

# Ergoterapeuters erfaringer med telehelse i praksis – medborgerskap i den digitale tidsalderen

Av Jostein Fidjeland & Tone Dahl-Michelsen



*Jostein Fidjeland har master i medborgerskap og samhandling. Han arbeider som ergoterapeut i Kvinesdal kommune.*



*Tone Dahl-Michelsen er fysioterapeut med ph.d. og er professor i helse og rehabilitering ved VID vitenskapelige høyskole og OsloMet – storbyuniversitetet.*

*Det er ingen interessekonflikter mellom forfatterne.*

## Abstract

**Background:** The digital transformation of health services has accelerated, with telehealth becoming central. This study explores occupational therapists' experiences with telehealth in Norwegian municipal services asking: What perceptions and experiences do occupational therapists have with telehealth in health and care services, and what opportunities and challenges do they believe telehealth presents in addressing today's and future health challenges?

**Theoretical framework:** The study draws on transformative citizenship and digital citizenship theories.

**Method:** A hermeneutic-interpretive framework guided the design, using semi-structured interviews with five municipal occupational therapists. The empirical data is analyzed with Braun and Clarke's reflexive thematic analysis.

**Findings:** Two themes are presented:

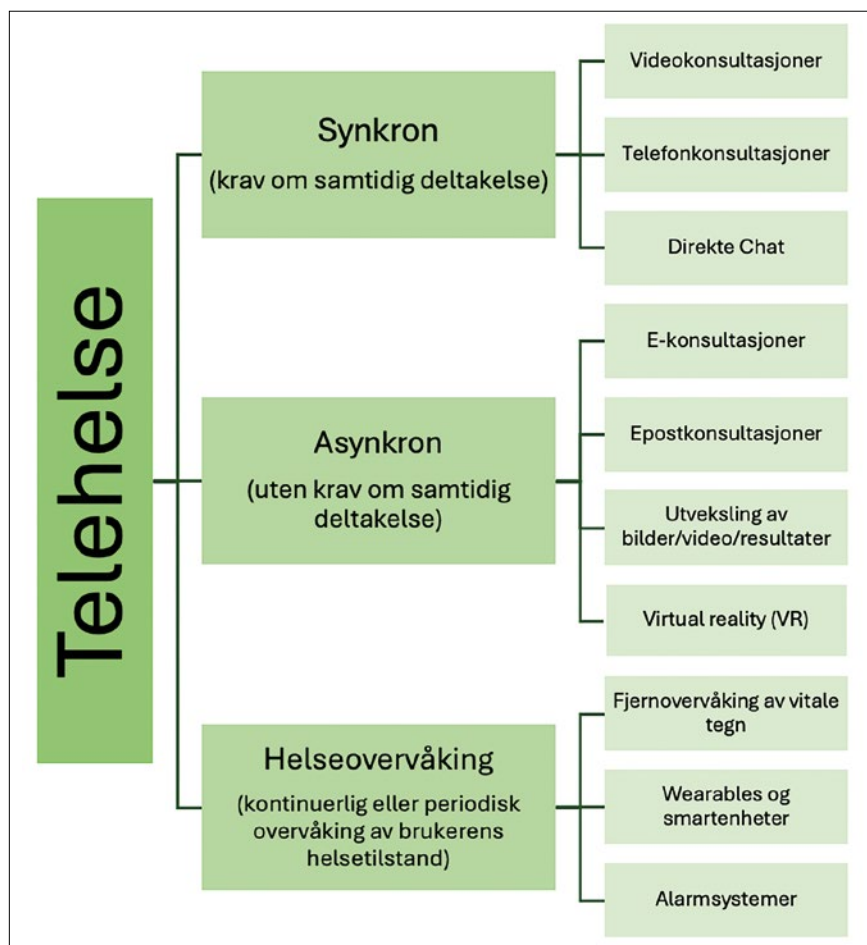
- 1) Advantages and opportunities of using telehealth in occupational therapy, which includes content related to access and availability, efficiency and innovation, user-involvement and autonomy, rehabilitation and mastery, interprofessional collaboration and competence development.
- 2) Disadvantages and limitations of using telehealth in occupational therapy, which comprises technological challenges, privacy and ethical dilemmas, access barriers and social inequality, changes in user contact, economic and regulatory constraints.

**Conclusion:** Telehealth presents both opportunities and limitations, underscoring the need for stable frameworks supporting diverse user needs.

**Keywords:** occupational therapy, telehealth, citizenship, municipal health-services

## Introduksjon

De siste årene har digitalisering av helse- og omsorgstjenestene fått økt politisk og faglig oppmerksomhet som et virkemiddel som skal sikre tilgjengelige, bærekraftige og sammenhengende tjenester (Meld. St. 5 (2023–2024); Meld. St. 9 (2023–2024)). Telehelse omfatter bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å levere helsehjelp på avstand, blant annet gjennom digitale konsultasjoner, alarmsystemer og ulike former for fjernmonitorering (se Figur 1: Ulike former for telehelse) og telehelse er derfor sentralt i den digitale utviklingen (Andino et al., 2023; Mechanic et al., 2022; Olivera, 2020). En annen form for telehelse er Virtual Reality (VR), også kjent som virtuell virkelighet på norsk (Dvergsdal & Aabakken, 2016), en form for teknologi som gjør det mulig for personer å oppleve og samhandle med tredimensjonale datagenererte miljøer (Hung & Fong, 2019; Phipps & Roberts, 2018). Gjennom visuell og sensorisk tilbakemelding kan brukeren bevege seg og utføre handlinger i et simulert miljø som etterligner eller utvider virkelige situasjoner. Innen rehabilitering brukes VR til å skape kontrollerte treningsarenaer hvor bevegelse, intensitet og tilbakemelding kan tilpasses for å fremme motorisk læring og funksjonell bedring (Phipps & Roberts, 2018). I Figur 1: Ulike former for telehelse, er VR plassert under asynkron telehelse. For selv om VR kan utføres synkront med en terapeut til stede, er dette ikke et krav (Phipps & Roberts, 2018). Covid-19 pandemien bidro til en raskere implementering av digitale løsninger, og telemedisin og telerehabilitering har følgelig fått en tydeligere plass innen kommunale tjenester som ergoterapi og fysioterapi (Freeman



Figur 1: Ulike former for telehelse.

& Bhatt, 2023; Rask & Fagtrup, 2017; Shin et al., 2024).

Nasjonale føringer peker på innovasjon og teknologisk utvikling som en løsning på framtidens helseutfordringer, inkludert en aldrende befolkning og økende press på tjenestene (Meld. St. 5 (2024–2025); Meld. St. 18 (2018–2019)). Telehelse forstås som en praksis som påvirker relasjonen mellom tjenesteyter og bruker, og får konsekvenser for faglig autonomi, tilgjengelighet og kvalitet i tjenestene (Carrington & Islam, 2023; Olivera, 2020). For ergoterapeuter, som arbeider tett på brukeres hverdagsliv og aktivitetsutførelse, aktualiserer dette nye faglige og etiske problemstillinger knyttet til deltakelse, mestring og likeverd (Boop et al., 2020).

Tidligere forskning har under-

søkt telehelsens effekt, gjennomførbarhet og brukeropplevelse (Feldhacker et al., 2022; Shin et al., 2024). Langvarig bærekraft, profesjonelles erfaringer og hvordan telehelse integreres i kommunale tjenester er derimot lite undersøkt (Andino et al., 2023). Flere studier etterlyser også forskning som belyser digitale ulikheter, tverrfaglig samhandling og implikasjoner for tjenestemottakernes rett til deltakelse og medvirkning (Hatef et al., 2024; Nguyen et al., 2023; Samnani & Dwivedi, 2023). Vi mangler også kunnskap om hvordan ergoterapeuter selv erfarer telehelse i praksis.

På bakgrunn av dette undersøker vi i denne studien følgende problemstilling: *Hvilke oppfatninger og erfaringer har ergoterapeuter med telehelse i helse- og*

*omsorgstjenestene, og hvilke muligheter og utfordringer mener de at telehelse har i møte med dagens og framtidens helseutfordringer?*

## **DIGITALT OG TRANSFORMATIVT MEDBORGERSKAP**

Medborgerskap er individets rettigheter, plikter og muligheter for deltakelse i samfunnsliv, inkludert tilgang til tjenester og ressurser som er nødvendige for å leve et selvstendig og meningsfullt liv (Marshall, 2009). I helse- og omsorgstjenestene innebærer et medborgerskapsperspektiv at brukere skal kunne delta aktivt i beslutninger om egen helse, bli møtt som likeverdige samfunnsborgere og motta tjenester som fremmer autonomi, deltakelse og sosial inkludering (Banks, 2017; Davis, 2021).

I ergoterapi knyttes medborgerskap til grunnleggende verdier som aktivitet, deltakelse og rettferdig tilgang på tjenester (Boop et al., 2020; Olivera, 2020). Profesjonens faglige orientering mot hverdagsliv og miljø gjør at ergoterapeuter arbeider i skjæringspunktet mellom individuelle rettigheter og strukturelle rammer – herunder hvordan tjenester faktisk organiseres og hvilken tilgjengelighet brukere møter i praksis (Boop et al., 2020).

Digitaliseringen av helse- og omsorgstjenester har gjort digitalt medborgerskap til et sentralt begrep. Digitalt medborgerskap handler om borgeres mulighet til å delta i samfunnet gjennom digitale løsninger og forutsetter både tilgang til teknologi, digital kompetanse og tjenester som er utformet slik at de faktisk kan brukes av befolkningen (Davis, 2021). I møte med telehelse blir digitalt medborgerskap praktisk

og konkret: Brukere må kunne logge seg på, forstå plattformene og delta meningsfullt i konsultasjoner og oppfølging (Davis, 2021; Hatef et al., 2024). For noen grupper kan telehelse redusere barrierer knyttet til geografi, mobilitet og kapasitet, mens det for andre kan skape nye former for utenforskap hvis kompetanse, språk eller teknisk infrastruktur ikke er på plass (Hatef et al., 2024).

Transformativt medborgerskap retter søkelyset mot hvordan strukturer, praksiser og maktforhold i tjenestene kan endres for å styrke likeverd og deltakelse (Banks, 2017). I denne studien brukes perspektivet for å tydeliggjøre at telehelse ikke bare handler om digital tilgang, men om hvordan teknologien kan bidra til eller hindre reell endring i tjenestenes innhold, arbeidsmåter og fordelingen av muligheter.

Bruken av telehelse kan bidra til å utjevne geografiske og praktiske barrierer, men kan også skape ny ulikhet hvis teknologien ikke er universelt tilgjengelig eller hvis kompetansekravene overstiger brukernes forutsetninger. Telehelse utvikles dessuten ikke i et vakuum. Den inngår i en bredere samfunnsmessig satsing på digitalisering, innovasjon og likeverdige helsetjenester, slik det uttrykkes i nasjonale føringer og internasjonale rammer som FNs arbeid med å styrke tilgang til helsetjenester og redusere ulikhet (Freeman & Bhatt, 2023; Olivera, 2020).

## **Metode**

I tråd med studiens hensikt om å få innsikt i hvilke oppfatninger og erfaringer ergoterapeuter har med telehelse i kommunale helse- og omsorgstjenester, ble et kvalitativt forskningsdesign valgt. Vår kvalitative tilnærming er forankret i her-

meneutisk metodologi, som vektlegger forståelse av menneskelige erfaringer gjennom fortolkning av meningsinnhold som formes gjennom en kontinuerlig bevegelse mellom del og helhet – den hermeneutiske sirkelen (Gadamer, 2006; Krogh, 2014)

## **UTVALG OG INTERVJU**

Datamaterialet ble samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer med ergoterapeuter som arbeidet i kommunale tjenester. Utvalget var strategisk, og inklusjonskriteriet var at ergoterapeutene måtte ha minimum ett års erfaring med å bruke teletjenester som del av sin yrkesutøvelse. Formålet var ikke å oppnå representativitet i statistisk forstand, men å sikre variasjon i erfaringer og kontekster slik at fenomenets bredde kunne utforskes. Utvalgets størrelse er i tråd med kvalitativ forskning der dybde og rikhet i materialet er viktigere enn antall deltakere, og der få deltakere gir mulighet for grundig utforsking av komplekse praksiser (Malterud, 2017).

Rekrutteringen skjedde gjennom henvendelser til kommunale ergoterapitjenester via e-post, der formålet med studien, frivillighet, anonymisering og rammer for deltakelse ble presentert. De ergoterapeutene som meldte interesse, ble kontaktet for avtale om intervju. Alle fikk tilsendt informasjonskriv i forkant, og samtykke ble innhentet skriftlig før intervjuene startet. Ingen av deltakerne sto i et direkte avhengighetsforhold til forskeren, og dette ble tydeliggjort for å ivareta en trygg intervjusituasjon.

Utvalget består av fem ergoterapeuter, fire kvinner og én mann, i alderen 28 til 63 år. De arbeider i ulike deler av landet – Finnmark, Møre og Romsdal, Rogaland og

Tekstutdrag	Koder	Tematisk innhold	Tema
<i>Før måtte pasientene reise langt for oppfølging, men nå kan vi følge dem opp jevnlig uten at de trenger å forlate hjemmet</i>	Pasient følges opp digitalt i sitt hjem	Tilgang og tilgjengelighet	Fordeler og muligheter ved bruk av telehelse i ergoterapi
<i>Vi sparer 21 minutter per elev med spesialpedagogiske behov per uke, noe som i løpet av et år tilsvarer en hel stilling</i>	Sparer tid	Effektivisering og innovasjon	
<i>Pasientene kan nå følge med på sin egen progresjon, se treningsplaner og få umiddelbar tilbakemelding via digitale plattformer</i>	Helseovervåking, tilbakemelding og progresjon	Brukermedvirkning og autonomi	
<i>Når systemene ikke fungerer, stopper hele arbeidsflyten vår opp. Vi må ofte bruke unødvendig mye tid på feilsøking i stedet for å følge opp pasientene</i>	Problemer med systemfeil, eller utfordring med maskinvare	Teknologiske utfordringer	Ulemper og begrensninger ved bruk av telehelse i ergoterapi
<i>Vi ser at GPS-sporing kan gi pårørende trygghet, men vi må alltid vurdere hvor grensen går mellom sikkerhet og overvåkning</i>	GPS, sporing og overvåking, sikkerhet	Personvern og etiske dilemmaer	
<i>Vi ser at mange eldre pasienter sliter med å bruke digitale løsninger, enten fordi de ikke har smarttelefon eller fordi de ikke er vant til teknologien</i>	Mange eldre sliter med digitale løsninger	Tilgangsbarrierer og sosial ulikhet	

Tabell 1: Eksempler på analyse.

Østfold – og representerer både rurale og urbane kommuner. Ergoterapeutene arbeider innen ulike deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert hjemmebaserte tjenester, rehabilitering, hverdagsmestring og habilitering av barn og unge.

Intervjuene ble gjennomført digitalt, og det semistrukturerte formatet gjorde det mulig å følge en intervjuguide samtidig som deltakerne kunne gå i dybden på egne erfaringer. Intervjuguiden omfattet spørsmål om hvordan telehelse ble praktisert, hvilke muligheter og begrensninger deltakerne erfarte, og hvordan dette påvirket deres faglige vurderinger. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter og ble tatt opp og transkribert ordrett for å sikre et nøyaktig datagrunnlag.

## ANALYSE

Analysen fulgte prinsippene for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). Først ble transkripsjo-

nene lest gjennom flere ganger for å bli kjent med innholdet og helheten i materialet. Gjentatte gjennomlesninger gjorde det mulig å identifisere førsteinntrykk, foreløpige mønstre og sentrale utsagn som pekte mot gjentakende meningsinnhold (Braun & Clarke, 2022). I andre trinn ble det generert systematiske koder knyttet til utsagn som omhandlet erfaringer med tilgjengelighet, brukermedvirkning, innovasjon, tekniske utfordringer, relasjon og etikk (Braun & Clarke, 2022). Kodingen ble gjort manuelt og på tvers av hele materialet, slik at alle relevante utsagn ble fanget opp uavhengig av hvor i intervjuene de forekom.

Disse kodene ble i tredje trinn gruppert i mulige undertemaer gjennom en prosess der likheter, kontraster og relasjoner mellom kodene ble vurdert. I denne fasen hadde første og siste forfatter to møter der ulike undertema ble diskutert. Fokus i diskusjo-

nene lå på hvordan erfaringer som ergoterapeutene beskrev hørte sammen, og hvordan ulike beskrivelser belyste ulike sider av telehelse. I fjerde trinn ble undertemaene videreutviklet og vurdert opp mot det samlede datamaterialet for å sikre at de representerte konsistente mønstre. I dette trinnet ble også alternative tolkninger vurdert, i et tredje møte mellom første og siste forfatter, og koder som ikke passet inn i helheten, ble omorganisert eller forkastet.

I femte trinn ble undertemaene konsolidert til to overordnede hovedtemaer som fanget studiens kjernefunn: «Fordeler og muligheter ved bruk av telehelse i ergoterapi» og «Ulemper og begrensninger med bruk av telehelse i ergoterapi». I det sjette og siste trinnet av analysen ble temaene videre presisert og beskrevet i lys av studiens problemstilling.

Analyseprosessen er eksemplifisert i *Tabell 1: Eksempler på ana-*

lyse som illustrerer den analytiske prosessen.

I analyseprosessen gjorde vi også en vurdering av datametning med utgangspunkt i Malteruds begrep om informasjonsstyrke, der relevans, kvalitet og dybde i materialet ble tillagt større vekt enn antallet deltakere (Malterud, 2017). Vi vurderte at materialet hadde tilstrekkelig informasjonsstyrke til å belyse studiens problemstilling.

## ETIKK

Prosjektet ble meldt til og godkjent av Sikt – Norsk senter for forskningsdata (referansenummer 312476), og alle deltakere fikk informasjon om formål, frivillighet og rett til å trekke seg. Deltakerne ble anonymisert i transkripsjoner og i presentasjonen av funn, og alle direkte identifiserbare opplysninger er fjernet. Digital gjennomføring av intervjuene ble vurdert som etisk forsvarlig og praktisk hensiktsmessig. Datasikkerhet ble ivaretatt ved bruk av krypterte plattformer og lagringsenheter frakoblet internett i tråd med gjeldende retningslinjer (VID, 2026).

Førsteforfatter er ergoterapeut med kjennskap til feltet, og derfor var det nødvendig å være bevisst på hvordan egne erfaringer kunne påvirke tolkningen av materialet. Refleksivitet over egen forforståelse ble ivaretatt ved å skrive refleksjonsnotater, lese gjennom transkripsjonene flere ganger med et utforskende og åpent blikk, og hele tiden vurdere om tolkningene var godt forankret i deltakernes egne beskrivelser. Bevissthet på egen forforståelse ble også ivaretatt gjennom diskusjoner med sisteforfatter som ikke har personlig kjennskap til feltet.

## Funn

Analysen resulterte i to hovedtema: 1) Fordeler og muligheter ved bruk av telehelse i ergoterapi og 2) Ulemper og begrensninger ved bruk av telehelse i ergoterapi. Det første inkluderer tematikker som: tilgang og tilgjengelighet, effektivisering og innovasjon, og brukermedvirkning og autonomi. Det andre inkluderer tematikker som: teknologiske utfordringer, personvern og etiske dilemmaer og tilgangsbARRIERER og sosial ulikhet.

### FORDELER OG MULIGHETER VED BRUK AV TELEHELSE I ERGOTERAPI

Ergoterapeutene i vår studie erfarer at videokonsultasjoner gjør tjenestene mer tilgjengelige for brukere som har utfordringer med mobilitet, reisevei eller uforutsigbare værforhold. En av dem sa det slik: *«Før måtte pasientene reise langt for oppfølging, men nå kan vi følge dem opp jevnlig uten at de trenger å forlate hjemmet»*. Erfaringene handler om at de digitale løsningene fjerner den barrieren som brukerne har med transport. Videokonsultasjoner fremstår da som en mulighet fordi man kan gjennomføre konsultasjoner på dager der fysiske møter ville blitt avlyst på grunn av uvær eller vanskelige kjøreforhold. Dette var særlig en fordel i distriktskommuner. Ergoterapeutene fortalte også at redusert ventetid er en fordel med telehelse fordi digitale konsultasjoner kan legges inn på kort varsel. En av dem sa det slik: *«Det kan ta uker å få en avtale for en fysisk konsultasjon, men med videokonsultasjoner kan vi ofte sette opp en time allerede samme uke»*. Denne muligheten har stor betydning i akutte situasjoner, fordi det da er mulig å gi veiledning uten å måtte vente på

fysiske vurderinger, slik ergoterapeutene hadde måttet gjøre før de hadde videokonsultasjoner.

En annen fordel som trekkes frem er at videokonsultasjoner gjør arbeidet mer effektivt ved å redusere tiden som brukes på logistikk og reise, og at de ikke må vente til neste fysiske avtale. Dette kommer til uttrykk i utsagn som: *«Tidligere brukte vi mye tid på logistikk og transport, men nå kan vi gjennomføre flere konsultasjoner digitalt på en dag»*. Det å kunne følge opp med raskere tilbakemelding og oppfølging ble sett på som en viktig fordel, og i en kommune hadde dette også blitt synliggjort gjennom konkrete tall: *«Vi sparer 21 minutter per elev med spesialpedagogiske behov per uke, noe som i løpet av et år tilsvarer en hel stilling»*.

Det å få mer konkret innblikk i brukerens hverdagsmiljø, er en annen fordel med digital hjemmeoppfølging der vurderingsgrunnlaget for ergonomisk tilrettelegging styrkes. En ergoterapeut som bruker videokonsultasjoner sa: *«Når vi ser pasientene hjemme, får vi et helt annet innblikk i deres utfordringer og behov»*. En annen utdypet: *«Tidligere måtte vi stole på pasientens eller pårørendes beskrivelser av utfordringene hjemme, men nå kan vi faktisk se hva som fungerer og hva som ikke gjør det»*. Digital hjemmeoppfølging medfører altså en nærhet gjennom at ergoterapeutene får innsikt i brukernes hverdag på en måte de tidligere ikke har hatt mulighet til. Oppfølging i digitale treningsprogrammer innen rehabilitering fremkommer også som en av mulighetene ved bruk av telehelse i ergoterapi. En ergoterapeut forklarte: *«Nå kan pasientene få skreddersydde treningsprogrammer levert digitalt,*

og vi kan følge med på hvordan de gjennomfører øvelsene hjemme». Også her er muligheten for tett oppfølging og innsikt i hverdagslivet til brukerne noe ergoterapeutene erfarer som en fordel. Fleksibel og kontinuerlig tilpasning av treningsopplegg gjennom digitale applikasjoner og treningsplattformer handler også om at ergoterapeutene lettere får tilgang på sentral informasjon fordi de kan observere brukerne i deres egne omgivelser. En av ergoterapeutene uttrykte det slik: «Vi ser raskere om en pasient sliter med øvelsene, og vi kan justere opplegget uten at de må møte opp fysisk».

Ergoterapeutene erfarer også at telehelse gjør tjenestetilbudet mer engasjerende. Flere som benyttet spillbaserte treningsmetoder fortalte at VR og spillbaserte løsninger var en fordel fordi treningen blir mer engasjerende, spesielt for barn og unge. En ergoterapeut som jobber med spillbasert rehabilitering uttrykte det slik: «Mange pasienter synes tradisjonell trening kan være kjedelig, men når vi bruker VR eller spillbaserte øvelser, blir de mer engasjert og trener oftere». Denne motivasjonen er ifølge ergoterapeutene en klar fordel.

En annen mulighet med telehelse er styrket brukermedvirkning og fleksibilitet i hverdagen, i form av telerehabilitering. En ergoterapeut med lang erfaring innen digitale treningsplattformer sa: «Pasientene kan nå følge med på sin egen progresjon, se treningsplaner og få umiddelbar tilbakemelding via digitale plattformer». Ifølge ergoterapeutene er dette en mulighet til å styrke brukermedvirkning fordi brukerne blir mer personlig involvert. Telehelse gjennom mobile applikasjoner og treningsplattformer

gjør også at pårørende lettere kan inkluderes: «[...] pasienter har behov for ekstra støtte, og digitale plattformer gjør det mulig for pårørende å følge med på progresjonen og bistå underveis». Telehelse knyttes på denne måten til brukermedvirkning gjennom involvering av pårørende.

Aktiviseringsteknologi (gjennom digital hjemmeoppfølging) knyttes også til fleksibilitet og gjennomføring av treningen fordi den kan gjøres med oppfølging hjemme. En sa det slik: «Mange av våre pasienter har en travel hverdag, og det å kunne trene hjemme på et tidspunkt som passer dem, gjør at de faktisk gjennomfører rehabiliteringen». Her er altså fleksibilitet en viktig faktor for gjennomføring av trening og rehabilitering. At fleksibiliteten medfører økt gjennomføring av treningen handler også om at ergoterapeutene kan få rask tilbakemelding fra brukerne fordi det kan gis i sanntid.

Flere ergoterapeuter beskrev at digitale løsninger gjorde kompetanseutvikling mer tilgjengelig og styrket tverrfaglig samarbeid. De trakk frem digitale kurs, webinarer og faglig nettverk som arenaer der de kunne delta uten reise og fravær fra klinisk arbeid. Dette ble erfart som særlig betydningsfullt i kommuner med begrensede muligheter for fysisk deltakelse på kurs og samlinger. Ergoterapeutene opplevde at denne formen for digital kompetanseheving bidro til å styrke faglig trygghet og kvalitet i tjenestene. En ergoterapeut fremhevet muligheten for deltakelse på tverrfaglige og kompetansehevede møter uten å måtte reise langt slik: «Vi kan nå delta i møter med spesialister og hjemmetjenesten uten å måtte bruke tid på transport».

Oppsummert erfarer ergoterapeutene digitale konsultasjoner, hjemmeoppfølging og trening som et supplement, som kan gi bedre tilgang og tilgjengelighet, øke effektivisering og innovasjon, og støtte mer fleksibel og hverdagsnær brukermedvirkning og autonomi.

## **ULEMPER OG BEGRENSNINGER VED BRUK AV TELEHEELSE I ERGOTERAPI**

Samtidig som telehelse beskrives som nyttig, opplever ergoterapeutene flere utfordringer som påvirker kvalitet og likeverdighet i tjenestene. Teknologiske problemer er et gjennomgående tema. En ergoterapeut formulerte det slik: «Når systemene ikke fungerer, stopper hele arbeidsflyten vår opp. Vi må ofte bruke unødvendig mye tid på feilsøking i stedet for å følge opp pasientene». Manglende teknisk støtte kan gjøre dette enda mer krevende: «Når noe går galt, må vi ofte vente lenge på teknisk hjelp, og i mellomtiden kan vi ikke bruke verktøyene vi er avhengige av».

Ergoterapeutene uttrykker også usikkerhet knyttet til personvern og datasikkerhet. Det handler om at de lagrer og deler mye informasjon digitalt, og at det da ikke alltid er klart hvem som har tilgang til hva. Ergoterapeutene fortalte at brukerne ofte spør dem om hvordan informasjonen om dem brukes. Ifølge ergoterapeutene etterspør brukerne en klarhet som de da selv ikke alltid kan gi. Denne type erfaringer fremstår som et etisk dilemma som ergoterapeutene erfarer med bruk av telehelse i praksis. Fjernmonitoring og GPS-sporing skaper også etiske dilemmaer her. En sa det slik: «Vi ser at GPS-sporing kan gi pårørende trygghet, men vi må

*alltid vurdere hvor grensen går mellom sikkerhet og overvåkning».*

En annen ulempe er at digital ulikhet er en hindring som skaper forskjeller i tilbudet. En ergoterapeut beskrev det slik: *«Vi ser at mange eldre pasienter sliter med å bruke digitale løsninger, enten fordi de ikke har smarttelefon eller fordi de ikke er vant til teknologien.»* Ergoterapeutene erfarer at utfordringene også kan handle om geografiske barrierer som stort sett fungerer fint i byene (med god dekning), mens videokonsultasjoner nesten ikke er mulig for pasienter som bor i områder med dårlig dekning. Dette erfarer ergoterapeutene som en klar begrensning. En annen begrensning er språkbarrierer. En av dem sa det slik: *«Vi ser at pasienter med minoritetsbakgrunn ofte sliter med å navigere i digitale helsetjenester, fordi systemene ikke alltid er tilgjengelige på flere språk.»*

Ergoterapeutene erfarer også at den relasjonelle kontakten endrer seg når møtene foregår digitalt. Flere opplevde at det er vanskeligere å fange opp subtile, men viktige uttrykk hos brukerne. Som en ergoterapeut sa: *«Vi mister mye av de små nyansene, som kroppsspråk, ansiktsuttrykk og måten pasienten beveger seg på».* Dette påvirker både vurderingsgrunnlaget og samhandlingen i møtene, særlig for brukere som trenger tett oppfølging eller ekstra støtte for å uttrykke seg. Enkelte ergoterapeuter erfarte at noen brukere er mindre aktive i de digitale møtene sammenlignet med fysiske møter, og at det kan være vanskeligere å bygge den samme tryggheten og relasjonen når kommunikasjonen skjer via skjerm. Selv små tekniske forsinkelser eller avbrudd beskrives som noe som kan forstyrre flyten i

samtalen og gjøre det vanskelig å skape den nærheten som er viktig i rehabiliteringsarbeid.

Strukturelle og økonomiske forhold begrenser også bruken av telehelse. En ergoterapeut sa: *«Vi ser at digitale løsninger kan spare oss for tid og ressurser, men investeringene i utstyr og opplæring er høye, og det er ikke alltid midler tilgjengelig».* En annen fremhevet geografiske forskjeller i satsningen der noen kommuner har satsset tungt på telehelse, mens andre fortsatt bruker gamle systemer. Ergoterapeutene ser hvordan dette gir forskjeller i tjenestetilbudet. Manglende standardisering av digitale journalsystemer skaper ytterligere utfordringer: *«Vi bruker ulike journalsystemer avhengig av hvor vi jobber, og det gjør det vanskelig å dele informasjon effektivt mellom tjenester».*

Samlet sett viser ergoterapeutenes erfaringer at telehelse, selv om det gir nye muligheter, også innebærer betydelige utfordringer knyttet til teknologiske utfordringer, personvern og etiske dilemmaer, tilgangsbARRIERER og sosial ulikhet, noe som til tider begrenser både kvaliteten på oppfølgingen og hvem som faktisk kan nyttiggjøre seg tjenesten.

## Diskusjon

Funnene våre viser hvordan ergoterapeutene erfarer fordeler og muligheter ved bruk av telehelse i praksis, samt hvordan de erfarer ulemper og begrensninger ved bruk av telehelse i ergoterapi. I diskusjonen vil vi først drøfte hvordan erfaringene med telehelse har potensiale for digitalt og transformativt medborgerskap. Deretter vil vi diskutere telehelse som barriere for digitalt og transformativt medborgerskap.

## TELEHELSE SOM POTENSIALE FOR DIGITALT OG TRANSFORMATIVT MEDBORGERSKAP

Funnene i vår studie viser hvordan ergoterapeutene erfarer at videokonsultasjoner og digitale konsultasjoner fungerer som en tydelig styrking av tilgjengeligheten til tjenester, særlig for brukere som tidligere har hatt utfordringer med transport, mobilitet, værforhold eller energinivå. Funnene får også frem hvordan ergoterapeutene erfarer at digitale konsultasjoner fjerner barrierer som fysisk oppmøte ofte skaper, og at brukere som i perioder ikke klarer eller orker å møte opp fysisk, nå kan delta jevnlig gjennom digitale løsninger. Våre funn samsvarer her med funn i Carrington og Islam (2023), som viser at digitale hjemmевurderinger gjør det enklere for brukere å motta helsehjelp i egne omgivelser, og at dette kan øke både trygghet og tilgjengelighet (Carrington & Islam, 2023). Videokonsultasjoner/digitale konsultasjoner illustrerer en form for digitalt medborgerskap, der deltakelse i offentlige tjenester muliggjøres gjennom digitale verktøy som utvider brukernes handlingsrom og faktiske muligheter for å delta (Davis, 2021).

Funnene våre får samtidig frem hvordan ergoterapeutene erfarer at telehelse endrer måten tjenester organiseres på også strukturelt. Endringene handler særlig om at digitale konsultasjoner lettere kan planlegges på kort varsel, at vurderinger kan gjennomføres raskere, og at ergoterapeutene i større grad kan følge opp brukere ved å ha hyppigere kontaktpunkter. Denne fleksibiliteten representerer ikke bare en teknologisk løsning, men en reell omstrukturering av tjenesten som

gjør oppfølging mer responsiv og tilpasningsdyktig (NOU 2023: 4). Transformativt medborgerskap handler om at strukturer må tilpasses slik at borgerne faktisk får mulighet til deltakelse, og her viser funnene fra vår studie hvordan ergoterapeutenes erfarer at telehelse kan bidra til en slik strukturell endring (Banks, 2017). Transformativt medborgerskap handler altså ikke bare om at brukerne får tilgang til digitale plattformer, men at tjenesten reorganiseres slik at deltakelse får nye former og nye tidsmessige rammer.

I vår studie fremgår det hvordan ergoterapeutene opplever at telehelse gir dem en mer realistisk forståelse av brukernes hverdagsliv og omgivelser. Digital hjemmeoppfølging gjør det mulig å observere brukerne i deres faktiske miljø, noe som gir innsikt i utfordringer som tidligere kun ble beskrevet verbalt. Erfaringen med digital hjemmeoppfølging samsvarer med Carrington og Islam (2023), som fant at digitale hjemmevurderinger styrker fagpersoners forståelse av miljømessige faktorer og behov for tilrettelegging (Carrington & Islam, 2023). Når ergoterapeutene får se både fysiske omgivelser, aktivitetsutførelse og tilretteleggingsutfordringer direkte via skjerm, erfarer de at telehelse kan gi grunnlag for mer målrettede tiltak. Her ser vi en tydelig kobling mellom digitalt og transformativt medborgerskap: Brukeren deltar digitalt i vurderingen, samtidig som tjenesten transformeres ved at vurderinger integrerer brukers eget miljø på en mer direkte måte (Banks, 2017; Davis, 2021).

Funnene våre illustrer også hvordan ergoterapeutene erfarer at telehelse fører til en mer

effektiv arbeidsflyt ved at reisetid reduseres, flere konsultasjoner kan gjennomføres på en dag, noe som frigjør tid som kan brukes til oppfølging av brukere. Disse funnene samsvarer med forskning som viser at telehelse kan bidra til bedre ressursutnyttelse og mer effektiv koordinering (Nguyen et al., 2023; Samnani & Dwivedi, 2023). Funnene våre viser også hvordan ergoterapeutene erfarer at digitale treningsprogrammer gjør det enklere å gi løpende tilbakemeldinger, fordi brukerne kan vise frem hvordan de utfører øvelser i eget hjem. Denne typen teknologistøttet egenaktivitet er også beskrevet av Hung og Fong (2019), som fant at telerehabilitering gir gode kliniske resultater når oppfølgingen er tett strukturert og brukeren får mulighet til å trene i eget tempo (Hung & Fong, 2019). Denne kombinasjonen av fleksibilitet og kontinuerlig faglig respons styrker digitalt medborgerskap ved å gi brukerne større innflytelse i egen rehabilitering, samtidig som tjenesten organiseres på en måte som gjør hyppigere tilpasninger mulig – et uttrykk for transformativt medborgerskap (Banks, 2017; Davis, 2021).

Ergoterapeutenes erfaringer med at digitale treningsverktøy, som VR og spillbaserte løsninger, er særlig nyttige for å styrke motivasjon og mestring hos brukere, er et annet poeng som fremkommer i vår studie. Ergoterapeutene ser at barn og unge deltar mer aktivt når treningen oppleves som engasjerende, og at VR gjør det mulig å øve på dagliglivets aktiviteter i trygge omgivelser. Erfaringen av økt deltakelse og engasjement samsvarer med forskning av Feldhacker et al. (2022), som viser at VR kan være et effektivt og motiverende

supplement til tradisjonell rehabilitering (Feldhacker et al., 2022). Ergoterapeutene fremhever spesielt at VR gir en trygg arena for å trene på praktiske ferdigheter før brukeren prøver dem i sitt eget hjem, noe som kan redusere usikkerhet og øke mestringsfølelsen. Slik teknologi gjør det ikke bare mulig for brukere å delta digitalt i rehabilitering, men transformerer også måten rehabilitering gjennomføres på (Banks, 2017; Davis, 2021). VR og spillbasert trening er eksempler på hvordan teknologiske løsninger kan fungere som strukturelle tiltak som støtter både aktivitet, autonomi og deltakelse – kjerneverdier i medborgerskap (Marshall, 2009).

At telehelse gjør det enklere å inkludere pårørende og tverrfaglige samarbeidspartnere i oppfølgingen er et annet poeng i vår studie. Felles digitale møter gjør det mulig å samhandle med fastleger, spesialister og hjemmetjenesten uten at logistikk og reisevei er til hinder. Funnene av inkludering og samhandling samsvarer med Nguyen et al. (2023), som fremhever at telehelse kan styrke tverrfaglig koordinering og kommunikasjon (Nguyen et al., 2023). Tverrfaglig samarbeid har direkte betydning for transformativt medborgerskap, fordi det påvirker hvor godt tjenestene evner å skape helhetlige og sammenhengende tjenester (Banks, 2017). Når flere fagpersoner faktisk kan delta i oppfølgingen, øker muligheten for at brukerne får tjenester som er koordinert og tilpasset deres behov (Banks, 2017; NOU 2023: 4).

Ergoterapeutene i vår studie erfarer også at telehelse gjør kompetanseutvikling mer tilgjengelig. Digitale kurs og webinarer gjør det enklere å holde seg faglig

oppdatert, noe de ser som en fordel i en arbeidshverdag der reise ofte er vanskelig å prioritere. Bedre kompetanse styrker kvaliteten på tjenestene og dermed mulighetene for at brukerne får et faglig godt tilbud. Kompetanseutvikling representerer igjen et viktig samspill mellom de to medborgerskapsperspektivene: Den digitale tilgangen gjør det mulig for ergoterapeuter å delta i faglig utvikling (digitalt medborgerskap for profesjonen), mens hensikten med denne kompetansebyggingen er å styrke tjenestene på et systemnivå (transformativt medborgerskap) (Banks, 2017; Davis, 2021).

### **TELEHELSE SOM BARRIERE FOR DIGITALT OG TRANSFORMATIVT MEDBORGERSKAP**

Samtidig viser våre funn hvordan ergoterapeutene erfarer en rekke utfordringer som påvirker brukernes mulighet til faktisk å delta i digitale tjenester. Teknologiske problemer er en av de mest gjennomgående erfaringene. Systemsvikt, dårlig internetttilkobling, feil på digitale verktøy og manglende teknisk støtte gjør det vanskelig å gjennomføre konsultasjoner. Våre funn samsvarer her med Andino et al. (2023), som viser at telehelse i mange tjenester fortsatt preges av teknisk ustabilitet og manglende integrasjon i ordinære arbeidsprosesser, noe som begrenser både forutsigbarhet og bærekraft i tjenestene (Andino et al., 2023). Fra et digitalt medborgerskapsperspektiv betyr dette at selv om tjenesten i teorien er tilgjengelig digitalt, blir deltakelsen i praksis begrenset når brukerne – og ergoterapeutene – ikke har nødvendig teknologisk infrastruktur (Davis, 2021). Dermed svekkes også det transformativt potensi-

ale ved telehelse, fordi tjenesten ikke fungerer som en stabil og forutsigbar del av kommunens praksis (Banks, 2017).

Digital ulikhet er en betydelig bekymring blant ergoterapeutene i vår studie. Eldre og minoritetspråklige strever ofte med å bruke digitale løsninger. Erfaringene med digital ulikhet samsvarer med Hatef et al. (2024), som viser at telehelse kan forsterke ulikhet dersom teknologien forutsetter kompetanse, språk eller økonomi som mange ikke har (Hatef et al., 2024). Ergoterapeutene opplever at noen brukere mangler smarttelefoner eller tilstrekkelig internett, mens andre har digitale enheter, men ikke kompetanse til å bruke dem. Fra et medborgerskapsperspektiv innebærer dette at telehelse ikke skaper like muligheter for deltakelse. Selv om digitale løsninger kan senke enkelte barrierer, kan de samtidig øke andre – og ofte for de samme gruppene som allerede opplever marginalisering (Marshall, 2009). Dermed blir både digitalt og transformativt medborgerskap svekket: Deltakelse er ikke universelt tilgjengelig, og tjenestestrukturen er ikke tilpasset dem med størst behov (Banks, 2017; Davis, 2021).

En annen barriere er at telehelse utfordrer relasjonen mellom bruker og terapeut. Flere erfarer at det er vanskeligere å få et helhetlig inntrykk av brukeren gjennom en skjerm, særlig når det gjelder kroppsspråk, emosjonelle uttrykk og bevegelseskvalitet. Funnene våre samsvarer med Carrington og Islam (2023), som peker på at selv om digitale vurderinger kan øke tilgjengelighet, kan de også begrense den relasjonelle og kontekstuelle forståelsen som er sentral i ergoterapeutisk praksis (Carrington

& Islam, 2023). For ergoterapeutene i vår studie ble relasjonelle utfordringer tydelig i situasjoner der brukere fremstod mer tilbakeholdne, deltok mindre eller hadde utfordringer med å uttrykke seg digitalt. Slik relasjonell svekkelse har implikasjoner for digitalt medborgerskap: Deltakelse forutsetter ikke bare teknisk tilgang, men også at brukeren føler seg trygg og ivaretatt i interaksjonen (Davis, 2021). Når relasjonen svekkes, kan det også påvirke hvordan brukeren involverer seg i beslutninger – og dermed også deres mulighet til reell medvirkning (Banks, 2017; Davis, 2021).

Personvern og etiske dilemmaer var også et fremtredende tema. Ergoterapeutene opplever at brukere ofte stiller spørsmål om hvordan informasjon lagres og deles, og at de selv ikke alltid har tydelige svar. Disse funnene samsvarer med Hatef et al. (2024), som peker på at telehelse utvikles raskt, mens juridiske rammer og etiske retningslinjer ofte henger etter (Hatef et al., 2024). I tillegg beskriver ergoterapeutene utfordringer knyttet til fjernmonitorering og GPS-sporing, der de opplever at tiltak som kan gi trygghet for pårørende også kan utfordre brukeres rett til privatliv. Personvern og etikk har tydelig relevans for digitalt medborgerskap, fordi brukere må forstå hva digital deltakelse innebærer for at samtykket skal være reelt (Davis, 2021). Samtidig krever transformativt medborgerskap at tjenestestrukturene gir klare rammer for hvordan rettigheter forvaltes (Banks, 2017). Når slike rammer ikke er på plass, individualiseres ansvaret, og både brukere og ergoterapeuter blir stående i etisk uavklarte situasjoner.

Økonomiske og strukturelle

utfordringer påvirker også hvordan telehelse implementeres og brukes. Ergoterapeutene forteller at manglende midler til teknologi, opplæring og utvikling gjorde at telehelse i flere kommuner ble brukt i begrenset omfang. Disse økonomiske og strukturelle utfordringene samsvarer med funnene til Samnani og Dwivedi (2023), som viser at telehelse i ergoterapi ofte utvikles innenfor ujevne strukturelle rammer, der tilgang til ressurser, opplæring og organisatorisk støtte har avgjørende betydning for hvordan tjenestene faktisk tas i bruk (Samnani & Dwivedi, 2023). Fra et transformativt medborgerskapsperspektiv betyr dette at tjenesten ikke tilpasses befolkningens behov, men blir avhengig av lokale prioriteringer og økonomiske rammer (Banks, 2017). Dermed påvirkes også brukernes digitale medborgerskap, fordi tilgangen til telehelsetjenester blir geografisk ulikt fordelt (Davis, 2021).

Manglende standardisering av journalsystemer fremgår også som en begrensning der ergoterapeutene erfarer at ulike systemer vanskeliggjør informasjonsdeling og tverrfaglig samarbeid, noe som igjen påvirker kvaliteten på oppfølgingen. Manglende standardisering samsvarer med Nguyen et al. (2023) sine funn, som fremhever at fragmenterte systemer skaper praktiske og strukturelle hinder for bærekraftige digitale tjenester (Nguyen et al., 2023). Når systemene ikke «snakker sammen», mister telehelse noe av sin transformasjonskraft – selv om det teknologiske potensialet er der (Banks, 2017).

Samlet sett viser våre funn hvordan ergoterapeutene erfarer at telehelse både kan være et potensiale for og en barriere for

medborgerskap. På den ene siden skaper digitale løsninger større fleksibilitet, mer tilgjengelighet og nye muligheter for deltakelse. På den andre siden forsterker teknologi også eksisterende ulikheter, skaper relasjonelle utfordringer, og avdekker svakheter i strukturelle rammer som skal ivareta brukernes rettigheter. Dette viser at digitalt og transformativt medborgerskap må forstås i sammenheng: Digital deltakelse forutsetter både tekniske forutsetninger og strukturelle løsninger som gjør deltakelsen meningsfull og rettighetsbasert.

### **STYRKER OG BEGRENSNINGER**

Sett i lys av økt fokus på ressursbruk og press i helsetjenestene adresserer denne studien et svært aktuelt tema innen ergoterapi. Studiens brede fokus har muliggjort innsikt i et mangfold av telehelsepraksiser, men innebærer samtidig at enkelte temaer ikke utforskes i dybden, noe som begrenser muligheten for detaljerte analyser av enkeltformer for telehelse. Praktiske utfordringer med rekruttering gjør at studien baserer seg på et begrenset utvalg deltagere også innenfor et kvalitativt design (n=5), og man kan stille spørsmål ved om det er oppnådd tilstrekkelig data-metning og informasjonsstyrke. Studiens brede fokus går noe på bekostning av dybde.

### **Konklusjon**

Denne studien viser hvordan ergoterapeuter erfarer at telehelse både kan være en mulighet og en begrensning. De digitale løsningene i telehelse åpner for større fleksibilitet i oppfølgingen, gjør det lettere å nå brukere som ellers ville strevd med å delta, og gir et mer hverdagsnært innblikk i brukerens faktiske omgivelser.

Dette styrker muligheten for både digitalt og transformativt medborgerskap ved at brukere får delta gjennom digitale løsninger, samtidig som tjenestene tilpasses på måter som utvider deres handlingsrom og reelle muligheter for medvirkning. Samtidig erfarer ergoterapeutene at telehelse ikke automatisk gir likeverdig tilgang. Teknologiske problemer, digital ulikhet, språklige og kognitive barrierer, og utfordringer knyttet til relasjon, personvern og strukturelle rammer viser at telehelse kan skape nye former for utenforskap for brukere med begrensede digitale forutsetninger. Disse sidene ved telehelse synliggjør at digitalt medborgerskap forutsetter både stabil teknologi, god veiledning og tilgjengelig støtte for brukerne, og at transformativt medborgerskap bare realiseres dersom tjenestene organisatorisk og politisk forankres slik at digitale løsninger faktisk kan fungere som varige og inkluderende praksiser.

Implikasjonene for praksis er at telehelse må utvikles på måter som tar høyde for brukernes ulike behov, forutsetninger og grader av digital kompetanse. Dette innebærer at kommunale tjenester må sikre at både brukere og fagpersoner har tilgang til nødvendig teknisk utstyr, opplæring og veiledning, og at tjenesten er tilrettelagt slik at ingen grupper faller utenfor. I tillegg må den relasjonelle dimensjonen ivaretas systematisk i digitale møter.

Telehelse kan ikke fungere som en stabil del av kommunale tjenester uten at det utvikles mer forutsigbare organisatoriske og tekniske rammer.

### **TAKK**

Vi takker ergoterapeutene for at dere delte deres tid, erfaringer

og refleksjoner med oss i denne studien. Deres innsikt har vært viktig for å belyse et praksisfelt i utvikling.

## Litteraturliste

- Andino, J. J., Eyrich, N. W., & Boxer, R. J. (2023). Overview of telehealth in the United States since the COVID-19 public health emergency: a narrative review. *Mhealth*, 9, 26. <https://doi.org/10.21037/mhealth-23-15>
- Banks, J. A. (2017). Failed Citizenship and Transformative Civic Education. *Educational researcher*, 46(7), 366-377. <https://doi.org/10.3102/0013189X17726741>
- Boop, C., Cahill, S. M., Davis, C., Dorsey, J., Gibbs, V., Herr, B., Kearney, K., Lannigan, E. L. G., Metzger, L., Miller, J., Owens, A., Rives, K., Synovec, C., Winistorfer, W. L., & Lieberman, D. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition. *The American journal of occupational therapy*, 74(2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Carrington, M., & Islam, S. (2023). The Use of Telehealth to Perform Occupational Therapy Home Assessments: An Integrative Literature Review. *Occupational Therapy in Health Care*, 37(4), 648-663. <https://doi.org/10.1080/07380577.2022.2056779>
- Davis, C. (2021). *Digital Civics and Citizenship: An Applied Approach*. Rowman & Littlefield.
- Dvergsdal, H., & Aabakken, L. (2016, 05.05.23). *Virtuell virkelighet*. Store norske leksikon. [https://snl.no/virtuell\\_virkelighet](https://snl.no/virtuell_virkelighet)
- Feldhacker, D. R., Jewell, V. D., LeSage, S. J., Collins, H., Lohman, H., & Russell, M. (2022). Telehealth Interventions Within the Scope of Occupational Therapy Practice: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049417>
- Freeman, A. M., & Bhatt, A. B. (2023). The basics of telehealth. In A. M. Freeman & A. B. Bhatt (Eds.), *Emerging Practices in Telehealth: Best Practices in a Rapidly Changing Field* (pp. 1-11). Academic Press.
- Gadamer, H.-G. (2006). Classical and Philosophical Hermeneutics. *Theory, culture & society*, 23(1), 29-56. <https://doi.org/10.1177/0263276406063228>
- Hatef, E., Wilson, R. F., Zhang, A., Hannum, S. M., Kharrazi, H., Davis, S. A., Oughmand, I., Weiner, J. P., & Robinson, K. A. (2024). Effectiveness of telehealth versus in-person care during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *NPJ digital medicine*, 7(1), 157-110. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01152-2>
- Hung, K. G., & Fong, K. N. (2019). Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/1569186119849119>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2 ed.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Universitetsforl.
- Marshall, T. H. (2009). Citizenship and social class. In J. Manza & M. Sauder (Eds.), *Inequality and society* (pp. 148-154). W.W. Norton & Co. <http://delong.typepad.com/marshall-citizenship-and-social-class.pdf>
- Mechanic, O. J., Persaud, Y., & Kimball, A. B. (2022). Telehealth Systems. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459384/>
- Meld. St. 5 (2023-2024). *En motstandsdyktig helseberedskap*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20232024/id3015776/?ch=1>
- Meld. St. 5 (2024-2025). *Trygghet, fellesskap og verdighet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20242025/id3064959/?ch=1>
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/?ch=1>
- Meld. St. 18 (2018-2019). *Helsenæringen*. Nærings- og fiskeridepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/?ch=1>
- Nguyen, G., King, K., & Stirling, L. (2023). Telerehabilitation use and experiences in occupational and physical therapy through the early stages of the COVID-19 pandemic. *PLoS one*, 18, e0291605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291605>
- NOU 2023: 4. *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>
- Olivera, R. M. (2020). *The Telehealth OT - A guide to teach occupational therapists about telehealth*. Reina M. Olivera.
- Phipps, S., & Roberts, P. (2018). Motor Learning. In H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's Occupational Therapy: Practice skills for physical dysfunction* (8 ed., pp. 798-808). Elsevier.
- Rask, B., & Fagtrup, D. (2017). Implementering af telerehabilitering. In A. Winkel & L. Damkjær (Eds.), *Telerehabilitering* (pp. 181-211). Munksgaard.
- Samnani, M., & Dwivedi, A. (2023). Telehealth in Occupational Therapy in India: A Review of Literature. *Indian Journal of Occupational Therapy* (Wolters Kluwer India Pvt Ltd), 55(1), 3-8. [https://doi.org/10.4103/ijoth.ijoth\\_34\\_22](https://doi.org/10.4103/ijoth.ijoth_34_22)
- Shin, J.-h., Shields, R., Lee, J., Skrove, Z., Tredinnick, R., Ponto, K., & Fields, B. (2024). Quality and Accessibility of Home Assessment mHealth Apps for Community Living: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 12, e52996. <https://doi.org/10.2196/52996>
- VID. (2026). *Personvern i forskning*. VID vitenskapelige høgskole. <https://www.vid.no/personvern-og-gdpr/personvern-i-forskning>