK kan bidra til at terapeuten får en mer sensitiv forbindelse med pasienter. Den opparbeidede tillitten og forståelsen, som ligger til grunn for den terapeutiske prosessen, kan ifølge henne hjelpe å bygge bro over gapet mellom terapeut og pasient i en VK. Dette støttes av blant annet Bayles (2012) som peker på at den kroppslige opplevelse av den andre kan gi en opplevelse av å *føle* pasienten under VK. Denne kunnskapen synes å stemme overens med det informantene i denne studien erfarte.

Det å skape trygge rammer for videokonsultasjonen synes å være viktig både for terapeut og pasient, både ut fra denne studiens funn og andre publikasjoner (Groven et al., 2021; Øydvin et al., 2022). Det at pasienten opplever sine omgivelser og situasjonen som trygg er en viktig forutsetning i psykomotorisk fysioterapi for øvrig (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Det ble aktualisert av informantene at de i fysiske ansikt-til-ansikt konsultasjoner brukte mye tid på å skape trygge omgivelser for pasienten, men at de mistet kontrollen over dette ved VK. Slik som informant 3 fortalte, at hun prøvde å aktualisere dette for pasienten som en innledning i videokonsultasjonen – hvordan pasienten kunne skape et godt rom for seg selv i forkant. Å motivere pasienten til å skape seg trygge omgivelser synes å være en måte å kvalitetssikre videokonsultasjonen på (Davies et al., 2021; Lee et al., 2020).

Det ble også aktualisert i intervjuene at det var viktig at terapeuten følte seg trygg i situasjonen, både i møte med teknologien og hvordan de skulle samhandle med pasientene over videokonsultasjonen. Nyre & Steinsvik (2015) viser til hvordan psykomotoriske fysioterapeuters profesjonelle utvikling kjennetegnes av at man blir tryggere på sin egen faglighet og kompetanse. Dette synes å være sentralt denne studiens sammenhengen ettersom terapeutene må tilegne seg ny kunnskap med en ny måte å samhandle med pasientene på. Når man får større trygghet med egen bruk av videokonsultasjoner kan man si at man blir mer fleksibel og får større spillerom for terapeutiske virkemidler. Dette beskriver også informantene, hvordan de gjennom erfaringene sine hadde større forståelse for begrensningene og mulighetene som fulgte med VK og dermed kunne tilpasse seg disse.

5.4 Tanker om videre bruk

En del av problemstillingen i denne studien var hvilke tanker terapeutene hadde om videre bruk av VK i deres praksis. Dette spørsmålet baserte seg på deres erfaringer og refleksjoner rundt denne nye måten å samhandle med pasientene på. Alle informantene var tydelig på at de ville fortsette å benytte seg av verktøyet, men som et supplement og ikke som en erstatning til fysiske konsultasjoner. Dette stemmer overens med funn fra andre studier om VK i fysioterapipraksis der det også ble konkludert med at videokonsultasjoner ikke kan erstatte tradisjonelle kropp-til-kropp-konsultasjoner (Kulseng & Gretland, 2020; Øydvin et al., 2022).

Informantene så på VK som et alternativ for å unngå at timer ble avlyst, både for egen og pasientens del. Dette gjald for eksempel ved lett sykdom eller andre hindringer for oppmøte. Hensikten med å unngå avlysninger ble delvis knyttet til ressursmessige forhold, både økonomisk og administrativt. Offentlige helsemyndigheter argumenterer gjerne ut fra ressursmessige hensyn når de oppfordrer til å ta i bruk digitale samhandlingsverktøy med pasienter (Melby et al., 2019) og dette synes kanskje også å være gjeldende innenfor det psykomotoriske fagfeltet. Dette var noe som delvis ble aktualisert av informantene underveis, uten at det var noe spørsmål knyttet til akkurat økonomiske og administrative hensyn.

Informantene tenkte at de videre ville tilby VK til enkelte pasienter, der de erfarte at det egnet seg. Det var da viktig at de nevnte forutsetningene for videokonsultasjonen var etablert; relasjon, felles forståelse og trygghet. Vurderingen knyttet til hvilke pasienter VK egner seg for betegnes som svært sentral av flere (Davies et al., 2021; Lee et al., 2020; Reynolds et al., 2021). Det pekes på mulige fallgruver og muligheter for anti-terapeutiske hendelser hvis dette ikke tas i betraktning (Bayles, 2012; Smith et al., 2022). Dette var også informantene i denne studien opptatt av – at VK ikke egnet seg for alle. Samtidig trakk de frem fordelene ved å kunne tilpasse oppfølgingen etter den enkelte pasients behov ved å tilby VK, i samsvar med funn fra Øydvin et al. (2022).

Terapeutene i denne studien hadde erfaringer med VK der de ikke hadde møtt pasienten tidligere. Dette var ikke noe de ville fortsette med, annet enn å eventuelt innhente praktisk informasjon og eventuelt innledende anamnese, hvis det var aktuelt eller nødvendig. Mediet gjorde det vanskelig å skulle gjennomføre kroppslige vurderinger og undersøkelser, så førstegangsmøter på video var ikke noe de vektla i intervjuene. De understreket under hele intervjuene at en videokonsultasjon ikke kunne erstatte en fysisk konsultasjon, men anså

verktøyet som et viktig bidrag inn i sin praksis. Samtidig la de også vekt på at VK ikke ville være noe som skulle benyttes i kontakt med pasient gjentatte ganger etter hverandre.

Informantenes drøftinger rundt videokonsultasjonens plass innenfor det psykomotoriske fagfeltet, viste en del variasjon. De opplevde overføringsmulighetene som delvis ulike, basert på hvordan de var vant til å arbeide «til vanlig». Det ble også aktualisert at VK kunne sette begrensninger for *kjernen i faget* – som informant 2 presiserte – og dermed gjøre at man i mindre grad skilte seg fra andre faggrupper som primært bruker samtaleterapi i sin praksis. Samtidig ble refleksjoner rundt hva psykomotorisk fysioterapi *er* og hva det innebærer en del av innholdet i intervjuene. I lys av refleksjonene fra informantene, samt mine drøftinger med andre terapeuter i løpet av denne studien, synes det som at man innad i fagfeltet finner mange ulike oppfatninger av behandlingstradisjonen NPMF. Det synes ut fra mine refleksjoner i arbeidet med denne studien som at dette har stor betydning for hvordan terapeuter vurderer videokonsultasjonens plass innenfor psykomotorisk fysioterapi.

De faglige utfordringene informantene viste til ved bruk av VK synes å ha stor påvirkning fra den grunnleggende forståelsen av kropp innad i faget – som i denne studien aktualiserer gjennom Merleau-Pontys kroppsfenomenologi. Det synes som at man ut fra denne kroppsforståelsen i større grad ser begrensningene i bruken av VK, enn ved mer dualistiske forståelser av kognisjon og kroppsterapi. Det at den kroppslige tilgangen til den andre begrenses ved VK synes å skape faglige utfordringer når verktøyet implementeres i en fenomenologisk inspirert behandlingstradisjon som norsk psykomotorisk fysioterapi. Dette antydet også informantene gjennom sine refleksjoner. Dette vil trolig ha stor innvirkning på i hvilken grad VK blir benyttet innenfor fagfeltet i årene fremover.

Selv om psykomotoriske terapeuter erfarer at VK ikke kan erstatte fysiske møter synes det som viktig å vurdere verktøyet som en del av videre praksis og ikke bare som en midlertidig løsning (Cottrell & Russell, 2020; Nicholls et al., 2020). Det synes ut fra denne studien som at VK allerede er en etablert praksis for noen psykomotoriske fysioterapeuter og at samhandling over video har kommet for å bli innenfor fagfeltet. Det vil derfor være viktig at man fortsetter å undersøke bruken av VK med nysgjerrighet, da det fortsatt foreligger lite kunnskap om fenomenet. Jeg vil oppfordre til at nye studier utforsker pasienters erfaringer med bruk av videokonsultasjoner innenfor NPMF, samt at det gjøres observasjonsstudier der man undersøker faktisk praksis ved VK innenfor fagfeltet.

5.5 Overførbarhet

Selv om man ved individuelle intervjuer ved kvalitative studier med et strategisk utvalg er ute etter å utforske hver enkelt informants erfaringer om et fenomen, er det av interesse å vurdere hvilken gyldighet, overførbarhet og relevans resultatene har utover det utvalget som er studert. Ut fra sammenligning med studier fra spesielt det psykomotoriske feltet, synes denne studiens resultater å vise mange sammenfallende funn. Dette styrker studienes gyldighet utover utvalget og dens overførbarhet til lignende fenomener (Thagaard, 2018), studiens eksterne validitet. Samtidig må man ta i betraktning at de som samtykker i å delta i studier kan ha egne interesser og engasjere seg spesielt for det som studeres, og resultater i alle nevnte studier kan preges av dette. Jeg har også underveis prøvd å synliggjøre når informantene har delt ulike oppfatninger og erfaringer og drøftet funnene ut ifra dette.

Det som skiller seg ut i denne studien, sammenlignet med andre studier, er terapeutenes egne kroppslige reaksjoner i forbindelse med VK. Samtidig synes det som at psykomotoriske fysioterapeuter i større grad enn andre helsepersonell problematiserer den kroppslige distansen til pasienten. En viktig bemerkning i forhold til forskningen som nå foreligger rundt psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med VK er at denne studiens datamateriale ble innhentet før publiseringen av Øydvin et al. (2022) sin studie. Disse to studiene har tilnærmet samme problemstilling og utvalgt. Fordelen med dette er at jeg ikke ble påvirket av denne studiens funn i forkant av datainnsamlingen. Det kan også nevnes at jeg ikke var klar over at denne studien skulle publiseres før langt ut i min rekruttering til og planlegging av egen studie. Ut ifra informantenes tanker om videre bruk, funn i andre studier og statistikk fra Helfo ser det ut til at VK er kommet for å bli og holder på å bli en etablert praksis i fagfeltet. Dette er med på å styrke relevansen av denne studien.

6 Oppsummering og avsluttende kommentar

I forbindelse med økt digitalisering i helsevesenet og covid-19-pandemien har psykomotoriske fysioterapeuter fått ny erfaring med videokonsultasjoner i samhandling med pasienter. Jeg har i denne studien ønsket å utforske terapeuters erfaringer med slike konsultasjoner og deres tanker om videre bruk etter pandemien.

Funnene i studien viser at de intervjuede fysioterapeutene erfarte at bruken av videokonsultasjoner førte med seg nye muligheter og utfordringer i deres praksis. De opplevde at behandlingen ble mer tilgjengelig for pasienter som ikke kunne møte opp og at det gav større mulighet for kontinuitet i oppfølgingen for enkelte. Terapeutene opplevde store endringene i konteksten man møtte pasienten i og at dette førte med seg nye måter å utøve faget på, andre typer forstyrrelser og mindre kroppslig bevegelse enn de var vant til. I samhandlingen opplevde de å ha begrenset tilgang til pasientenes kroppsspråk og at samtalen fikk større betydning. Terapeutene trakk frem relasjon til pasienten, felles forståelse og trygghet i situasjonen som viktige forutsetninger for at videokonsultasjoner egnet seg. De ga uttrykk for at de ville ha videokonsultasjoner videre i sin praksis, som et alternativ hvis vanlige konsultasjoner ikke var mulig og forutsetningene lå til rette for det.

Studien gir indikasjon for at videokonsultasjon er en etablert praksis hos enkelte psykomotoriske fysioterapeuter og at bruken av samhandlingsverktøyet vil fortsette ut over pandemiens begrensninger. En videokonsultasjon synes ikke å kunne erstatte en psykomotorisk behandling, men være et alternativ for å unngå avlysninger og lengre brudd i oppfølgingen. Kroppsforståelsen som ligger til grunn i faget synes å prege informantenes erfaringer og tanker om samhandlingen over video.

Denne studien viser funn som samsvarer med de to andre studiene som ha undersøkt psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med videokonsultasjoner. Videre forskning innenfor feltet er nødvendig for å få en større forståelse av hvordan videokonsultasjoner benyttes og påvirker praksis. Innenfor psykomotorisk fysioterapi vil det videre være behov for kunnskap om pasienters erfaringer med videokonsultasjoner, samt å gjøre observasjonsstudier som i større grad kan si noe om hva som faktisk skjer under en slik konsultasjon.

Litteraturliste

- Bayles, M. (2012). Is Physical Proximity Essential to the Psychoanalytic Process? An Exploration Through the Lens of Skype? *Psychoanalytic Dialogues*, 22(5), 569-585. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.717043>
- Bidmead, E., & Marshall, A. (2020). Covid-19 and the 'new normal': are remote video consultations here to stay? *Br Med Bull*, 135(1), 16-22. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa025>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V., & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. In *Routledge Handbook of Qualitative Research in Sport and Exercise* (pp. 213-227). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315762012-26>
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*(12), 19-26.
- Busvold, K. I. H. (2013). *Den kliniske fortellingen som utgangspunkt for helsefremmende dialog : En kvalitativ studie av pasienters erfaring med fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi* NORA - Norwegian Open Research Archives. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-38781>
- Campo, M., Hyland, M., & Hansen, R. (2022). Experiences of physical therapists during the COVID-19 pandemic: an interpretive phenomenological analysis. *Physiother Theory Pract*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.2021576>
- Cottrell, M. A., & Russell, T. G. (2020). Telehealth for musculoskeletal physiotherapy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 48, 102193. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102193>
- Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D. M. (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clin Proc*, 94(12), 2510-2523. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.018>
- Davies, L., Hinman, R. S., Russell, T., Lawford, B., & Bennell, K. (2021). An international core capability framework for physiotherapists to deliver quality care via videoconferencing: a Delphi study. *J Physiother*, 67(4), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.09.001>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 02.03.22 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Digital arbeidshverdag under korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video*. Direktoratet for e-helse Hentet 02.03.22 fra <https://www.ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021 - bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester*. (IE-1097). Hentet 02.03.22 fra <https://www.ehelse.no/publikasjoner/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse>

- Eian, Ø. (2022). De har like lang utdanning som manuellterapeuter. Nå ønsker de like rettigheter. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/autorisasjon-fysioterapeut-fysioterapeuter/de-har-like-lang-utdanning-som-manuellterapeuter-na-onsker-de-like-rettigheter/141618>
- Eng-Galåen, T. E. (2021). Står på for utvidede rettigheter for psykomotorikere. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-fysioterapeuter-fysioterapi/star-pa-for-utvidede-rettigheter-for-psykomotorikere/134761>
- Engelsrud, G. (2002). Kroppens gyldighet i kvalitativ forskning : et eksempel. *Nordisk pedagogik (trykt utg.)*, 22(2002)nr 1, 13-24.
- Eskeland, S. (2019). Samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi: En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med samtalen i psykomotorisk fysioterapi *OsloMet - Storbyuniversitetet*. <https://hdl.handle.net/10642/8052>
- Ferencz-Flatz, C. (2019). Ten theses on the reality of video-chat: A phenomenological account. *Communications*, 44(2), 204-224. <https://doi.org/10.1515/commun-2018-2012>
- Fernandes, L. G., Devan, H., Fioratti, I., Kamper, S. J., Williams, C. M., & Saragiotto, B. T. (2022). At my own pace, space, and place: a systematic review of qualitative studies of enablers and barriers to telehealth interventions for people with chronic pain. *Pain*, 163(2), e165-E181. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002364>
- Friesen, N. (2014). Telepresence and Tele-absence: A Phenomenology of the (In)visible Alien Online. *Phenomenology & practice*, 8(1), 17-31. <https://doi.org/10.29173/pandpr22143>
- Frittgen, E.-M., & Haltaufderheide, J. (2022). 'Can you hear me?': communication, relationship and ethics in video-based telepsychiatric consultations. *J Med Ethics*, 48(1), 22-30. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107434>
- Fysioterapiforbund, N. (2020, 05.04.20). *NFF's videopodcast om videokonsultasjoner - med Jorunn Lien* Youtube.com. <https://www.youtube.com/watch?v=7s1v7ZTrIk>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi - med kroppen som innfallsvinkel til personen. In A. K. Bergem, *Kroppen i psykoterapi* (pp. 203 s.). Gyldendal akademisk.
- Groven, K. S., Ahlsen, B., & Dahl-Michelsen, T. (2021). Psykomotorisk fysioterapi & covid-19: psykisk helse og samtaler på nye måter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 149-161. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-07>
- Gullslett, Kristiansen, E., & Nilsen, E. R. (2021). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Human Factors*, 8(3), e23150–e23150. <https://doi.org/10.2196/23150>
- Hinman, R. S., Nelligan, R. K., Bennell, K. L., & Delany, C. (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 Res (Hoboken)*, 69(12), 1834-1844.
<https://doi.org/10.1002/acr.23218>
- Høstmark, C. B. (2019). Psykomotorikerne vil sykemelde og henwise. *Fysioterapeuten*.
<https://www.fysioterapeuten.no/henvisning-politikk-psykomotorisk-fysioterapi/psykomotorikerne-vil-sykemelde-og-henwise/118136>
- Høstmark, C. B. (2020). Fysioterapeuter får takst for videooppfølging. *Fysioterapeuten*.
<https://www.fysioterapeuten.no/korona-selvstendig-naeringsdrivende-takster/fysioterapeuter-far-takst-for-videooppfolging/101171>
- Kulseng, A. W., & Gretland, A. (2020). "Nært, men på avstand": en kvalitativ metasyntese om pasienters erfaring med fysioterapi via telerehabilitering. *Fysioterapeuten*, 56-61.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lee, A., Finnin, K., Holdsworth, L., Millette, D., & Peterson, C. (2020). *The report of the WCPT/INPTRA Digital Physical Therapy - practice task force* (WCPT/INPTRA Digital Practice Final Report, Issue 1). <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/WCPT-INPTRA-Digital-Physical-Therapy-Practice-Task-force-March2020.pdf>
- Malliaras, P., Merolli, M., Williams, C. M., Caneiro, J. P., Haines, T., & Barton, C. (2021). 'It's not hands-on therapy, so it's very limited': Telehealth use and views among allied health clinicians during the coronavirus pandemic. *Musculoskeletal Science and Practice*, 52, 102340. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102340>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Melby, L., Sand, K., Midtgård, T. M., Toussaint, P., Karlstrøm, H., & Norges, f. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene : kunnskapsnotat*. Forskningsrådet.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Mårdalen, I. (2020a, 01.04.20). *På høy tid fysioterapeuter fikk takster for videokonsultasjoner*. Hentet 02.02.22 fra <https://fysioterapeuten.no/covid-19-takster-videokonsultasjon/pa-hoy-tid-fysioterapeuter-fikk-takster-for-videokonsultasjoner/121329>
- Mårdalen, I. (2020b, 13.04.20). *Storfornøyd med videokonsultasjon*. Hentet 02.02.22 fra <https://fysioterapeuten.no/videokonsultasjon/storfornoyd-med-videokonsultasjon/101523>
- Mårdalen, I. (2020c, 29.07.20). *Når både kroppen og psyken trenger behandling*. Hentet 02.02.22 fra <https://www.fysioterapeuten.no/psykomotorisk-fysioterapi/nar-bade-kroppen-og-psyken-trenger-behandling/102036>
- Mårdalen, I. (2020d, 26.08.20). *Videotakstene forlenges til november*. *Fysioterapeuten*. . Hentet 02.02.22 fra <https://fysioterapeuten.no/videokonsultasjon/videotakstene-forlenges-til-november/102557>
- Mårdalen, I. (2021). *Får for mange og dårlige pasienter – derfor øker ventelistene*. Hentet 02.02.22 fra <https://www.fysioterapeuten.no/ann-elin-myklebust-fysioterapeut-fysioterapeuter/psykomotorisk-fysioterapeut---far-for-mange-og-darlige-pasienter--derfor-oket-ventelistene/132350>

- NFF. (2018, 22.06.18). *Psykomotorisk fysiotreapi*. Norsk Fysioterapiforbund. Hentet 20.02.22 fra <https://fysio.no/Historie/Kapittel-4/4.2-Historisk-oversikt-over-faggruppene/Psykomotorisk-fysioterapi>
- NFF. (2022). *Psykomotorisk fysioterapi*. Norsk Fysioterapiforbund. Hentet 20.02.22 fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>
- Nicholls, D. A., Groven, K. S., Røe, Y., Dahl-Michelsen, T., & Bjorbækmo, W. (2020). Is COVID showing us the future for physiotherapy? *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/covid-19-fagessay/is-covid-showing-us-the-future-for-physiotherapy/121849>
- Nyre, H., & Steinsvik, K. (2015). Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi: kvalitativ intervjustudie. *Fysioterapeuten* <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-psykomotorisk-fysioterapi/kvalitativ-intervjustudie-profesjonell-utvikling-etter-spesialisering-i-psykomotorisk-fysioterapi/123253>
- Osler, L. (2021). Taking empathy online. *Inquiry (Oslo)*, 1-28. <https://doi.org/10.1080/0020174X.2021.1899045>
- Pihlaja, S., Stenberg, J.-H., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V., & Joffe, G. (2018). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interv*, 11(C), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.005>
- Regjeringen. (2020). *Oppfordrer helsetjenesten til å bruke videokonsultasjon*. Hentet 17.03.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2020ny/oppfordrer-helsetjenesten-til-a-bruke-videokonsultasjon/id2693883/>
- Reynolds, A., Awan, N., & Gallagher, P. (2021). Physiotherapists' perspective of telehealth during the Covid-19 pandemic. *Int J Med Inform*, 156, 104613. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104613>
- Russell, G. I. (2018). *Screen relations: the limits of computer-mediated psychoanalysis and psychotherapy*. Routledge, an imprint of Taylor and Francis. <https://ebookcentral-proquest-com.mime.uit.no/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=2011447>
- Ryum, & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(11), 998-1003
- Råheim, M. (2001). *Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng : en fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter*. Institutt for klinisk psykologi Det psykologiske fakultet Universitetet i Bergen. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016070108069
- Sanders, J. E. (2019). Phenomenology and intersubjectivity: considerations for webcam-facilitated psychotherapy. *Journal of Social Work Practice*, 33(2), 173-184. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1604498>
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Aust J Rural Health*, 22(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>

- Smith, K., Møller, N., Cooper, M., Gabriel, L., Roddy, J., & Sheehy, R. (2022). Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base. *Counselling and psychotherapy research*, 22(1), 92-97. <https://doi.org/10.1002/capr.12436>
- Soleng, E., & Sviland, R. (2022). Berøring som terapeutisk «dans» - En kvalitativ studie av pasienters erfaring med psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-psykomotorisk-fysioterapi/beroring-som-terapeutisk-dans-en-kvalitativ-studie-av-pasienters-erfaring-med-psykomotorisk-fysioterapi/140006>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/484/5092/version/3/file/1401_Fagartikke12.pdf
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg) Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Pensumtjenesten.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003) Kropp, samtale og deltakelse: En nærstudie. *Fysioterap*. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/437/4904/version/3/file/0903_Fagartikke1.pdf
- Thunberg, S., & Arnell, L. (2021). Pioneering the use of technologies in qualitative research – A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1935565>
- Tjora (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg) Gyldendal akademisk
- Turolla, A., Rossettini, G., Viceconti, A., Palese, A., & Geri, T. (2020). Musculoskeletal Physical Therapy During the COVID-19 Pandemic: Is Telerehabilitation the Answer? *Physical Therapy*, 100(8), 1260-1264. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa093>
- UiT, Norges arktiske universitet (2021). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskings og studentprosjekt ved UiT*. Avdeling for forskning, utdanning og formidling (FUF) <https://uit.no/regelverk/sentraleregler#v-pills-755222>
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Gudrun Øvreberg.
- Øydvin, K., Langaas, A. G., & Sylliaas, H. (2022). Psykomotorisk fysioterapi eller pandemisk nødløsning? Erfaringer med bruk av videokonsultasjon i psykomotorisk praksis. *Fysioterapeuten* (2/2022), 38-43.
- Øyehaug, G. A., Paulsen, A. K., Vøllestad, N. K., & Robinson, H. S. (2019). Prioritering og ventetid hos avtalefysioterapeuter - en tverrsnittstudie. *Fysioterapeuten* <https://www.fysioterapeuten.no/avtalefysioterapeuter-fagfelleverdert/prioritering-og-ventetid-hos-avtalefysioterapeuter--en-tverrsnittstudie/125498>

Vedlegg 1 – Statistikk over takster fra Helfo



Notat

Til: Karen Bruce Solstad
Fra: Helfo
Dato: 3. mai 2022
Vår ref: 21/301487-9

Oversikt takst B3a og B3b for perioden mars 2020 - mars 2022

År	Måned	Takstkode	Praksistype- navn	Sum antall takst
2020	3	B3a	Psykomotoriker	1545
2020	3	B3b	Psykomotoriker	4501
2020	4	B3a	Psykomotoriker	3866
2020	4	B3b	Psykomotoriker	12393
2020	5	B3a	Psykomotoriker	1496
2020	5	B3b	Psykomotoriker	5175
2020	6	B3a	Psykomotoriker	902
2020	6	B3b	Psykomotoriker	3139
2020	7	B3a	Psykomotoriker	320
2020	7	B3b	Psykomotoriker	1114
2020	8	B3a	Psykomotoriker	607
2020	8	B3b	Psykomotoriker	1972
2020	9	B3a	Psykomotoriker	733
2020	9	B3b	Psykomotoriker	2418
2020	10	B3a	Psykomotoriker	691
2020	10	B3b	Psykomotoriker	2227
2020	11	B3a	Psykomotoriker	1003
2020	11	B3b	Psykomotoriker	3345
2020	12	B3a	Psykomotoriker	783
2020	12	B3b	Psykomotoriker	2624
2021	1	B3a	Psykomotoriker	995
2021	1	B3b	Psykomotoriker	3537
2021	2	B3a	Psykomotoriker	1009
2021	2	B3b	Psykomotoriker	3539
2021	3	B3a	Psykomotoriker	1144
2021	3	B3b	Psykomotoriker	4029
2021	4	B3a	Psykomotoriker	924
2021	4	B3b	Psykomotoriker	3170
2021	5	B3a	Psykomotoriker	806
2021	5	B3b	Psykomotoriker	2692
2021	6	B3a	Psykomotoriker	870

2021	6	B3b	Psykomotoriker	2900
2021	7	B3a	Psykomotoriker	299
2021	7	B3b	Psykomotoriker	931
2021	8	B3a	Psykomotoriker	511
2021	8	B3b	Psykomotoriker	1633
2021	9	B3a	Psykomotoriker	765
2021	9	B3b	Psykomotoriker	2441
2021	10	B3a	Psykomotoriker	647
2021	10	B3b	Psykomotoriker	1925
2021	11	B3a	Psykomotoriker	777
2021	11	B3b	Psykomotoriker	2402
2021	12	B3a	Psykomotoriker	869
2021	12	B3b	Psykomotoriker	2779
2022	1	B3a	Psykomotoriker	749
2022	1	B3b	Psykomotoriker	2485
2022	2	B3a	Psykomotoriker	632
2022	2	B3b	Psykomotoriker	2130
2022	3	B3a	Psykomotoriker	619
2022	3	B3b	Psykomotoriker	2050

Statistikk mottatt på mail 03.05.22 fra Helfo

Forklaring:

Tabellen viser oversikt over videokonsultasjonstakster pr. mnd fra mars 2020 (første måned med mulighet for å heve takst for VK) og frem til mars 2022.

B3a Videokonsultasjon hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi

B3b Tillegg for behandling ut over 20 minutter per påbegynte 10 minutter, jf. takst B3a

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Vil du delta i Forskningsprosjektet

“Videokonsultasjon i psykomotorisk fysioterapi - en kvalitativ studie av terapeuters erfaringer”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med bruk av videokonsultasjon i individuell behandling/oppfølging av pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et mastergrad-studie der formålet er å frembringe kunnskap om bruken av videokonsultasjoner i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. Etter utbruddet av Covid-19, med påfølgende smitteverntiltak, ble bruken av videokonsultasjoner mer utbredt blant Psykomotoriske fysioterapeuter. Terapeuter har fått ny erfaring med bruk videokonsultasjoner og hensikten med studien er å få større innblikk i hvordan dette har fungert og hvilke erfaringer terapeuter har med bruken av samhandlingsverktøyet. Studien tar sikte på å rekruttere 3-4 psykomotoriske fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Datainnsamlingen vil foregå ved personlig intervju og studien har et kvalitativt design.

Problemstilling er knyttet til hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har med bruk av videokonsultasjon i individuell behandling og hvilke tanker de har om bruken av verktøyet i fagfeltet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT - Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne henvendelsen fordi du har meldt din interesse for å delta etter å ha lest informasjon om studien. Det vil være 3-4 som blir inkludert som informanter.

Du oppfyller studiens inklusjonskriterier, og har:

- minimum 2 års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut
- hatt totalt over 10 videokonsultasjoner, fordelt på minst 3 pasienter
- erfaring med en kroppslig tilnærming og har prøvd ulike kroppslige øvelser/tiltak over videokonsultasjon

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du kan delta i et intervju som varer i 45-60 minutter. Tidspunktet for intervjuet vil tilpasses dine ønsker. Intervjuet vil inneholde spørsmål om dine erfaringer om bruk av videokonsultasjoner i individuelle konsultasjoner og tanker om bruk av verktøyet i psykomotorisk fysioterapi. Intervjuet tas opp på lydopptaker og jeg tar notater underveis i intervjuet. Hvis det lar seg gjøre møter jeg deg der det passer for din del (din arbeidsplass etc.). Det vil også være mulig å gjennomføre intervjuet over videokonferanse om nødvendig. Datamaterialet transkriberes videre og analyseres med hensikt å kunne diskutere og besvare problemstillingen.

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. Ditt navn og kontaktopplysninger vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil lagres i TSD (Tjeneste for Sensitive Data) i tråd med UiT - Norges arktiske universitets retningslinjer. Kun student og veileder vil ha tilgang til materialet. Deltagere i studien vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai/juni 2022. Lyddopptaket slettes ved prosjektslutt.

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

På oppdrag fra UiT- Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- UiT- Norges arktiske universitet, Universitetslektor og veileder i prosjektet

Tlf: _____ E-post: _____

- Masterstudent Karen Bruce Solstad

Tlf: _____ E-post: _____

UiT- Norges Arktiske Universitet, Personvernombud

Joakim Bakkevold på tlf: _____ eller e-post personvernombud@uit.no

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.

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Åpning

- Informasjon om samtykke og taushetsplikt (ikke gi sensitive opplysninger om pasienter)
- Utdanning og arbeidserfaring. Hvor lenge har du arbeidet med PMF?
- Kan du fortelle om din praksis som psykomotorisk fysioterapeut?
 - pasientgrunnlag
- Hvorfor meldte du deg som informant?

Hva er det beste med å jobbe som psykomotorisk fysioterapeut?

Erfaring med videokonsultasjoner i individuell behandling

- Hvilke erfaringer har du med bruk av VK? (fra tidligere)
 - hvordan opplevde du å møte pasienter over skjerm? Mister du noe - hva?
 - fortelle om en pasient/situasjon der videokonsultasjon fungerte godt
 - tanker om hvorfor?
 - fortelle om en pasient/situasjon der videokonsultasjon ikke fungerte så godt
 - tanker om hvorfor?
- har du gjort deg noen tanker om forskjell på lengde av behandling før video (kjent pasient lenge?)
- hvordan påvirker det *kontakten - relasjon*
- ulikheter mellom fysiske behandlinger og videokonsultasjoner
- kroppslig tilnærming over videokonsultasjon - erfaringer

Tanker om videre bruk av videokonsultasjoner i Psykomotorisk Fysioterapi

- Hva tenker du om bruk av videokonsultasjoner i Psykomotorisk fysioterapi?
 - fordeler - ulemper, begrensninger - tekniske
- Hvordan stiller du deg til bruk av videokonsultasjon med tanke på den kroppslige tilnærmingen i faget/fagtradsjonens faglige forankring?
- *Noen i fagmiljøet er kritisk til å utøve Psykomotorisk fysioterapi over videokonsultasjon - hva tenker du om dette?*
- *Noen psykomotoriske fysioterapeuter tar takster for undersøkelse over videokonsultasjon - hva tenker du om dette?*
- Hva skal til for at dette verktøyet skal kunne brukes faglig forsvarlig?
- Når er det hensiktsmessig å bruke videokonsultasjon - og ikke?
- Kroppslige undersøkelse - førstegangskonsultasjon.
- Hvilke tanker har du om videre bruk av videokonsultasjoner i behandling?
- I tradisjonell PMF er man opptatt av respirasjon og omstillingsevne - hvordan opplever du at det blir tematisert eller vurdert i behandling.
- Autonome reaksjoner?

Avslutning

- Hvordan opplevde du intervjuet?
- Har du noen spørsmål til det vi har snakket om?
- Er det noe du vil legge til før vi avrunder?
- Hvilke tanker sitter du igjen med i etterkant av intervjuet?

Vedlegg 4 – Vurdering fra NSD

05.04.2022, 19:36

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

224578

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektperiode

25.10.2021 - 31.05.2022

Vurdering (1)

08.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 07.10.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

