

Digital arbeidsrettet rehabilitering

En kvalitativ survey blant rehabiliteringsklinikker i Norge
— basert på erfaringer etter korona

Forfattere:

Irene Øyeflaten, Martin Skagseth, Guro Lien, Thomas Johansen, Stefan Brunvatne og Solveig Svardal

Rapport Arbeidsliv og Inkludering



Rapporttittel	Digital arbeidsrettet rehabilitering
Prosjektnummer	103608
Institusjon	NORCE Helse / Arbeidsliv og inkludering
Oppdragsgiver	Rehabiliteringssenteret AiR
Gradering	Åpen
Rapportnr.	4-2020
ISBN	978-82-8408-103-8
Antall sider	14
Publiseringsdato	06.11.2020
Sitering	Øyeflaten, I., Skagseth, M., Lien, G., Johansen, T., Brunvatne, S. og Svardal, S. (2020.) Digital arbeidsrettet rehabilitering: En kvalitativ survey blant rehabiliteringsklinikker i Norge – basert på erfaringer etter korona. Bergen: Norwegian Research Center
Geografisk område	Bergen
Stikkord	Arbeidsrettet rehabilitering, digital rehabilitering, kvalitativ forskning,

Sammendrag

Undersøkelsen ble gjennomført i juni 2020 etter full eller delvis nedstenging fra 12. mars. Klinikker som hadde utviklet et digitalt oppfølgingstilbud startet opp igjen med tilpasset drift tidligere enn de som ikke hadde slikt tilbud. Digitale virkemidlet var videokonsultasjoner eller telefonsamtaler, enten som erstatning for eller supplement til fysisk oppmøte ved klinikken. Videomøte ble brukt i en-til-en konsultasjoner og i gruppe. Videomøte og telefonsamtale ble i større grad enn før pandemien brukt som kartlegging i forkant av fysisk rehabiliteringsopphold, for oppfølging av deltakeren samt i trekantsamtaler med eksterne aktører. Erfaringer blant ansatte var generelt positive mens det var blandede tilbakemeldinger fra deltakere. Relasjonsbygging, tillit og allianse var elementer som kunne være utfordrende faktorer digitalt, spesielt for sårbare brukergrupper.

Innhold

1.	Innledning	3
2.	Sammendrag.....	3
3.	Bakgrunn.....	4
3.1.	Hensikt og problemstillinger	5
4.	Metode	5
5.	Etiske forhold med prosjektet	5
6.	Resultater	6
6.1.	Hvordan har koronasituasjonen påvirket daglig drift hos dere?	6
6.2.	Har dere tatt i bruk nye løsninger for å kunne opprettholde drift?.....	6
6.3.	Hadde dere erfaringer med digital oppfølging før denne nye situasjonen oppstod?.....	6
6.4.	Erfaringer etter koronasituasjonen.....	7
6.5.	Hvilke digitale løsninger har dere tatt i bruk?.....	8
6.6.	Hvis dere har tatt i bruk nye løsninger for å kunne opprettholde vanlig drift – hvordan har erfaringene vært med disse løsningene?	9
6.7.	Hvem har dere samhandlet med via digitale løsninger?	12
6.8.	Begrunnelse for ikke å ha satt i gang nye løsninger i klinikken.....	12
6.9.	Hvilket potensial ser dere for digitale løsninger som alternativ til eller supplement til eksisterende tilbud i rehabiliteringen?	12
7.	Konklusjoner	14
8.	Referanser	15

1. Innledning

Forskergruppen Arbeidsliv- og Inkludering (ALI) ved NORCE (Norwegian Research Centre) fikk i mai 2020, i oppdrag av Rehabiliteringssenteret AiR å gjennomføre en undersøkelse blant noen sentrale rehabiliteringsklinikker i Norge om deres erfaringer med bruk av digitale verktøy i rehabiliteringen. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Nasjonal Kompetanstjeneste for Arbeidsrettet Rehabilitering. Klinikker med arbeidsrettet rehabilitering (ARR) eller andre program med arbeid som mål ble kontaktet. Bakgrunnen for prosjektet var at smitteverntiltakene som fulgte med koronapandemien gjorde det vanskelig å gjennomføre ordinære rehabiliteringsopphold ved klinikkene. Denne undersøkelsen er en del av et forprosjekt der hensikten er å utvikle alternative digitale rehabiliteringsforløp for å øke kvaliteten på rehabiliteringen og redusere rehabiliteringsinstitusjonens sårbarhet. Forprosjektet er finansiert av Vestfold og Telemark Fylkeskommunen og Norges Forskningsråd (NFR).

2. Sammendrag

Undersøkelsen ble gjennomført ved 12 rehabiliteringsklinikker i juni 2020. De fleste klinikkene stengte ned fullt eller delvis i en kortere eller lengre periode fra rundt 12. mars. Klinikker som allerede hadde utviklet tilbud om digital oppfølging startet opp igjen med tilpasset drift mye tidligere enn de som ikke hadde slikt tilbud. Det mest typiske digitale virkemidlet var videokonsultasjoner eller telefonsamtaler, enten som erstatning for eller supplement til fysisk oppmøte ved klinikken. Videomøte ble brukt både i en-til-en konsultasjoner og i gruppe. Både videomøte og telefonsamtale ble i større grad enn før pandemien brukt som kartlegging i forkant av et fysisk rehabiliteringsopphold og for å kunne følge opp deltakeren etter oppholdet. I tillegg til oppfølging av deltakeren ble slike løsninger ofte brukt i trekantsamtaler med arbeidsgiver, NAV og helseaktører. På flere klinikker ble det laget egne instruksjonsvideoer, podkaster og/eller e-læringskurs. Hvorvidt nye løsninger ble utviklet og innført ved klinikkene ser ut til å avhenge av hva slags ytelser og avtaler klinikkene har med Helseforetaket og/eller NAV. Erfaringer blant ansatte ved klinikkene varierer, men var hovedsakelig positive. Etter koronasituasjonen skjedde ting veldig fort, noe som kunne føre til frustrasjoner i personalgruppen. På tross av dette ble det mange steder beskrevet stor grad av dugnadsånd og omstillingsevne blant ansatte. Det kunne være vanskeligere å omstille seg for noen yrkesgrupper enn for andre, pga. selve innholdet i arbeidsoppgavene. Klinikkerne rapporterte også om blandede tilbakemeldinger fra deltakere etter omleggingen. Selv om deltakere jevnt over hadde akseptert å benytte digitale løsninger i denne vanskelige situasjonen, var noen skuffet over å ikke få mulighet til å møte personlig. Hovedinntrykket er likevel at de som mottok digital rehabilitering opplevde at tilbudet var godt tilrettelagt og åpnet for god kontakt med fagpersonalet. Informantene trekker fram at relasjonsbygging, tillit og allianse er viktige elementer i alle rehabilitering og at dette kan være vanskeligere å få til digitalt, spesielt for sårbare brukergrupper.

3. Bakgrunn

Etter den dramatiske nedstengingen av Norge i mars måned har det vært redusert pasientaktivitet innen ARR. Noen rehabiliteringsprogram har vært midlertidig stengt, andre har fortsatt i redusert omfang. Nedstengningen fikk store konsekvenser både for deltakere som ikke fikk tilbud om rehabilitering eller som fikk avbrutt sine opphold, for ansatte som ble permittert og for drift ved klinikkene.

ARR-klinikkene som måtte permittere ansatte og redusere drift fikk et økt fokus på digital omstilling. Klinikken har på kort tid måttet legge om deler av rehabiliteringsprogrammene fra fysisk oppmøte til digital rehabilitering og oppfølging. Ved nedstengningen så det ut til å være store forskjeller mellom rehabiliteringsklinikken i hvordan de allerede benyttet seg av digitale virkemidler og hvilke tanker de hadde om å ta i bruk digitale virkemidler i rehabiliteringen. Noen var i gang med et slikt omstillingsarbeid allerede før Covid-19 krisen, og var derfor raske til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder. Andre startet helt på bar bakke. Felles for alle er at denne perioden har bidradd til et nytt perspektiv når man vurderer innhold og form på tjenestetilbudet, samt samhandling med eksterne aktører før og etter rehabilitering.

For å bedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren anbefalte Verdens helseorganisasjon (WHO) allerede i 2010 at medlemslandene i større grad skulle ta i bruk e-helse løsninger (WHO 2010). E-helse er et voksende fagfelt som handler om å bruke informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), f.eks. via internett (nettside og/eller epost), telefon/mobiltelefon eller datamaskin/programvare (WHO 2010). E-helse tiltak ble opprinnelig utviklet for å bedre kommunikasjonen mellom helsevesen og pasienter (WHO 2016). Det er fortsatt slik at de fleste ehelse tiltak, også de som gis til sykmeldte, bruker helsevariabler i stedet for arbeidsdeltakelse som utfallsmål (Notenbomer et al. 2018).

All rehabilitering bygger på god relasjon og tillitt mellom behandler og pasient. Erfaringer fra praksis viser at digital behandling fungerer best når fagpersoner allerede har etablert en relasjon med pasienten (Varsi C. 2016). Relasjonsbygging kan ta tid og vil gjerne kreve fysisk oppmøte for å sikre god kvalitet. Hvor omfattende det personlige møtet må være for å bygge en god og tillitsfull relasjon er individuelt. En norsk studie viser at langtidssykmeldte med vanlige psykiske helseplager og muskelskjelettplager i større grad kom tilbake i arbeid etter døgnbasert ARR sammenlignet med de som fikk et poliklinisk tilbud (Gismervik SØ. et al. 2020). Denne forskjellen kan skyldes flere grunner enn bare mangel på tid til å bygge gode relasjoner. Døgnopphold kan f.eks. gi en pause fra daglige krav og kan gi rom for fordypning, refleksjon og nye mestringsstrategier. Videre sørger rammen i et døgnopphold for faste rutiner rundt måltider, aktiviteter og søvnregulering (Gismervik SØ. et al. 2020). Uansett er det mye som tyder på at oppfølging etter rehabiliteringsopphold ofte er mangelfull når det gjelder samhandling med arbeidsgiver og NAV. Bedre oppfølging kan muligens gi bedre resultater på sikt. Telefonoppfølging som digitalt virkemiddel har vist større effekt på retur til arbeid 1 år etter ARR, sammenlignet med vanlig oppfølging (Hara KW. et al. 2018). Digitale løsninger kan gi lettere tilgang til oppfølging for deltakere som har fullført rehabilitering. Kunnskap om e-helse tiltak innen ARR eller i oppfølging av sykmeldte der retur til arbeid er målet, er imidlertid svært begrenset. En fersk gjennomgang av internasjonal litteratur fant kun 15 publiserte studier som omhandlet e-helse innen arbeid- og helse feltet de siste 12 år (Langjordet Johnsen T. et al. submittet 2020). Digitale løsninger er

foreslått å kunne styrke den viktige dialogen mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og andre aktører og kan bidra til å gjøre overgangen fra sykmeldt til jobb enklere.

3.1. Hensikt og problemstillinger

Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge hvordan koronasituasjonen har initiert nye arbeidsmåter innen rehabiliteringsfeltet. Vi ønsket å kartlegge bruk av digitale løsninger både før og etter koronasituasjonen for å besvare følgende problemstillinger:

- Hadde dere tidligere erfaringer med digital rehabilitering eller oppfølging?
- På hvilken måte har koronasituasjonen påvirket daglig drift?
- I hvilken grad, på hvilken måte og når i et forløp har dere brukt digitale løsninger for å kunne opprettholde drift?
- Hvordan har erfaringene vært for ansatte og deltakere/pasienter?
- Hvordan har digitale løsninger påvirket kvalitet på rehabiliteringen?
- Hvilket potensial ser dere for å kunne bruke digitale løsninger innen arbeid- og helse feltet framover?

4. Metode

Vi gjennomførte en spørreskjemasbasert intervjuundersøkelse blant et utvalg rehabiliteringsklinikker som alle hadde ARR eller arbeid som mål, som en del av rehabiliteringstilbudet. 14 klinikker ble kontaktet enten pr. telefon eller epost og invitert til å delta i undersøkelsen. Spørreskjema ble sendt ut på forhånd slik at kontaktpersonen ved institusjonen fikk muligheten til å drøfte spørsmålene med andre ansatte på forhånd. Dette ble gjort for å sikre at informanten(e) var godt forberedt og representerte erfaringer ved sin institusjon på en best mulig måte. Det var satt av fra 30 – 60 minutter til selve intervjuet. Det ble gjort lydopptak som ble transkribert ord for ord i etterkant.

5. Etiske forhold med prosjektet

Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra hver enkelt informant/institusjon i forkant av intervjuene. Opplysninger fra intervjuene behandles konfidensielt i samsvar med personvernregelverket. Alle data vil bli slettet ved prosjektslutt i desember 2020. Opplysninger fra intervjuene blir sammenfattet i en rapport og vil bli delt med det faglige nettverket av rehabiliteringsinstitusjoner som jobber med ARR. Prosjektet er godkjent av NSD.

6. Resultater

12 av 14 rehabiliteringsklinikker samtykket til å delta i undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført mellom 12. og 29. juni 2020. Alle 4 helseregioner var representert blant deltakende klinikker. 11 av klinikkene har ARR program enten finansiert av helseforetaket og/eller NAV. 3 av klinikkene spesifiserte ikke om de hadde døgn- eller dagtilbud, 1 av klinikkene rapporterte om kun dagtilbud, 2 har kun døgntilbud, mens 5 oppgir at de har både døgn- og dagtilbud. 4 av klinikkene tilbyr også annen rehabilitering der arbeid inngår som delmål. 3 av klinikkene tilbyr annen rehabilitering uten å oppgi arbeid som delmål. Det var god spredning i faglig bakgrunn blant informantene. Fem avdelingsledere, tre klinikkoverleger, to teamledere, en direktør, en personalsjef, en arbeidskonsulent, en fysioterapeut og en kommunikasjonsansvarlig deltok i undersøkelsen. Tre av klinikkene stilte med to informanter. Resultatene er organisert som svar på hvert enkelt spørsmål som ble stilt i intervjuene.

6.1. Hvordan har koronasituasjonen påvirket daglig drift hos dere?

De fleste av rehabiliteringsklinikkene (8 av 11) med ARR-tilbud stengte ned ARR-tilbudet sitt rundt 12. mars og hadde ikke tilbud i 2-3 uker eller mer. Noen klinikker åpnet gradvis igjen i starten av mai, da med redusert ARR-tilbud til noen få deltakere med strenge restriksjoner på smittevern. Noen få klinikker (3 av 11) har hatt delvis, men redusert drift i hele mars, april og mai. Generelt sett forteller klinikkene om at alt av gruppetilbud har blitt kansellert og at tilbudene er blitt mer individuelle, men en klinikk hadde tilbud digitalt gruppetilbud allerede i midten av mars. Informantene forteller om utfordringer knyttet til arbeidsmiljø når man ikke treffes regelmessig og får mulighet til å hjelpe eller støtter hverandre. De forteller også at endring er vanskelig og at det kan oppleves forskjellig for de ansatte. Samtidig rapporteres det om at klinikerne knytter sine erfaringer med endring og usikkerhet i arbeidssituasjoner til det mange av de sykmeldte deltakerne deres går gjennom. Denne erfaringen forteller de at de vil bruke for å kunne gi et bedre tilbud. Informantene forteller at ansatte er blitt omfordelt til andre avdelinger på institusjonen, med andre arbeidsoppgaver. Det har også vært tilfeller hvor ansatte har rullert mellom å være i hjemmekontor og på klinikken. Bare 3 av 11 klinikker bekrefter permittering av ARR-ansatte.

6.2. Har dere tatt i bruk nye løsninger for å kunne opprettholde drift?

Mange rehabiliteringsklinikker var raske med å ta i bruk nye løsninger for å kunne opprettholde drift da koronasituasjonen oppstod. Digitale løsninger erstattet noen steder fysisk oppmøte ved klinikken, eller ble et supplement til fysisk rehabilitering. Hvorvidt nye løsninger ble gjennomført ser ut til å avhenge av hva slags ytelser og avtaler klinikken har med Helseforetak og/eller NAV. Kun en klinikk rapporterte om digital oppfølging på NAV avtalen allerede fra mars. De fleste rapporterte om at digital oppfølging ble gjennomført for klinikker som hadde avtale med Helseforetaket.

6.3. Hadde dere erfaringer med digital oppfølging før denne nye situasjonen oppstod?

De fleste rehabiliteringsklinikkene hadde noe erfaring med digitale løsninger i samhandling med arbeidsgiver og NAV i forkant av pandemien. Dette var hovedsakelig telefonmøter, og dette ble

naturlig videreført etter den nye situasjonen. Informantene forteller også om digitale møter (en-til-en) med lokalt tildelingskontor og med pasient, lege, sosionom, fysioterapeut, pårørende og hjemmetjeneste. Noen få av klinikkene brukte allerede digitale løsninger i selve rehabiliteringen og kunne videreutvikle dette da de ble påvirket av koronapandemien. En typisk løsning før korona var vurderingssamtaler på video eller telefon for å sørge for rett deltaker til rett tilbud. Dette ble gjennomført i større grad under pandemien enn ved tidligere praksis. For polikliniske deltakere har praksis flere steder vært at dersom telefon- eller videokonsultasjon er gjennomførbart, så er dette blitt tilbudt som et supplement til fysisk oppmøte for de som har lang reisevei.

6.4. Erfaringer etter koronasituasjonen

Etter koronasituasjonen ble nye digitale løsninger igangsatt både i forkant av, underveis og i etterkant av et rehabiliteringsprogram.

6.4.1 Før rehabiliteringsoppholdet

Flere nye rutiner ble igangsatt. Noen klinikker startet med å kontakte deltakeren før oppholdet for en kartlegging av deltakerens potensiale for nyttegjøring av et opphold. Dette ble som oftest gjort per telefon. En klinikk ringte to ganger; 14 dager før og rett før fysisk oppmøte. Her var hensikten å kartlegge sykdomsstatus og om deltaker var i stand til å delta under nåværende situasjon. En klinikk erstattet den fysiske kartleggingsdagen med en telefonsamtale. En annen klinikk valgte å ringe alle deltakere i forkant for å tilby og informere om et digitalt tilbud. Her ble det gitt grundig informasjon for å sikre at flest mulig var i stand til å delta. Rehabiliteringsklinikken gav hjelp med førstegangs pålogging til de som trengte det. Alle deltakere fikk i tillegg et veiledningsskriv i forkant.

6.4.2 Underveis i rehabiliteringen

Ulike digitale videoløsninger ble gjennomført for kognitiv terapi, depresjonsmestringskurs, prosessgrupper og undervisning. Det ble gjennomført en blanding av online-terapi og oppfølging over videotelefon og forhåndsinnstilte undervisningsvideoer, bl.a. om trening. Dette gjorde det mulig å opprettholde vanlig drift uten at rehabiliteringsprogrammet ble endret nevneverdig. Noen var så heldige å ha forhåndsinnspilte videoer, laget av ansatte, på temaer som fysisk aktivitet og yoga, noe som deltakerne har kunnet følge hjemme hos seg selv. Dette var spesielt nyttig for de som fikk oppholdet avbrutt pga. korona og som fortsatte hjemme på egenhånd. Bruk av podkaster og e-læring gjorde det mulig for ansatte som satt på hjemmekontor å følge opp deltakere derfra. Deltakere som ble sendt hjem pga. korona ble oppringt en gang per uke etter nedstengning. Typiske temaer var statusoppdatering på helse- og arbeidssituasjon og noen fikk oppdatert treningsprogram som de gjennomførte hjemme. Noen rehabiliteringsklinikker med dagtilbud satte alle fysisk gruppetilbud på pause da koronasituasjonen oppstod, men erstattet dette med individuell oppfølging per telefon/video. Ved gjenåpning til fysisk oppmøte, vil terskelen for å måtte holde seg hjemme nødvendigvis bli strengere enn før og da vil telefon/video være et tilbud til f.eks. deltakere med lette forkjølelssymptomer. Rehabiliteringsklinikker som hadde tilbud om poliklinisk arbeidsrettet psykologisk behandling gikk raskt over til digitale løsninger. De erfarte at det var enklere å gjennomføre arbeidsrettet terapi enn rehabilitering ved hjelp av digitale løsninger.

Koronasituasjonen førte til færre fysisk besøk på arbeidsplassen. Dette ble oftest erstattet av en trekantsamtale på telefon.

6.4.3 Etter rehabiliteringsoppholdet

Deltakere som gjennomførte digital rehabilitering under korona, fikk mer digital oppfølging også i etterkant fordi kvaliteten på rehabiliteringsprogrammet ikke var like god på video. De fleste klinikkene hadde andre rehabiliteringsprogram i tillegg til ARR. For gruppen med sykkelig overvekt er det typisk med lang oppfølgingstid over flere år med et langt opphold og flere korte samlinger eller re-opphold. For denne brukergruppen var det enkelt å erstatte de korte samlingene med digital oppfølging. Individuelle digitale konsultasjonene ble et supplement til polikliniske forløp, gjerne i form av digitale legetimer, videooppfølging av fysioterapeut, og/eller kognitiv terapi via videokonsultasjon.

6.5. Hvilke digitale løsninger har dere tatt i bruk?

- Video en til en og/eller i gruppe på zoom.
- Teams-møter
- Telefonmøter og individuelle telefonsamtaler
- Podkaster
- e-læring
- Norsk Helsennett – Join
- Norsk Helsennett – Confrere (sikker løsning der også pasienter kan delta)
- Kry Connect
- Lukket YouTube kanal. Enkelte klinikker laget egne instruksjonsvideoer som ble formidlet på YouTube. Disse ble laget av ansatte og inneholdt temaer som:
 1. ACT moduler
 2. Psykisk helse
 3. Kroppsbevissthet
 4. Sette seg mål
 5. Treningsprogram på fire ulike nivå
 6. Søvnhygiene
 7. Energiøkonomisering
 8. Stress forståelse
 9. Treningsprinsipper etter kreft
 10. Lykkefellen

6.6. Hvis dere har tatt i bruk nye løsninger for å kunne opprettholde vanlig drift – hvordan har erfaringene vært med disse løsningene?

Informantene ble spurt om hvilke erfaringer både de ansatte og deltakerne hadde med bruk av digitale løsninger etter koronasituasjonen.

6.6.1. Erfaringer hos ansatte

Erfaringene har vært varierende, men mange forteller at det har fungert bra og at de har positive erfaringer med omleggingen til digital drift. Flere klinikker forteller om at ansatte var stolte over hva de faktisk hadde fått til i denne første perioden fra mars til juni. Noen klinikker hadde snudd seg kjapt da koronasituasjonen oppstod og kunne derfor utdype hvilke erfaringer de ansatte hadde, mens andre så vidt var i gang og derfor syntes det var for tidlig å si noe om dette. Det har vært en del frustrasjoner blant ansatte, men flere beskrev en god dugnadsånd; «man måtte bare brette opp ermene». Ting skjedde veldig fort, så det krevde stor omstillingsevne i personalet, noe som kan være mer krevende for noen enn for andre. «Vi måtte på en måte snu om i hodene våre ved å tenke smittevern, kohorter osv.» Vi har måttet gjøre så mye for å opprettholde drift, dele opp team, ulike brukergrupper, ansatte vasket treningsaler og spritet. Det var fysiske omrokninger. Det fortelles om sporty og lærevillige ansatte som førte til at klinikkene kunne opprettholde tilbudet sitt. Digital kompetanse var ikke alltid til stede. Alle gjorde likevel det de kunne, selv om de savnet samværet med kollegaer. Noen steder ble det brukt digital internopplæring. Dette var ganske kjedelig for noen. Ansatte var glade for å ha en jobb å komme til ettersom de kun ble permittert bare i en liten periode. Det var masse uro mens de var permittert, og alle var lykkelige over å komme tilbake på jobb. Flere forteller om at samtlige teammedlemmer har gjennomført digitale konsultasjoner og mange har hatt primærkontaktsamtaler digitalt. Arbeidskonsulentene hadde digitale dialogmøter med NAV og arbeidsgiver på nett.

Det ble fortalt at det var vanskeligere å omstille seg for noen yrkesgrupper enn for andre, pga. de arbeidsoppgavene man hadde som fagperson i teamet. Noen steder var det f.eks. spesielt vanskelig for fysioterapeuter fordi det var vrient å gjøre en god faglig jobb med digitale løsninger. Det som var mest utfordrende å få til, var individuelle fysioterapitimer. Det var veldig uvant for fysioterapeuten å skulle jobbe over en skjerm. Fysisk nærhet er ofte en veldig viktig del av de timene. De valgte å gjennomføre øvelser på video. Dette gikk greit i starten og følte da bedre enn å ikke tilby noe tilbud. Informantene forteller også at frustrasjonen kom når de følte at de ikke fikk fulgt opp deltakerne godt nok, og de merket at progresjonen ikke ble like god. Samtidig forteller de at hadde en positiv tilnærming, og gjorde blant annet en forventningsavklaring med pasientene; hva kan vi få til, hva kan vi ikke få til? De hadde mest fokus på hva gevinsten med en digital konsultasjon kunne være i mangel av noe annet. En informant forteller at fysioterapeutene etter hvert fikk mer dreisen på det, og gjorde seg noen gode erfaringer.

For psykologene fungerte det flere steder bedre. Enten ved en-til-en oppfølging i ulike møterom eller at de prøvd å «lage en god gruppestemning på Zoom». I møte med deprimerte pasienter kunne det være tungt – enda tyngre enn vanlig, med samtaler over skjerm. Da var det særlig viktig at vi som behandlere husket på at det er en depresjon som snakker her, det er ikke nødvendigvis teknologien eller meg som behandler, som er problemet her. Det var viktig for å jevnlig snakke sammen om hva man erfarte i en videokonsultasjon, om hva som var suksesskriterier, hva som

gjorde det vanskelig, og hva som var viktig når det var vanskelig. Ansatte har på den måten ventilt, delt erfaringer, og gitt hverandre gode verktøy.

Legeundersøkelser kunne fungere bra, men det kom an på problemstillingen og pasientens holdning. Legene opplevde at de ikke fikk konfrontert og utfordret deltakeren på samme måte som i et fysisk møte, f.eks. ved angstproblematikk. Da turte de ikke utfordre deltakeren fordi de ikke kunne romme det som eventuelt kom av reaksjoner. Det kan føre til at man blir mer forsiktig som terapeut. Det er også vanskelig å forstå helheten når man ikke ser kroppsspråket til deltakeren. En videokonsultasjon oppleves på mange måter som mer konsentrert, og også raskere å gjennomføre, og kanskje mer «to the point», enn en fysisk konsultasjon. Den kunne slik sett være tidsbesparende. Informantene forteller at det ble ikke så mye utenomsnakk, man var mer konsentrert og snakket om det som var dagens tema. Dette kan være en fordel, men kan samtidig være en ulempe, fordi man kanskje i mindre grad fanger opp det som er «mellom linjene» og «mellomtonene» i kommunikasjonene som man lettere hadde tatt tak i og satt ord på i et fysisk møte. Videokonsultasjoner kan ha en funksjon fremover også, men kan slik vi ser det, aldri fullt ut erstatte fysiske møter. Informanten tror man vil gå glipp av noe som kan ha betydning for terapien, noe som er viktig for deltakeren, hvis man utelukkende skulle basere seg på videokonsultasjoner.

Når vi kaller inn pasienter til videokonsultasjon er det viktig at de får nok informasjon til at de mestrer selve påloggingen. En måte å gjøre dette på er å sende en SMS med litt forklaring og deretter en link. For de som brukte dette for første gang var det ikke alle som helt skjønnte hvordan de skulle gjøre det likevel. Noen ganger klarte ikke pasientene å koble seg på, og vi måtte ringe og høre hva som var problemet, og sette opp avtalen på nytt. De som hadde brukt videoløsningen en gang, klarte det som regel mye bedre neste gang. Men akkurat som ved fysiske avtale, så glemmer folk å møte opp/ringe tilbake, så slik sett er det ikke så stor forskjell. Noen ansatte opplevde det stressende å måtte ha mye individuell oppfølging. Hver pasient måtte ringes daglig på telefon i stedet for oppfølging i gruppe, som ved fysisk tilstedeværelse. De syntes samtidig at det var lettere å følge opp deltakere på telefon, som de hadde skapt en relasjon til tidligere.

En annen utfordring for ansatte var at det tverrfaglige arbeidet ikke gikk like greit. Digitale løsninger både med både deltakere og kollegaer krevde mer for å få til et godt samarbeid. «Det gjør noe med hele stemningen når man er fysisk sammen i et rom. Engasjementet på nett kan bli noe helt annet». I noen unntakstilfeller hadde ansatte opplevd utfordringer med teknologien. Noen kunne f.eks. ikke bruke vanlig trådløst nettverk når de skulle ha videokonsultasjoner. Heller ikke det å bruke en videoløsning på stasjonær PC koblet til et vanlig nettverk hadde fungert på grunn av brannmurer.

6.6.2 Erfaringer hos deltakere

Noen klinikker rapporterte om godt fornøyde deltakere etter omleggingen. Deltakerne uttrykte at de hadde akseptert å bruke digitale løsninger i denne vanskelige situasjonen. De fleste deltakerne opplevde å ha fått nødvendig støtte og oppfølging av sine planer, men det var blandete tilbakemeldinger. Mange var skuffet over å ikke få mulighet til å møte personlig. Hovedinntrykket er likevel at pasienter som mottok digital rehabilitering har opplevd bra kontakt med fagpersonalet og at tilbudet har vært bra lagt opp.

En gjennomgående erfaring er at deltakerne var mer positive til digitale virkemidler når de nettopp hadde vært på et fysisk opphold. Det følte lettere å ha oppfølgingskonsultasjoner på video når man har hatt det første møtet som et fysisk møte. Dette gjaldt ikke kun for deltakere, men også behandlere kunne føle at det var en større terskel å ta det første møtet som videokonsultasjon. Mange har opplyst at de har savnet å kunne benytte bassenget og andre fasiliteter på klinikken. Flere av informantene mener at de aller fleste ville ha foretrukket å være fysisk til stede hvis det hadde vært mulig. Noen hadde positive erfaringer fra tidligere med å komme bort fra hjemmemiljøet slik at de kun trenger å konsentrere seg om seg og sitt.

Det kunne være utfordrende å ha fokus på seg selv og rehabiliteringen i et hjemmemiljø fordi det var forstyrrende å ha familien hjemme samtidig som man skulle jobbe med egne prosesser. Mange pasienter takket derfor nei til digitalt tilbud selv om de gjerne skulle ha deltatt, rett og slett fordi hjemmesituasjonen ikke tillot det. Dette førte til at utsettelse av rehabiliteringen. Andre deltakere trakk frem at å kunne delta i rehabiliteringen hjemmefra var positivt.

Noen fikk en mestringsopplevelse ved å ta i bruk ny teknologi, etter å ha overvunnet innledende dataskepsis og gjennomført digital deltakelse med glans. En informant forteller at, selv om de også tidligere har brukt videomøte sammen med pasienten og NAV, arbeidsgiver og/eller fastlege, kunne den nye situasjonen presse frem lokal oppfølging tidligere enn det ellers ville vært. Det var positivt for pasientene at behandlerne holdt kontakt under nedstengingen. Men de følte seg også trygge på at smittevern ble ivaretatt når de igjen kom tilbake på fysisk opphold. De satte pris på at de skulle holde avstand og at det var tydelighet rundt restriksjoner. Det var viktig med god informasjon. En klinikk gjennomførte en spørreundersøkelse blant brukerne. Noen opplevde den digitale oppfølgingen som veldig bra, faktisk bedre enn ved fysisk oppmøte. En årsak var fordi det minimerte tid og energi brukt på reising. «For noen kan det f.eks. ta en time med kollektiv transport hver vei å komme til oss». Digital oppfølging kombinert med fysisk oppmøte, var da en god løsning. Det ble poengtert at det vil være viktig å finne balansen mellom fysisk oppmøte og avstandsuppfølgning, da dette er noe som vil variere fra person til person. Noen deltakere savnet å være i gruppe.

Ved en klinikk opplevde de at deltakere som sleit med angst blomstret opp under digital oppfølging. Det var skapt en allianse ved klinikken først og dette la et godt grunnlag for å følge opp deltakerne hjemme. De klarte faktisk å delta mer. Noen deltakere sa det er fint med digital kontakt når jeg er fysisk dårlig, mens andre sa det er fint å måtte ut av huset til et bestemt klokkeslett og at det er trening i å møte andre.

En informant fortalte at digital oppfølging av deltakere med lave norskerferdigheter kunne være utfordrende. Det var også vanskelig å følge opp personer med lave digitale ferdigheter og lite teknisk utstyr. Det var ikke alle som hadde smart-telefon, nettbrett, PC eller tilgang til epost.

Mange deltakere var skeptiske til det å delta i videokonsultasjon. De ville gjerne ha oppfølging, men da helst per telefon. Informanten forteller at de utfordret deltakerne til å prøve digitalt møte en gang. Etter å ha erfart hvordan video fungerte, foretrakk de aller fleste video framfor telefon i den videre oppfølgingen. Det hjalp også på motivasjonen at noen etter hvert hadde erfaring med videokonsultasjon fra andre situasjoner, som f.eks. i møte med fastlegen sin. Jo vanligere videomøter blir ellers i samfunnet, desto lavere terskel vil det kanskje og bli for deltakere i rehabilitering å bli med på videokonsultasjon.

6.7. Hvem har dere samhandlet med via digitale løsninger?

De fleste rehabiliteringsklinikkene hadde noe erfaring med digitale løsninger i samhandling med arbeidsgiver og NAV i forkant av pandemien. Dette var hovedsakelig telefonmøter, og disse ble naturlig videreført etter at korona situasjonen oppstod. En erfaring er at NAV veiledere har hatt bedre tid i denne perioden og har derfor vært lettere å samarbeid med.

En ny erfaring for noen har vært å ha skjermoppfølging med arbeidsgiver via Norsk Helsenett. Men de fleste klinikkene har kun brukt telefon i dialogen med arbeidsgiver også etter at denne situasjonen oppstod. Det er lavere terskel for eksterne å delta per telefon enn på video. Det ser ut til å mangle digital kompetanse hos noen aktører. Informantene forteller også om digitale møter (en-til-en) med lokalt tildelingskontor og med pasient, lokal lege, sosionom, fysioterapeut, pårørende og hjemmetjeneste. I tillegg til samhandling med arbeidsgivere og NAV, utreder nå noen klinikker mulighetene for å samarbeide mer digitalt med fastlege. Flere klinikker har samhandlet med arbeidsgivere og NAV ved behov, mens andre har innført dette som en fast praksis for alle. En klinikk som har holdt på med videomøter med arbeidsgiver og NAV i mange år forteller at de gikk over fra å ha digitale møter før under og etter, til kun å gjennomføre dette en gang under oppholdet, fordi det da er lettere å involvere deltakeren selv. Det blir løftet frem som et viktig premiss at deltakeren selv deltar i de digitale møtene.

6.8. Begrunnelse for ikke å ha satt i gang nye løsninger i klinikken.

De rehabiliteringsklinikkene som ikke hadde tatt i bruk nye løsninger for å opprettholde drift, ved tidspunkt for intervju i juni, hadde ulike begrunnelser for dette. Et par klinikker fikk helt andre arbeidsoppgaver gjennom såkalte beredskapsavtaler med Helseforetaket. Fysioterapeuter og ergoterapeuter ble f.eks. overført fra rehabilitering til døgnpleie. En annen begrunnelse var at man opprettholdt vanlig fysisk, men redusert drift, ved å justere gruppestørrelse, opprette kohorter og avstandsregler. En siste begrunnelse var at klinikken fortsatt var i en fase der de planla nye digitale løsninger, men at de ennå ikke var kommet i gang med de nye ordningene i juni.

6.9. Hvilket potensial ser dere for digitale løsninger som alternativ til eller supplement til eksisterende tilbud i rehabiliteringen?

De fleste informantene er positive til å ta i bruk digital rehabilitering og forteller at digitale løsninger åpner for økt fleksibilitet i tilbudet. Dette gjelder spesielt for de med lang reisevei eller andre brukergrupper, som av ulike grunner helst bør få et tilbud på sin hjemmeplass. Informantene er generelt enige i at det bør gjøres en vurdering av hvilke brukergrupper som kan ha nytte av et digitalt tilbud, og at denne vurderingen bør gjøres ved fysisk oppmøte. Dette gjenspeiles hos flere av informantene som vektlegger at relasjonsbygging kan være vanskelig å få til like bra digitalt. Relasjonsbyggingen trekkes frem som viktig i rehabiliteringstjenesten for å vektlegge at det er den individuelle brukerens behov som er viktig og at tilrettelegging i tilbud og individuell oppfølging skjer best ved nær kontakt og god allianse. Dette oppleves som vanskeligere å få til digitalt. En informant beskriver en erfaring med at første opphold har vært fysisk og det neste digitalt som har fungert godt. Informanten har også erfart at digitalt tilbud i første del av rehabiliteringen har fungert dårligere, med mer reservert deltakelse fra pasientene enn når første oppholdet var fysisk. En annen informant forteller at de planlegger å starte med en digital kartleggingssamtale 4 uker i forkant av rehabiliteringen. Et forslag blant informantene er at et digitalt møtepunkt i forkant av

en fysisk rehabilitering kan brukes til å motivere deltakere, samt at digital oppfølging i etterkant av oppholdet kan supplere rehabilitering og gi positive virkninger. En annen informant forteller at de har vurdert å tilby digital oppfølging i et opphold mellom to bolker med rehabilitering i form av fysisk tilstedeværelse.

Flere av klinikkene har vurdert å lage instruksjonsvideoer som pasientene kan bruke underveis eller etter rehabiliteringen. Da er det fint hvis dette kan brukes på telefon slik at de kan bli minnet på hvordan de f.eks. gjør fysiske øvelser. Digitale instruksjoner om avspenning, mindfulness etc. er også vurdert. En annen informant har erfart at samtalerapi fungerer ok digitalt, mens skjemaføringer samt undersøkelser fungerer dårlig.

Virtual Reality (VR) trekkes frem som interessant tilbud, spesielt i arbeidstrening. Noen informanter beskriver også Flowzone som et interessant verktøy som allerede er i bruk i rehabilitering i Norge. Tverrfaglige møter på nett tas i bruk i dag og trekkes frem som et virkemiddel med positive erfaringer. En informant forteller at det øker sannsynligheten for deltakelse i samarbeidsmøter når det tilbys digital deltakelse i tillegg til fysisk deltakelse. Faglige oppdateringer på nett brukes også og trekkes frem som positivt både som effektivitetsfremmende samt et godt miljøtiltak sammenlignet med å samles i en gruppe etter lang reisevei. Webinar trekkes frem av en informant som noe man bør bruke mer, selv om informanten ser negativt på fravær av nettverksbygging i pausene. Flere informanter er skeptisk til digital rehabilitering som en erstatning for fysisk oppmøte. Digitalt mister pasientene det sosiale miljøet, det å være en gjeng og erfaringen med å dele felles problemstillinger og opplevelsen av å se at andre sliter med samme ting som en selv. En informant er redd for mindre tverrfaglig samhandling i klinikken ved mer digitalisering samt at kognitiv terapi vil lide under en digitalisering. Relasjonsbygging og veiledning samt oppfølging av hjemmelekser trekkes frem som vanskelig å få til like bra digitalt.

Det råder også en generell bekymring for personvern samt tekniske løsninger som vanligvis skaper problemer ved digitale virkemidler. Løses slike bekymringer med utvikling i teknikk og brukergrensesnitt tror informantene at digital rehabilitering og digital samhandling brukes mer. En informant trekker frem et forslag om å kunne integrere videokonsultasjon i journalsystemet, hvor man da kunne legge til videosnutter av pasient i journalen.

Noen av informantene er opptatt av hva oppdragsgiverne og avtalene sier om eller vil vektlegge av digitale løsninger. Det er en del reguleringer i hvordan rehabiliteringen skal leveres og oppdragsgiveren styrer også hvordan innholdet blir fremover. Hvordan man løser økonomiske betingelser for digitale løsninger blir også tatt opp som spørsmål det ønskes svar på blant informantene.

Flere informanter forteller at erfaringene fra digital rehabilitering bør evalueres før man setter i gang store endringsprosesser i tilbudet. Digitalisering skal komme brukeren til gode og da trenger vi forskning for å vite om dette oppnås.

7. Konklusjoner

De fleste av rehabiliteringsklinikkene hadde enten startet opp med digital rehabilitering og/eller oppfølging i en eller annen grad, eller de var godt i gang med å planlegge dette. Erfaringene så langt var stort sett positive både for ansatte og deltakere. Det var likevel enighet om at digitale virkemidler ikke kan erstatte et fysisk rehabiliteringsopphold. All behandling og rehabilitering bygger på god relasjon og tillitt mellom deltaker og behandler. Dette er det lettere å få til ved fysisk kontakt, selv om det kan være store individuelle forskjeller i behov mellom deltakere. E-helse med bruk av digitale verktøy ble derfor først og fremst fremhevet som et godt supplement til fysisk oppmøte. Nye erfaringer knyttet til koronasituasjonen gjorde at mange klinikker var blitt mer positive til å utforske og utvikle digitale virkemidler både underveis i rehabiliteringsoppholdet og i oppfølging og samhandling med deltaker og andre aktører som arbeidsgiver, NAV og helsepersonell etter et rehabiliteringsopphold.

8. Referanser

- Gismervik SØ, Aasdahl L, Vasseljen O, Fors EA, Rise MB, Johnsen R, et al. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2020.
- Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Hara KW, Bjørngaard JH, Brage S, Borchgrevink PC, Halsteinli V, Stiles TC, et al. Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(2):265-78
- Langjordet Johnsen T, Johansen T, Hedeager Momsen AM, Tveito TH, Vinther Nielsen C, Varsi C, Øyeflaten I. eHealth interventions to facilitate work participation: a scoping review. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Submitted 2020
- Notenbomer A, Roelen C, Groothoff J, van Rhenen W, Bültmann U. Effect of an eHealth intervention to reduce sickness absence frequency among employees with frequent sickness absence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(10):e10821.
- WHO. Health systems financing. The path to universal coverage. *The World Health Report 2010*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Varsi C. Implementation of eHealth patient-provider communication tools into routine practice. University of Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2016.