

# Telerehabilitering i pædiatrisk fysioterapi:

## *Børnefysioterapeuters perspektiver på meningsfuldhed, udfordringer og potentialer – et kvalitativt studie*

Telerehabilitation in pediatric physiotherapy: Pediatric physiotherapists' perspectives on meaningfulness, challenges, and potential – a qualitative study



*Illustration af Nanna Wraae Bomholt*

Nanna Wraae Bomholt (335694)  
Hannah Aagaard Kristiansen (304703)

Bachelorprojekt  
09.06.2026  
81.315 anslag

Metodevejleder:  
Birgitte Woge Nielsen

*Denne opgave er udarbejdet af studerende på VIA University College, Fysioterapeutuddannelsen i Aarhus som et led i et uddannelsesforløb. Den foreligger u-rettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.*

*Denne opgave - eller dele heraf - må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jvf. lov om ophavsret LBK nr. 1144 af 23/10/2014.*

## Resumé

**Titel:** Telerehabilitering i pædiatrisk fysioterapi: børnefysioterapeuters perspektiver på meningsfuldhed, udfordringer og potentialer – et kvalitativt studie.

**Problembaggrund:** Den teknologiske udvikling og COVID-19-pandemien har accelereret digitaliseringen af sundhedsvæsenet globalt. I Danmark medfører sundhedsreformen øgede krav om digitale løsninger i hjemmet, men der mangler konkret viden om, hvordan telerehabilitering (TR) anvendes meningsfuldt til børn og unge.

**Formål:** Formålet er at undersøge, hvordan børnefysioterapeuter oplever TR som meningsfuldt i behandlingen af børn og unge (0-18 år) med somatiske problematikker. Hertil inddrages forældres perspektiver for at forstå de vilkår, der understøtter eller udfordrer denne meningsfuldhed i en fysioterapeutisk kontekst.

**Empiri og data:** Projektets hovedempiri består af et fokusgruppeinterview med fem pædiatriske fysioterapeuter. Supplerende data inkluderer et ekspert- og pilotinterview og to interviews med forældre samt fire forskningsartikler.

**Teori, metode og analyse:** Undersøgelsen tager udgangspunkt i en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang for at forstå informanternes subjektive erfaringer. Analysen er foretaget vha. Malteruds systematiske tekstkondensering. Teoretisk inddrages Antonovskys ”oplevelse af sammenhæng” og Deci & Ryans ”selvbestemmelsesteori” til diskussion af fundene.

**Konklusion og perspektivering:** TR opleves som meningsfuldt, når det anvendes som et individuelt tilpasset supplement frem for en standardiseret løsning. Dette forudsætter velfungerende teknologi samt aktiv inddragelse af familien. TR vurderes særligt relevant til motiverede unge med træningserfaring, velfungerende genoptræningsforløb og familier med logistiske udfordringer. Forældrenes engagement ses som en afgørende ressource og en central forudsætning for et vellykket forløb, når træningen flyttes til hjemmet. Væsentlige barrierer er fysioterapeuternes frygt for at miste det kliniske blik og det relationelle aspekt samt øget arbejdsbyrde. Perspektiveringen peger på et behov for retningslinjer, kompetenceudvikling og klare organisatoriske rammer for at understøtte kvaliteten i fremtidens anvendelse af TR i det pædiatriske felt.

## Abstract

**Title:** Telerehabilitation in pediatric physiotherapy: pediatric physiotherapists' perspectives on meaningfulness, challenges, and potential – a qualitative study.

**Background:** Technological advancement and the COVID-19 pandemic have accelerated the digitalisation of healthcare systems globally. In Denmark, the healthcare reform has increased demands for digital home-based solutions; however, concrete knowledge is lacking on how telerehabilitation (TR) can be applied meaningfully with children and young people.

**Purpose:** The aim of this study is to examine how pediatric physiotherapists experience TR as meaningful in the treatment of children and young people (0–18 years) with somatic conditions. Parents' perspectives are included to understand the conditions that support or challenge this sense of meaningfulness within a physiotherapeutic context.

**Empirical data:** The primary data consists of one focus group interview with five pediatric physiotherapists. Supplementary data includes an expert- and pilot interview, two interviews with parents, and four research articles.

**Theory, method, and analysis:** The study is grounded in a hermeneutic-phenomenological approach to understand the subjective experiences of the informants. The analysis was conducted using Malterud's systematic text condensation. Theoretically, Antonovsky's 'Sense of Coherence' and Deci & Ryan's 'Self-Determination Theory' are applied in the discussion of the findings.

**Conclusion and perspectives:** TR is experienced as meaningful when applied as an individually tailored supplement rather than a universal solution. This requires well-functioning technology and active family involvement. TR is considered particularly relevant for motivated adolescents with prior training experience, well-progressing rehabilitation programmes, and families facing logistical challenges. Parental engagement is seen as a decisive resource and a central prerequisite for a successful outcome when training is moved to the home setting. Key barriers include physiotherapists' fear of losing clinical assessment ability and relational aspect, as well as increased workload. The perspectives section highlights a need for guidelines, competency development, and clear organisational frameworks to support the quality of future TR use within the pediatric field.

# Indholdsfortegnelse

<b>Resumé</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Introduktion</b> .....	<b>5</b>
1.1 Formål .....	8
1.2 Problemformulering.....	8
1.3 Afgrænsning.....	9
<b>2. Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Videnskabsteoretiske ståsted.....	9
2.3 Litteratursøgning .....	11
2.4 Den kvalitative undersøgelse.....	14
2.5 Materiale.....	18
2.6 Ethiske overvejelser.....	19
<b>3. Resultater</b> .....	<b>19</b>
3.1 Hovedempiri.....	19
3.2 Supplerende materiale.....	27
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>28</b>
4.1 Metodediskussion.....	28
4.2 Teori.....	32
4.3 Resultatdiskussion.....	33
4.4 Teoridiskussion .....	41
<b>5. Konklusion</b> .....	<b>42</b>
<b>6. Perspektivering</b> .....	<b>44</b>
<b>7. Referenceliste</b> .....	<b>45</b>
<b>8. Bilag</b> .....	<b>49</b>
Bilag 1: CASP.....	49
Bilag 2: VAKS.....	52
Bilag 3: Udvalgte forskningsartikler .....	54
Bilag 4: Interviewguide, pilotinterview .....	55
Bilag 5: Interviewguide, telefoninterview.....	57
Bilag 6: Interviewguide, fokusgruppeinterview.....	58
Bilag 7: Visualisering af projektets informanter .....	60
Bilag 8: Flyer til forældre.....	61
Bilag 9: Samtykkeerklæring.....	62

# 1. Introduktion

Vi lever i en tid, hvor udviklingen af teknologiske og digitale løsninger fylder i stigende grad. Den teknologiske udvikling påvirker både individ og samfund, og stiller krav til, at vi kan anvende, forstå og forholde os kritisk til digitale værktøjers muligheder og begrænsninger (1).

I et internationalt perspektiv hersker der enighed om, at Covid-19-pandemien accelererede digitaliseringen af sundhedsvæsenet verden over. Da store dele af verden lukkede ned, opstod et akut behov for digitale løsninger, hvilket skabte grobund for innovation og en markant udvikling af digitale sundhedsløsninger, såsom telerehabilitering (2,3).

*"Jeg blev hjemsendt ligesom alle andre, og så gik jeg i gang med at ombooke alle mine patienter til onlinekonsultationer fra dag ét (...). Jeg havde en langt bedre platform at træde tilbage på, da landet åbnede igen. Og så havde jeg jo også lært at bruge online konsultationer som en mulighed. Dette har jeg så tilbudt lige siden".*

(Anonym, selvstændig børnefysioterapeut)

Pandemien synliggjorde, at konsultationer og behandling via skærm ikke blot var en nødløsning, men et potentiale for at gentænke tilgængelighed og fleksibilitet i sundhedstilbud (3).

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) kom i 2020 med en global strategi for digital sundhed. Formålet var at styrke sundhedssystemer via digitale teknologier og fremme et sundt liv og trivsel for alle. Dette skal opnås gennem globalt samarbejde, vidensdeling, støtte til nationale strategier, styrket datasikkerhed og en patientcentreret tilgang med fokus på lige adgang til sundhedsvæsenet (4).

Nationalt ses der øget efterspørgsel på digitale løsninger. En undersøgelse fra 2020, viser at 55% af danskerne er interesserede i, at kontakten med sundhedsvæsenet i højere grad sker digitalt (5). Denne udvikling afspejles også i sundhedspolitiske tiltag, herunder sundhedsreformen, som implementeres frem mod 2027 (6), hvis formål bl.a. er at sikre, at flere patienter kan modtage behandling i hjemmet, frem for at skulle flytte sig mod behandleren. Hertil indføres en ny patientrettighed der giver ret til digital kontakt med sundhedsvæsenet, når det er fagligt meningsfuldt, og patienten ønsker det. Målet er at sikre lige adgang til sundhedstilbud, samt mere fleksible tilbud til den

enkelte, der ønsker en anden form for kontakt fremfor fysisk fremmøde, fx borgere i aktivt arbejde. Ligeledes fremhæver regeringens digitaliseringsstrategi fra 2024-2027 (5) også indsatser, der bl.a. sætter fokus på digitale løsninger til behandling i hjemmet samt bedre brug af sundhedsdata og apps, som led i optimering af behandlingskvalitet, forebyggelse, fleksibilitet for borgeren samt bedre udnyttelse af sundhedspersonaltets tid.

### ***Fysioterapeutisk relevans***

Den digitale omstilling vil potentielt ændre arbejdsgange i hele sundhedsvæsenet og fysioterapien er ingen undtagelse. Det forventes fra regeringens side, at én tredjedel af genoptræningsforløbene i kommunerne i 2028, vil være digitale (7). På voksenområdet i Aarhus Kommune forventes denne opgave at blive varetaget gennem online tilbud i form af konsultationer, holdtræning og vedligeholdende træning (anonym fysioterapeut, ekspertinterview). Denne politiske målsætning understreger, at digitale løsninger gradvist bliver en mere central del af rehabiliteringsområdet, hvilket stiller nye krav til både praksis og evidensgrundlaget (6). I takt med, at digitale løsninger forventes at få en større rolle i det fysioterapeutiske arbejde, bliver det essentielt at undersøge og sikre, om disse løsninger kan levere samme meningsfuldhed og kvalitet, som behandlinger ved fysisk fremmøde.

Et systematisk review fra 2023 (8) viser, at telerehabilitering er mindst lige så effekt som traditionelle fysioterapeutiske interventioner, målt på funktionsniveau og livskvalitet. Endnu et systematisk review (9) fandt, at fysioterapeut-ledet, træningsbaseret telerehabilitering ikke er dårligere end traditionel fysioterapi, fx målt på range-of-motion og livskvalitet. Den forskning der foreligger omkring telerehabilitering, ses primært i relation til den voksne målgruppe. Dette rejser et centralt spørgsmål om, hvordan digitale fysioterapeutiske løsninger kan anvendes og tilpasses børn og unge.

Pædiatrisk fysioterapi spiller en central rolle i forebyggelsen og behandlingen af bevægelses- og udviklingsmæssige udfordringer hos børn og unge. Den fysioterapeutiske behandling adskiller sig ofte fra behandlingen af voksne, da børn lærer og forstår verden anderledes, og deres motivation i høj grad afhænger af miljø og de voksne, der omgiver dem (10). Det er et speciale, hvor pædagogik, motivation og kommunikation er vigtige kompetencer i tilrettelæggelsen af intervention (11). Det er kendetegnet ved en familiecentreret praksis, hvor familien betragtes som ekspert på eget barn (12), og

hvor der etableres et partnerskab mellem fysioterapeut og familie med henblik på at skabe et trygt og helhedsorienteret forløb (11). Forældresamarbejdet er centralt da manglende aktiv forældreinddragelse kan begrænse den fysioterapeutiske indsats (12). Hermed, vil en eventuel implementering af digitale løsninger i pædiatrien, skulle struktureres på anden vis end hos den voksne målgruppe, for at imødekomme barnets niveau, motivation samt behovet for aktiv forældreinddragelse.

Internationalt ses en stigende interesse for telerehabilitering til børn og unge og der udvikles digitale platforme der forsøger at understøtte behandlingen i hjemmet og styrke samarbejdet mellem terapeuter, børn og deres familier (13–16). Fx 'FysioLink' (17), en digital platform målrettet terapeuter, hvor træningsprogrammer med videodemonstrationer kan sendes direkte til forældre og anvendes i barnets hjemmetræning. Et andet initiativ er 'Telerehub-child' (18), der fungerer som et videnscenter ved at samle forskningsartikler fra videnskabelige databaser og dermed understøtte evidensbaseret praksis inden for pædiatrisk telerehabilitering.

Nationalt findes der begrænset litteratur om brugen af telerehabilitering til børn og unge. Kommunalt og regionalt er den fysioterapeutiske implementering minimal, hvorimod der findes få private udbydere, som fx tilbyder online konsultationer, rådgivning og screening (19,20). Udbredelsen af pædiatrisk telerehabilitering inden for fysioterapien er på nuværende tidspunkt begrænset, men inden for børnepsykiatrien er man allerede i gang med implementeringen af digitale løsninger (21). Fx projektet, 'Bedst for os' (22), som har kortlagt digitalt informations- og psykoedukativt materiale til børn og unge samt forældre, og samlet det i én platform 'Familiens Digitale Værktøjskasse'(23).

Det efterlader et væsentligt videnshul i forhold til børn og unge, hvor både udviklingsmæssige, kommunikative og familiemæssige forhold spiller en central rolle. Der mangler konkret viden om anvendelsen af digitale løsninger i fysioterapeutisk behandling af denne målgruppe.

## 1.1 Formål

Formålet er at undersøge hvordan børnefysioterapeuter oplever telerehabilitering som meningsfuldt i behandlingen af børn og unge (0-18 år) med somatiske problematikker. Endvidere undersøges det, hvordan forældres perspektiver kan bidrage til forståelsen af de vilkår der understøtter eller udfordrer meningsfuldheden. Det undersøges hermed ikke hvorvidt telerehabilitering er relevant eller ej, men hvordan det vurderes relevant:

*"(...) telehealth is a service delivery model, and not the intervention itself, the question should not be "Is telehealth effective?" (...). What is needed, is to understand which components of the telehealth service delivery are effective to achieve what goals, for who, and under what circumstances".*

(Camden & Silva (2021))

(24)

## 1.2 Problemformulering

*Hvordan oplever børnefysioterapeuter telerehabilitering som meningsfuldt i behandlingen af børn og unge (0–18 år) med somatiske problematikker, og hvordan kan forældres perspektiver bidrage til forståelsen af de vilkår, der understøtter eller udfordrer denne meningsfuldhed?*

### Nøgleord

- Telerehabilitering: Rehabiliteringsydelser leveret over afstand via informations- og kommunikationsteknologi, der omfatter telekonsultation, telemonitoring, teleovervågning og teleterapi (25).
- Somatik: Refererer til noget kropsligt og legemligt (26). I dette projekt dækker begrebet over fysiske sygdomme og tilstande, der påvirker kroppens funktioner og anatomi, både akut og kronisk.
- Meningsfuldhed: Noget, der opleves som meningsgivende og formålsfuldt (27). I projektet undersøges meningsfuldhed i TR til børn og unge gennem identitet og faglighed, familiecentreret praksis samt fremtidstænkning. Begrebet bliver senere anvendt med afsæt i Antonovskys teori om 'oplevelse af sammenhæng' (28).

## 1.3 Afgrænsning

I litteraturen findes der flere definitioner på “digital fysioterapi”. I dette projekt afgrænses digital fysioterapi til telerehabilitering (TR).

TR inddrages i denne sammenhæng som fysioterapeutisk ydelse med en afsender i form af en fysioterapeut og en modtager, barnet og/eller forældrene, hvor interventionen formidles via informations- og kommunikationsteknologi over afstand.

Projektet afgrænses til at omfatte telekonsultation, -terapi og -overvågning, mens telemonitorering betragtes som et sekundært supplement og derfor ikke undersøges som selvstændig intervention. Dermed vil former for sundhedsteknologi, hvor der ikke indgår direkte kontakt eller guidning fra en fysioterapeut, fx virtual reality, ikke inkluderes i dette projekt.

## 2. Metode

I dette afsnit præsenteres og fremlægges metoden bag det videnskabsteoretiske ståsted, projektets litteratursøgningen og den kvalitative undersøgelse.

### 2.1 Videnskabsteoretiske ståsted

Projektet placerer sig inden for et humanvidenskabeligt ståsted, hvor fokus er på at forstå menneskers subjektive oplevelser og erfaringer (29). Den kvalitative metode er valgt, da problemformuleringen undersøger børnefysioterapeuters holdninger til TR samt forældres perspektiver på emnet.

#### *Hermeneutisk fænomenologi*

Projektet har afsæt i en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Den fænomenologiske tilgang fokuserer på, hvordan mennesker, subjektivt, erfarer og oplever verden ud fra

deres egen *livsverden* (29). Denne tilgang anvendes dermed til at undersøge børnefysioterapeuters forståelse af fænomenet TR samt til at inddrage supplerende perspektiver fra forældre.

Den hermeneutiske tilgang bygger på mennesket som et selvfortolkende og menings-skabende subjekt, der stræber efter at forstå (30). Forskernes forforståelse ses som uundgåelig og anvendes aktivt som et redskab i fortolkningsprocessen (29). Den kvalitative undersøgelse anvendes til at forstå og fortolke informanternes oplevelser og erfaringer.

Ved at kombinere fænomenologi og hermeneutik rettes fokus både mod at beskrive informanternes subjektive erfaringer samt fortolkning af disse. Dette muliggør en dybdegående og nuanceret forståelse af børnefysioterapeuter og forældres perspektiver på TR.

### ***Forståelse***

Forskernes erfaringer med TR og pædiatrisk fysioterapi var begrænset ved projektets start, og forforståelsen blev derfor opbygget på et begrænset vidensgrundlag. Dog havde de tidligere praksiserfaring med pædiatrisk fysioterapi gennem kortere praktikforløb i en specialbørnehave og på et hospital, men ingen erfaring med brugen af TR.

Gennem projektet blev der arbejdet ud fra den hermeneutiske spiral med formålet om at skabe en proces hvor forskernes forforståelse løbende blev ændret og justeret i takt med processen. Fortolkninger af fænomener samt forståelsen heraf har bevæget sig frem og tilbage mellem dele og helhed (29). Et eksempel på, hvordan forforståelsen ændrede sig gennem processen, ses i relation til projektets hovedempiri. Forud for fokusgruppeinterviewet havde forskerne en forventning om, at informanterne havde begrænset viden om TR, men samtidig udviste en generel nysgerrighed og interesse for emnet. Antagelsen udsprang fra en mailkorrespondance, hvor projektets formål blev præsenteret, hvortil kontaktpersonen svarede tilbage med ord som “idegenerering” og “en mulig fremtidig platform”. Efter gennemførelsen af interviewet viste det sig, at informanternes holdninger til TR var mere varierende og modstridende end først antaget. Det var vanskeligere at skabe en dialog om meningsfuldheden og potentielle anvendelsesmuligheder, end først forventet.

## 2.3 Litteratursøgning

Indledningsvist blev der foretaget en usystematisk søgning, ved brug af *bevidst tilfældig søgning* og *kædesøgning* (29) på Google og PubMed. Formålet var at opnå en generel forståelse og viden om TR i en fysioterapeutisk kontekst, samt brugen heraf til børn og unge. Desuden blev der identificeret relevante søgeord til den efterfølgende systematiske søgning. Baggrundsviden og søgeord, blev samlet i et dokument for at kortlægge brugen af TR.

Den systematiske søgning blev foretaget i PubMed, Embase og CINAHL Complete. De blev valgt, da de tilsammen giver en bred dækning af sundhedsvidenskabelige forskning (31).

Problemformuleringen blev oversat til engelsk via Scopus AI (32), hvorefter der blev identificeret centrale emneord. Der blev udarbejdet en søgeprofil (29) som blev indsat i blokke kombineret med “OR” og “AND” (tabel 1). I hver blok blev der indsat relevante synonymmer, med henblik på at udvide bloksøgningen. *Trunkering* blev anvendt for at udvide søgningen og inkludere alle mulige kombinationer af ordet (29). Ligeledes blev *frasesøgning* anvendt for at gøre søgningen mere specifik og reducere irrelevante resultater (29). Bloksøgningen blev anvendt i PubMed og CINAHL. Søgningen i Embase forgik ved brug af søgestrengen fra PubMed som blev oversat via ‘Query Translator’.

Søgningen blev løbende reformuleret for at optimere relevansen af de identificerede studier. Oprindeligt blev der søgt på “digital fysioterapi”, som blev ændret til “telerehabilitering”. En blok om “meningsfuldhed”, “oplevelser” og “funktionsnedsættelser” blev udeladt, da de indsnævrede antallet af hits væsentligt.

AND OR	<b>Blok 1</b> Telerehabilitering	<b>Blok 2</b> Pædiatrisk fysioterapi	<b>Blok 3</b> Børn og unge
	Telerehabilitation [Mesh] Telemedicine [Mesh] Distance Counseling [Mesh] Remote Consultation [Mesh] "Remote physiotherapy" "Online physiotherapy" "Online based" <hr/> Telerehabilitation [Cinahl heading] Remote patient Monitoring [Cinahl heading] Telehealth [Cinahl heading] Telemedicin [Cinahl heading]	Physical Therapy Modalities [Mesh] "Pediatric physical therapy" "Pediatric physiotherapy" Physiotherapy <hr/> Physical Therapy [Cinahl heading] Pediatric Physical therapy [Cinahl heading]	Child* Adolescent*

Tabel 1. Bloksøgning i databaser

### Afgrænsning

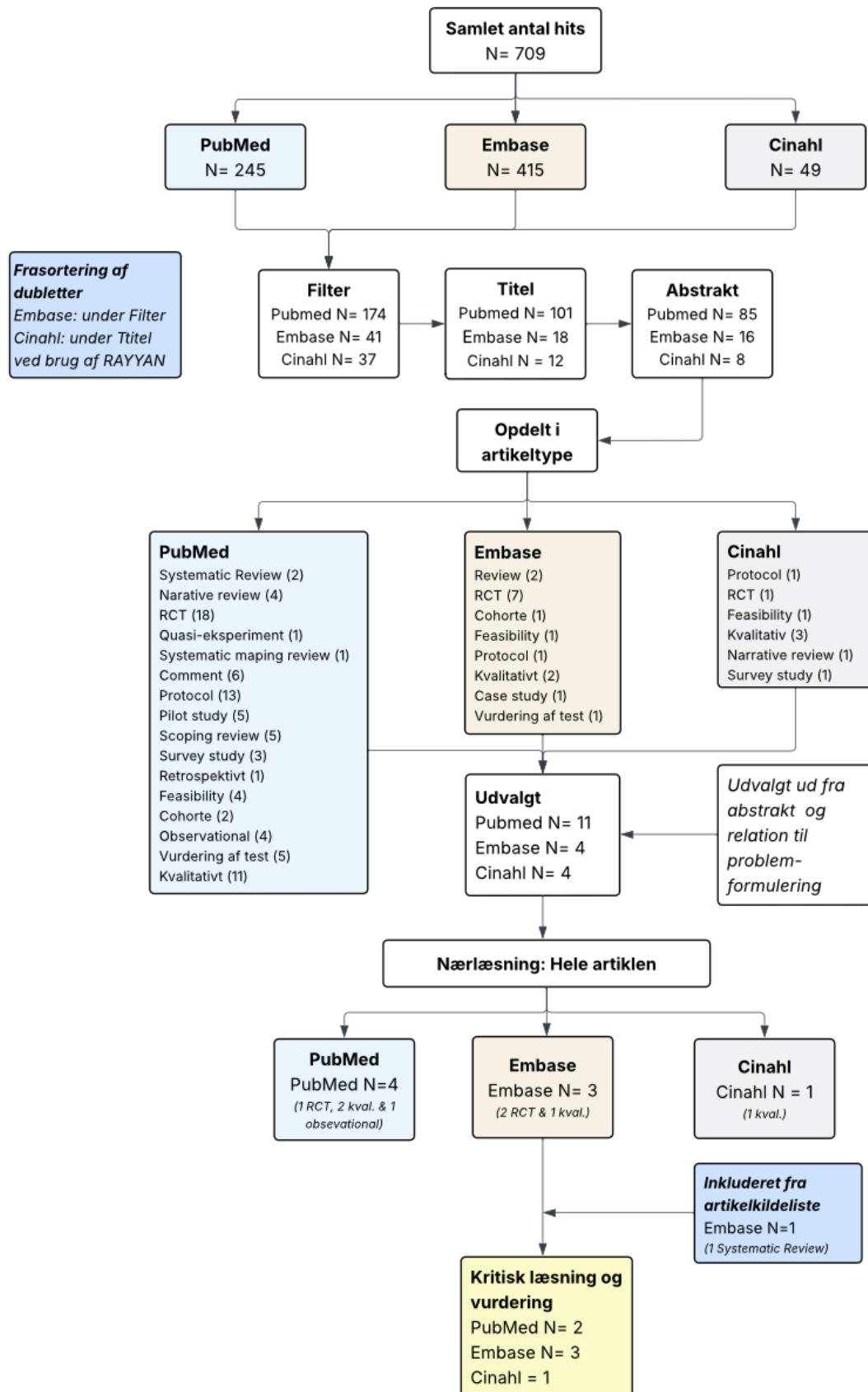
Artikler ældre end 10 år blev frasorteret, engelske artikler blev tilvalgt og filter for børn og unge (0-18 år) blev tilføjet i alle tre databaser. Artiklerne blev afgrænset på baggrund af opstillede in- og eksklusionskriterier (tabel 2).

Inklusion	Eksklusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Børn og unge (0-18) eller forældre</li> <li>• Somatiske problematikker</li> <li>• TR</li> <li>• Fysioterapeutisk behandling / intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemonitorering og teknologi hvis det står enkeltstående (fx pulsor og VR )</li> <li>• Langt fra det danske sundhedsvæsen og socioøkonomi</li> </ul>

Tabel 2. In- og eksklusionskriterier

I Embase blev der anvendt filtre for at identificere referencer, som udelukkende var indekseret i Embase, for at undgå overlap med søgningen i PubMed. I CINAHL blev dubletter frasorteret ved brug af Rayyan (33). Artikler blev opdelt og sorteret efter artikeltype for at skabe overblik i mængden af litteratur indenfor pædiatrisk TR (figur 1).

Der blev både inkluderet kvalitative og kvantitative studier for at understøtte hvordan TR kan anvendes meningsfuldt og med faglig relevans i den fysioterapeutiske behandling af børn og unge.



Figur 1. Udvalgelse af litteratur

## **Resultat**

Der blev identificeret 709 artikler, hvor 109 opfyldte inklusionskriterierne. Artiklerne blev opdelt i type, hvorefter 19 blev valgt ud fra abstrakt til videre screening. De blev efterfølgende sammenholdt med fokus på at inkludere studier med forskellige perspektiver. 8 artikler blev udvalgt til fuldtekstlæsning. Under denne proces blev 3 artikler ekskluderet, 2 fra PubMed og 1 fra Embase. Desuden blev 1 artikel inkluderet via referencelisten fra én af de udvalgte Embase artikler. I alt blev 6 artikler udvalgt til kritisk læsning ved brug af 'Critical Appraisal Skills Programme' (34) og 'Vurdering af kvalitative studier' (35) (bilag 1 og 2). 4 artikler blev anvendt i resultatdiskussionen (bilag 3).

## **2.4 Den kvalitative undersøgelse**

Den kvalitative undersøgelse tog afsæt i Steinar Kvale og Svend Brinkmanns 'syv faser af en interviewundersøgelse' (36).

### **1. Tematisering**

Projektets formål var at undersøge hvordan børnefysioterapeuter oplever TR som meningsfuldt i behandlingen af børn og unge (0–18 år) med somatiske problematikker, og hvordan forældres perspektiver kan bidrage til forståelsen af de vilkår, der understøtter eller udfordrer denne meningsfuldhed.

### **2. Design**

Der blev anvendt en eksplorativ og fænomenologisk-hermeneutisk tilgang (29). Til hvert interview var der en interviewforsker, bestående af én af projektets forskere. Hovedempirien bestod af et semistruktureret fokusgruppeinterview med fem pædiatriske fysioterapeuter, hvor interviewforskeren agerede moderator (36). Der blev inddraget supplerende materiale til baggrundsviden og uddybende perspektiver. Disse bestod af: 1) ét ekspertinterview med to fysioterapeuter med viden om TR til voksne, 2) ét semistruktureret pilotinterview med en privatpraktiserende fysioterapeut der arbejder med

TR til børn, 3) to semistrukturerede telefoniske interviews med forældre og 4) mail-korrespondancer med organisationer, institutioner fysioterapeuter. Der blev løbende udført en arbejdsjournal til organisering og overblik af data.

### 3. Interview

Ekspertinterviewet var et ustruktureret interview. Pilotinterviewet foregik via Teams, hvortil der blev anvendt en interviewguide, som var struktureret ud fra temaer identificeret gennem litteratursøgningen samt ekspertinterviewet (bilag 4). Til de telefoniske interviews med forældre, blev der ligeledes udarbejdet en interviewguide (bilag 5). Fokusgruppeinterviewet blev afholdt fysisk på informanternes arbejdsplads. Til interviewet, blev der udarbejdet en interviewguide (bilag 6), som var opdelt i forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål (tabel 3). Guiden blev diskuteret med en tilkøbet vejleder, og efterfølgende justeret.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilken betydning oplever børnefysioterapeuter, at TR kan have for det fysioterapeutiske fag?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan oplever I, at TR kan påvirke jeres måde at arbejde som fysioterapeut på?</li> <li>Hvordan er det for jer at tænke på den udvikling som vores fag står over for?</li> <li>Hvilke erfaringer, overvejelser eller følelser vækker det hos jer?</li> </ul>

Tabel 3. Uddrag fra interviewguide

### 4. Transskription

Fokusgruppeinterview, pilotinterviewet og de telefoniske samtaler med forældre, blev lydoptaget og transskriberet. For at bevare troværdigheden, blev transskriptionen skrevet i talesprog, uden at ændre formuleringer. Der blev forinden udarbejdet transskriptionsregler (36), for at sikre ensartethed. Ubetydelige gentagelser og tøven blev slettet. Længere pauser blev markeret med '(pause)', og betoning blev fremhævet ved at sætte en streg under ordet, fx 'min'. Informanter som ønskede at være anonyme, blev anonymiserede (36). Det transskriberede materiale omfattede i alt 86 A4-sider.

## 5. *Analyse*

Projektets hovedempiri, fokusgruppeinterviewet, blev analyseret ved brug af Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering, som består af fire trin (37) (figur 2).

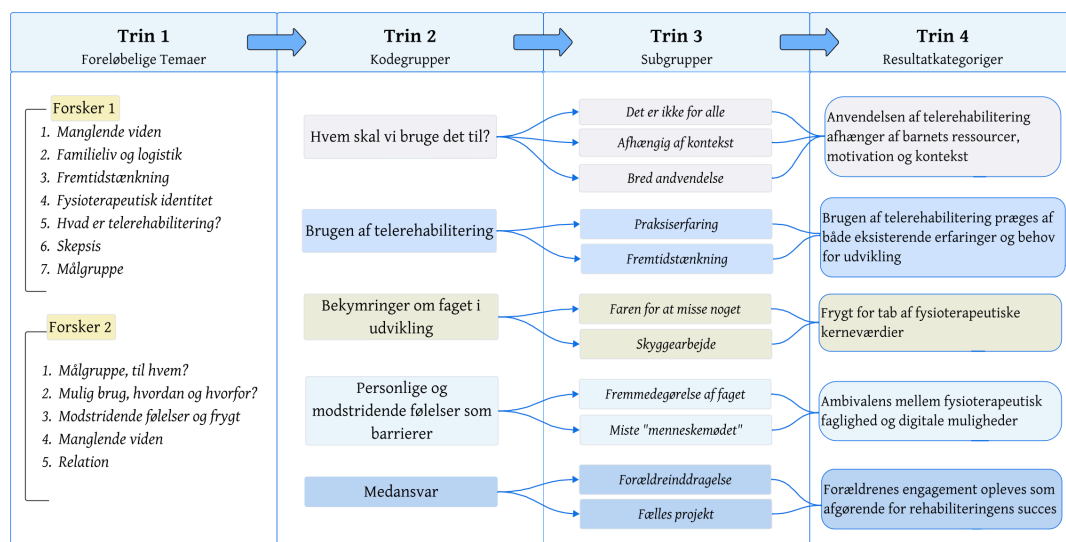
Trin 1: Transskriptionen blev læst og forskerne dannede sig hver sit helhedsbillede samt *forløbelige temaer*.

Trin 2: De forløbelige temaer blev sammenlignet, drøftet og revideret til 5 *kodegrupper*. Transskriptionen blev gennemgået linje for linje, og de *meningsbærende enheder* blev fordelt ud fra kodegrupperne ved brug af en farvet markering.

Trin 3: Kodegrupperne blev gennemgået en ad gangen og de meningsbærende enheder blev sorteret i mindre subgrupper, som hver repræsenterede et centralt tema i kodegruppen. Ud fra subgruppen og de meningsbærende enheder blev der udarbejdet et *kondensat*.

Trin 4: Kondensaterne blev *rekontekstualiseret* til en samlet *analytisk tekst* og præsenteres i *resultatkategorier*. Titlerne på resultatkategorierne udsprang af de vigtigste resultater og essentielle fund (37). I resultatafsnittet inddrages guldcitater (37), som udsprang af de meningsbærende enheder. Forskerne bearbejdede citaterne sprogligt og omskrev dem fra talesprog til skriftsprog, fx ved at justere omvendt ordstilling samt fjerne fyldord med respekt for interviewdeltagernes oprindelige udsagn.

Det supplerende materiale, herunder ekspertinterview, mailkorrespondancer, telefoniske samtaler med forældre, blev ikke underlagt den samme dybdegående analytiske procedure jf. Malterud (37) og anvendes derfor udelukkende til at kontekstualisere og nuancere studiets fund, frem for at danne grundlag for hovedanalysen.



Figur 2. Analyse i fire trin

## 6. Verifikation

Resultaterne blev verificeret jf. Malterud (37), ved at resultatkategorierne løbende blev holdt op mod transskriptionen. Formålet var at genopfriske informanternes faktiske udsagn og vurdere, om disse understøttede eller udfordrede de fortolkninger og resultater, som forskerne var nået frem til. Ligeledes blev der undersøgt hvorvidt deltagerne hver især bidrog og i hvilken grad. Der blev arbejdet ud fra en induktiv og iterativ proces (37) med løbende refleksioner og justeringer undervejs. Formålet var at skabe balance mellem en systematisk tilgang og åbenhed over for nye perspektiver. Dette blev gjort for at mindske risikoen for, at forskernes forforståelse kom til at styre interviewene og dermed begrænse muligheden for nye indsigter.

## 7. Rapportering

Projektet præsenteres som et afsluttende bachelorprojekt på fysioterapeutuddannelsen, VIA University College, Aarhus N. Det forventes fremlagt for relevante involverede parter samt sendt til Dansk Pædiatrisk Selskab for Fysioterapi og potentielt til Danske Fysioterapeuters bachelorpris.

## 2.5 Materiale

For at belyse TR fra flere perspektiver blev der rekrutteret informanter fra den primære, sekundære og tertiære sektor i sundhedsvæsenet (bilag 7). Formålet var at opnå en bredere og mere nuanceret forståelse af, hvordan TR anvendes, opleves og organiseres på tværs af sektorer og faglige kontekster. Dette blev primært gjort gennem forskerselektion, kædeudvælgelse og selvselektion (29). Ved forskerselektion blev der målrettet taget kontakt til fagpersoner, som blev vurderet til at besidde relevant viden om pædiatrisk fysioterapi og/eller TR. Kædeudvælgelse blev anvendt ved, at informanter der var kontaktet via e-mail, henviste videre til andre relevante deltagere.

Rekrutteringen af informanter til hovedempirien foregik gennem et kommunalt behandlingstilbud til børn og unge, som fungerede som gatekeeper (29). En fysioterapeut ansat i tilbuddet formidlede kontakten til sine kollegaer, hvilket resulterede i deltagelse af fem fysioterapeuter, herunder kontaktpersonen (tabel 4).

Informant	Ansæt i stillingen	Alder	Køn
A	4 år	49 år	Kvinde
B	3 år	43 år	Kvinde
C	4 år	30 år	Mand
D	7 måneder	29 år	Mand
E	2 år	31 år	Kvinde

*Tabel 4. Præsentation af informanter til hovedempiri*

Informanter til ekspert- og pilotinterviewet blev indsamlet gennem kædeudvælgelse og forskerselektion (29). Forældrene blev rekrutteret på det førnævnte kommunale behandlingstilbud gennem selvselektion (29) via flyers (bilag 8). Interesserede forældre henvendte sig til behandlingsstedet, som videregav forældrenes kontaktoplysninger til forskerne. To forældre blev rekrutteret.

## 2.6 Ethiske overvejelser

Informanterne blev forud for deltagelse informeret om projektets formål. De modtog en samtykkeerklæring via e-mail (se bilag 9), som også blev gennemgået mundtligt ifm. interviewene. Samtykkeerklæringen tog afsæt i Helsinki-deklarationen (38). Informanterne blev tilbudt anonymisering af både deres egen identitet og deres organisation i det omfang, de ønskede det. Desuden, blev de informeret om deres ret til at trække samtykket tilbage, så længe analysen og diskussionen af det samlede datamateriale endnu ikke var påbegyndt.

Interviewene blev optaget via Microsoft Teams og en supplerende memo-funktion på smartphone. Denne dobbelte optagelsesmetode blev anvendt for at sikre datakvalitet og reducere risikoen for tekniske fejl. Lydfilerne blev overført til en ekstern harddisk, og slettet fra Teams og smartphone. Optagelserne slettes jf. samtykkeerklæringen. Til transskribering blev programmet 'Good Tape' (39) benyttet, som behandler data i overensstemmelse med GDPR.

## 3. Resultater

### 3.1 Hovedempiri

I følgende afsnit fremlægges resultatet af projektets hovedempiri i *resultatkategorier* med en tilhørende *analytisk tekst* og *guldcitater* (GC) (37).

#### Anvendelsen af TR afhænger af barnets ressourcer, motivation og kontekst

Følgende afsnit fremlægges faktorer der udfordrer eller understøtter meningsfuldt brug af TR til børn og unge.

#### ***TR er ikke universelt anvendelig, men kræver individuelt vurdering***

Fælles for TP'erne var oplevelsen af, at TR ikke fungerer til alle børn og unge, hvortil en udtalte: "*Der er nogen, det duer til, og nogen, det ikke duer til*" (GC, informant A).

En anden påpegede, at de børn der mangler motivation potentielt ville kunne være svære at arbejde med "gennem en skærm". Flere fremhævede børn, som ikke er kognitivt velfungerende, ikke kan anvende "verbale cues" og dem der skal faciliteres fysisk. En TP nævnte børn, som er bange for at bevæge sig og dermed har brug for meget fysisk støtte til at turde bruge kroppen igen. De var enige om, at fremtidig brug af TR afhænger af det enkelte barn, til trods for diagnose, problematik, målsætning og konkrete intervention.

### ***TR opleves som meningsfuld for udvalgte målgrupper og i bestemte situationer***

TP'erne vurderede TR meningsfuldt til ældre børn/teenagere som i forvejen har træningskendskab, da det opleves at denne gruppe ofte har større motivation for træning. Én TP foreslog de 15-17-årige, da de ofte kan deltage i træning selvstændig. Dette var en anden uenig i og mente, at forældrene skulle med, uanset barnets alder.

Flere tænkte, at TR vil give mening til familier der bor langt væk, karrieredrevne forældre med et travlt skema og i tilfælde hvor fysisk fremmøde ikke er muligt. En TP foreslog, at man potentielt vil kunne nå ud til flere med TR, når tid og logistik forhindrer fysisk fremmøde. En anden inddragede egne erfaringer, og tilføjede at konsultationer over telefonen fungerer godt når tid og logistik ikke går op.

Til de mere komplekse forløb udviste særligt én TP nysgerrighed efter fleksible løsninger der kan imødekomme de børn, som ikke har mulighed for fysisk fremmøde. Vedkommende så TR som et godt alternativ for børn med sociale og kognitive udfordringer eller manglende overskud til at deltage i fysiske rammer. Hun beskrev, at nogle børn ikke fungerer på traditionelle hold, men at de potentielt vil være mere motiverede i et digitalt format, hvis træningen foregår hjemmefra i eget miljø. To TP'er forestillede sig, at disse børn kunne tilbydes mere behandling ved i højere grad at imødekomme den enkeltes behov. Derudover så de mulighed i, at de selvstændige børn kunne modtage TR, hvilket ville frigøre ressourcer, så TP'erne i højere grad kunne tilbyde fysisk behandling til de børn, der havde behov for dette.

Der var enighed om, at TR vil fungere meningsfuldt i forløb hvor behandlingen går planmæssigt, samt til genoptræningsplaner (GOP) hvor der er tale om simple eller specifikke problematikker, fx ACL-rupturer og patellaluksationer. En TP mente, at børn med disse problematikker ofte er fysisk aktive i forvejen, og at det dermed vil

være nemmere at give dem verbale instruktioner. En anden TP syntes, at det vil være mere meningsfuldt til børn med en GOP, fremfor en vederlagsfri henvisning.

## **Brugen af TR præges af både eksisterende erfaringer og behov for udvikling**

TP'erne beskriver deres erfaringer med digitale løsninger samt potentialer og udfordringer for, hvordan TR kan understøtte forløb, motivation og fleksibilitet i fremtidige forløb.

### ***Fysioterapeuterne anvender allerede digitale løsninger i dele af praksis***

Flere fortalte, at de aktuelt anvender TR i form af telefonopkald til at afklare administrative forhold, give vejledning og status på forløb. En TP fortalte, at han bruger 'ExorLive' (40). En anden beskrev, at hun optager en video af barnet under udførelse af en øvelse, som forældrene kan bruge som støtte og vejledning hjemme.

Når TP'erne beskrev deres forståelse af begrebet "telerehabilitering" fremgik det, at flere forbandt det med skærm-til-skærm-kommunikation, hvor en TP snakker med en patient og udfører funktionsundersøgelser, observerer eller giver vejledning. En TP fremhævede desuden, at TR også handler om at støtte børn og unge i at navigere i den store mængde træningsindhold, der er tilgængeligt på nettet.

### ***Fysioterapeuterne ser potentialer i TR, men efterspørger udvikling og rammer***

En tænkte, at man kan bruge TR til smertehåndtering og -mestring samt på tidspunkter, hvor det ikke er nødvendigt 'hænder på' barnet. Flere nævnte, at online holdtræning, fx konditionstræning på motionscykel, vil give mening. En TP fremhævede, at TR kunne rumme et socialt aspekt, hvor der skabes mulighed for interaktion mellem flere børn. Samme TP beskrev, at TR kunne gøre det muligt at matche børn på tværs af geografiske afstande ud fra diagnose eller problemstilling. Desuden var der enighed om, at interventioner med simple opgaver, fx øvelsesinstruktion, vil give mening. En TP beskrev, at TR kunne være relevant i forløb, hvor barnet skal lave øvelser derhjemme over længere tid, og foreslog TR til regulering af fx hypertrofitræning. Flere beskrev, at TR kunne optimere den fysioterapeutiske praksis ved fx at give mulighed

for hyppigere kontakt. En TP fortalte, at der ofte kan gå lang tid mellem konsultationerne og, at TR muligvis kunne opretholde børnenes motivation. En anden beskrev ligeledes, at TR kunne anvendes til at understøtte motivationen gennem et ”online tjek-ind”, enten via telefon eller videokonsultation. Det ansås som en mulighed for at øge fleksibiliteten hos både TP og forældre.

TP’erne var enige om, at de generelt mangler viden om TR. Dog var der uenighed om, hvorvidt TR i fremtiden bør implementeres som en del af fysioterapeutuddannelsen. En fremhævede, at TP’er med flere års erfaring har opbygget kompetencer som kan anvendes i arbejdet med TR, mens nyuddannede formentligt ville have behov for uddannelse. En anden beskrev derimod, at nyuddannede og yngre i højere grad er vant til digitale platforme og derfor har kompetencer, som ældre kollegaer ikke nødvendigvis har. En tredje TP foreslog, at uddannelsen bør have fokus på kommunikation ifm. TR, fx *”et kursus i verbale cues”* (GC, informant D).

Under drøftelserne af implementeringen af TR beskrev en TP, at Aarhus Kommune endnu ikke har påbegyndt processen på børne- og ungeområdet, men at dette forventes at ske inden for den nærmeste fremtid. Vedkommende beskrev dette projekt som værende forud for udviklingen af TR til børn og unge og understregede relevansen af projektet: *”I er jo faktisk lidt ’first movers’. I er jo foran Aarhus Kommune”*. (GC, informant A).

Da TP’erne snakkede om, hvordan en eventuel implementering skulle se ud, fortalte en at: *“(...) uanset hvad, så skal være nogle klare retningslinjer”* (GC, informant C). Ligeledes mente en anden, at fremtidige retningslinjer skal sikre ensartet vejledning. Retningslinjerne skal bidrage til at sikre kvaliteten af behandlingen, fx ved at etablere rammer for hvornår og hvordan den digitale kontakt bør foregå. En TP understregede betydningen af en bevidst og målrettet anvendelse af TR og forklarede:

*”Jeg tænker, at det simpelthen er så vigtigt, at man bruger det bevidst. For ved nogen vil det give meget mening og god effekt og øge deres motivation, og ved andre vil det være dumt at bruge. Og det er jo ligesom med alt muligt andet fysioterapi, og det er man nødt til at vælge”*.

(GC, informant A)

Der var enighed om, at den første konsultation bør foregå fysisk. En TP foreslog, at man derefter kunne udarbejde en plan for, hvorvidt TR skulle være en del af forløbet og tilføjede, at forældrene skulle inddrages og have medbestemmelse. Flere mente, at

TR vil kunne anvendes både i midten og i slutningen af et forløb. De vurderede det som meningsfuldt til kortere konsultationer, såsom opfølgninger eller som afslutningen af et forløb. Dog understregede én TP, at det ikke vil være tilstrækkeligt med et telefonopkald og, at der bør anvendes video. Flere pointerede, at der bør etableres et fysisk rum, som kunne anvendes til at gennemføre TR-sessioner. Et sådant rum burde inkludere gode lysforhold, et ordentligt kamera samt en enkel og lettilgængelig vejledning, så det er nemt at anvende i praksis.

Under drøftelsen om en potentiel app eller hjemmeside til træningsøvelser, påpegede en TP at det vil være vanskeligt at samle øvelserne i én database, da børnenes forløb varierer ift. problematik og intervention. Hertil nævnte en anden TP, at en sådan database ville være omkostningsfuldt, og man i stedet bør anvende eksisterende materiale på nettet til at vejlede børn og forældre i at finde relevant materiale.

### **Frygt for tab af fysioterapeutiske kerneværdier**

På baggrund af TP'ernes oplevelser og tanker om TR opstod der både modstridende følelser og barrierer.

#### ***Fysioterapeuter frygter at miste det kliniske blik “gennem skærmen”***

En deltager påpegede, at fysioterapi omfatter mere end blot instruktion, og udtrykte bekymring for, at TR fremover kunne blive anvendt som en standardiseret løsning til alle børn, hvilket ikke blev vurderet hensigtsmæssigt. Hos flere var der særligt fokus på faren for at overse noget. Nogle tænkte, at TR potentielt vil medføre, at man overser noget eller ikke opdager årsagen til barnets problematik. En TP beskrev et forløb, hvor årsagen til smerterne viste sig at være usædvanligt stramt bundne snørebånd. Vedkommende pointerede, at denne observation sandsynligvis ikke var blevet opdaget under TR. Ligeledes var TP'erne bekymrede for at miste det relationelle aspekt samt den positive effekt ved at have ‘hænder på’. De udviste bekymringer for, at det personlige aspekt af at blive set og hørt, vil blive begrænset “gennem skærmen”. En TP understregede, at forskning peger på, at den fysiske kontakt i sig selv kan have en positiv betydning for behandlingens effekt. I forlængelse heraf beskrev en anden, at fysioterapi indebærer mere end instruktion og vejledning, og at den fysiske kontakt udgør en central del af den fysioterapeutiske praksis:

*“Effekten af den terapi vi giver, ligger også på baggrund af, hvor tæt du kommer med mennesket. Hvordan de får en relation til dig, og de føler at de stoler på dig”.*

(GC, informant D)

### ***Digitale løsninger opleves som en potentiel ekstra arbejdsbyrde***

Nogle beskrev, at TR potentielt vil medføre en oplevelse af ændrede forventninger til TP'ens rolle. En TP var bekymret for, at TR vil kunne føre til uklare linjer mellem arbejdstid og tilgængelighed, og reflekterede over, om forældrene vil forvente, at de som terapeuter vil være tilgængelige hele tiden. Hertil fremhævede en anden betydningen af at kunne sætte grænser for kommunikationen: *”Jeg tænker vi skal være gode til at lade være med at svare døgnet rundt”* (GC, informant B). Særligt i relation til GOP'er blev det beskrevet, at TR vil kunne medføre nye arbejdsopgaver, som vil kræve ekstra tid og ressourcer. En fremhævede, at opgaven er præget af begrænset tid, hvilket kan gøre opgaver såsom at producere videomateriale vanskeligt at integrere i arbejdsdagen:

*”Jeg tænker det er en meget tidsbegrænset opgave, i hvert fald lige når vi snakker GOP, så tænker jeg, at der hurtigt kan ligge skygge-arbejde i det”.*

(GC, informant E)

## **Ambivalens mellem fysioterapeutisk faglighed og digitale muligheder**

I interviewet opstod der en gennemgående ambivalens hos flere, som påvirkede deres evne til at se TR som værende meningsfuldt.

Én TP syntes ikke ordene “tele” og “rehabilitering” passer sammen, fordi det strider imod den måde, hun tolker ordene. Vedkommende fremhævede, at TR opleves som en fremmedgørelse ift. det arbejde og den faglighed, hun identificerer sig med. En anden udtrykte bekymring for, at anvendelsen af TR kunne påvirke oplevelsen af egen faglighed negativt og give vedkommende en følelse af utilstrækkelighed, særligt hvis en familie valgte en digital løsning i et forløb, som han fagligt vurderede, ikke ville skabe tilstrækkeligt fremskridt.

Ligeledes blev der udtrykt bekymring for, at TR kan reducere TP'ens rolle til en mere teknisk og administrativ funktion frem for en menneskelig og relationel praksis. Det

kom bl.a. til udtryk ved frygt for, at arbejdet ville blive mindre meningsfuldt og kreativt, samt modstand mod tanken om et forløb udelukkende bestående af TR:

*"Jeg ville føle mig som sådan en skrivebords-fys, det ville jeg simpelthen hade, så tror jeg, jeg skulle finde et andet arbejde".*

*"(...) det er virkelig ikke dét, jeg er uddannet til".*

(GC, informant A)

*"Jeg vil aldrig, tænker jeg umiddelbart, have et forløb, hvor jeg udelukkende vil køre telerehabilitering".*

(GC, informant E)

På trods af denne skepsis reflekterede TP'erne over, at modstanden i høj grad var forankret i dem selv og deres egne personlige præferencer: *"det er jo nok mest noget, der bor i mig"* (GC, informant E). Udsagnet synliggør, at modstanden ikke nødvendigvis handler om barnets behov, men om TP'ens egen faglige forståelse og personlighed, hvortil en udtrykte:

*"Det er ikke for mig, vi er her. Det er for jer. Det er for barnet, vi er her".*

(GC, informant E)

Vedkommende reflekterede over nødvendigheden af at tilsidesætte personlige og faglige præferencer, hvis TR vurderes at skabe værdi for barnet og dennes familie: *"hvis det er det, der skaber værdier hos min patient, så er det jo også det, jeg skal rette mig efter"* (GC, informant E).

En anden pegede på, at TP'er har forskellige interesser og kompetencer og, at nogle derfor vil være mere motiverede for at anvende digitale løsninger, end andre. Hun understregede dog vigtigheden af:

*" (...) at det ikke bliver min personlige præference, der afgør, om jeg bruger telerehabilitering eller ej. Jeg tror, det er dét, mit faglige skynd og undersøgelse skal vise".*

(GC, informant A)

## Forældrenes engagement opleves som afgørende for rehabiliteringens succes

En TP beskrev forældrene som en afgørende ressource i barnets forløb og understregede, at de har et væsentligt medansvar for både at støtte og motivere barnet i træningen. Vedkommende oplevede, at børn og unge sjældent kan opretholde motivation for deres forløb alene, men i høj grad er afhængige af opbakning fra deres forældre:

*"Jeg synes forældrene har et stort ansvar i at motivere og fastholde. Fordi det tror jeg simpelthen ikke på, at man kan, når man er så ung".*

(GC, informant A)

Vedkommende pegede på, at børn og unge hurtigt kan miste fokus på træningen i hverdagen, hvis der ikke er voksne omkring, som hjælper med at understøtte indsatsen. Det blev understøttet af en TP, som fortalte, at selv ældre børn, som selvstændigt kommer til træning, fortsat kan have behov for forældrenes støtte til praktiske forhold fx kalenderstyring. En TP fandt det vigtigt, at forældrene deltager ved den første konsultation, også når målet senere er, at den unge selvstændigt møder op til træning. Der var desuden enighed om, hvordan det aktivt bør italesættes over for familien, at genoptræningen ikke kun er barnets ansvar, men et fælles projekt, hvor hele familien skal hjælpe barnet godt om på den anden side igen. En TP understregede, at det ikke er til selve konsultationen barnet bliver stærkere, men derhjemme.

## 3.2 Supplerende materiale

I dette afsnit præsenteres resultatet af det supplerende materiale, herunder mailkorrespondancer, telefonsamtaler med forældre og pilotinterviewet, der viser de vilkår, som henholdsvis understøtter eller udfordrer meningsfuldheden af TR (tabel 5).

Understøtter	Udfordrer
<u>Forældre</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forløb: Når diagnose er stillet og øvelserne kendes.</li> <li>• Simple skader: Ideelt til f.eks. hånd- eller fingerskader.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstatning: Uegnet som fuld erstatning for fysisk fremmøde.</li> <li>• Opstart af forløb: Svært at skabe den nødvendige tillid og relation virtuelt.</li> <li>• Komplexitet: Svært at vurdere gangfunktion og balance m.m. samt at anvende måle- og testredskaber.</li> </ul>
<u>Pædiatriske fysioterapeuter</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geografi: Adgang til specialister trods lang afstand.</li> <li>• Datatracking: Brug af sensorer til monitorering.</li> <li>• Forældrerådgivning: Effektiv til teori og vejledning uden barnet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udredning: Uegnet til indledende undersøgelse og diagnosticering.</li> <li>• Skærmtræthed: Mere anstrengende at kommunikere for TP'en.</li> </ul>
<u>Fælles</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logistik: Sparer transport, parkeringsudgifter og tid.</li> <li>• Tryghed: Godt ved social angst eller manglende overskud.</li> <li>• Apps &amp; Video: Mere motiverende og forståeligt end træningsplaner på papir.</li> <li>• Sociale fællesskaber: Online holdtræning, fælles identitet og med børn man kender i forvejen.</li> <li>• Supplement: Ideelt til tjek og justering mellem fysiske møder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fejltræning: Risiko for at overse fejl i øvelser.</li> <li>• Klinisk blik: Risiko for at overse fx fejlstillinger og nedsat bevægelseskvalitet.</li> <li>• Barnets fokus: Svært at fastholde koncentration og kommunikation via skærm.</li> <li>• Relation: Svært at skabe tillid via skærm.</li> <li>• Teknik: Risiko for dårlig kameravinkel, dårlig kamera/kvalitet og mangel på skærmdeling.</li> <li>• Manglende "hands-on": Kan ikke mærke fx spænding eller styre tyngdepunkt.</li> </ul>

Tabel 5. Resultater af supplerende materiale

## 4. Diskussion

I dette afsnit diskuteres projektets metode og resultater. Først reflekteres kritisk over projektets gennemførelse og metodiske valg, hvorefter resultaterne diskuteres i relation til supplerende materiale, relevant litteratur og teori.

### 4.1 Metodediskussion

Metodediskussionen tager udgangspunkt i Egon Guba og Yvonna Lincolns fire kvalitetskriterier for kvalitative studier (29).

#### *Troværdighed*

Følgende omhandler de metodiske valg i relation til troværdighed (29), herunder hvilken grad projektet korrekt belyser problemformuleringen.

Den hermeneutisk-fænomenologiske tilgang vurderes at styrke troværdigheden, da den muliggør en dybdegående undersøgelse af TP'ernes oplevelser og perspektiver (29). Forskernes forforståelse kan have påvirket interview og analyse, hvorfor der løbende blev arbejdet refleksivt med denne - en fuldstændig tilsidesættelse var ikke mulig, hvilket er i overensstemmelse med det hermeneutiske ståsted (29). Under fokusgruppeinterviewet bidrog forskerne med konkrete eksempler på anvendelsen af TR for at nuancere informanternes besvarelser. Det kan betragtes som et brud på den fænomenologiske tilgang, men ansås som en nødvendighed da informanternes udsagn fremstod snævre, sandsynligvis grundet deres begrænsede kendskab til TR.

Hovedempirien blev indsamlet via et fokusgruppeinterview, hvilket vurderes velvalgt da formålet var at undersøge holdninger og refleksioner, hvor interaktionen mellem deltagerne kunne bidrage til udvikling og nuancering af perspektiver. Der blev forsøgt at skabe et rum hvor TP'erne kunne inspirere hinanden gennem diskussion og fælles sparring. Moderatoren understregede, at der ikke var nogle rigtige eller forkerte svar og at de ikke behøvede at være enige. På den ene side kan gruppeinteraktionen have påvirket deres udsagn, idet enkelte TP'er kan have tilpasset deres svar til gruppens stemning eller undladt at dele kritiske perspektiver. På den anden side forsøgte moderatoren at sikre tale taletid til alle samt at fremme forskellige perspektiver ved fx at

stille spørgsmål som: *“Er der nogen, der har et andet syn på det?”*. Hertil viste analysen, at nogle bidrog mere til samtalen end andre, og man kan derfor diskutere hvorvidt moderatoren i højere grad kunne have styret samtalen. Det kan have påvirket hvilke perspektiver der primært til udtryk i datamaterialet. På den baggrund kan det overvejes, om individuelle interviews ville have bidraget med andre eller mere nuancerede perspektiver. Analysen viste desuden en overvægt af udsagn, omhandlede hvornår TR ikke vurderes meningsfuldt, samt de barrierer der knytter sig hertil. Det er interessant, da projektets formål var at undersøge, hvornår TR opleves meningsfuldt, frem for om det er meningsfuldt. Det kan derfor diskuteres, i hvilken grad projektet har belyst formålet tilstrækkeligt.

Interviewet blev transskriberet og analyseret jf. Malterud (37). Resultaterne blev valideret ved kritisk sammenligning af resultater og transskription. Ydermere sikrede den induktive og iterative proces, at der blev skabt balance mellem en systematisk tilgang og med rum for åbenhed overfor TP'ernes udsagn. Analysen viste, at nogle besvarelser var korte og mindre nuancerede, hvilket kan skyldes spørgsmålenes formulering eller at TP'erne udtalte sig om en praksis uden egen erfaring.

Supplerende perspektiver bidrog til en nuanceret forståelse af TR's muligheder og udfordringer, idet oplevelsen af meningsfuldhed kan variere mellem TP'er og familier. Det var oprindeligt planlagt at gennemføre et fokusgruppeinterview med forældrene for at fremme fælles refleksion, men dette kunne ikke realiseres grundet manglende rekruttering. Ekspert- og pilotinterviewet bidrog med relevante perspektiver til anvendelsen af TR og skabte grundlag for store dele af projektet fx udarbejdelsen af interviewguide til fokusgruppeinterviewet, hvilket menes at styrke projektets troværdighed. Dog opstod der tekniske udfordringer, under pilotinterviewet og TP'en bevægede sig mellem emner, hvilket gjorde det svært for moderator at følge interviewguiden. Det kan derfor diskuteres, om et fysisk interview kunne have bidraget til en mere naturlig dialog med præcise svar.

Litteratursøgningen bidrog til at åbne emnet op i projektets indledende fase og skabte nye perspektiver og viden. Ved at benytte tre databaser lykkedes det at indsamle et bredt udvalg af forskning. Artikler blev ikke ekskluderet på baggrund af artikeltype, hvilket gav et bredt udvalg af søgeresultater. Dette muliggjorde inddragelse af både kvalitative og kvantitative studier, men gjorde samtidig søgningen mere omfattende. Idet resultaterne omfattede begge metodiske tilgange, vurderes søgestrategien som

hensigtsmæssig. Det kan ikke udelukkes at valgte søgeord, databaser eller inklusionskriterier kan have udladet relevante artikler. Fx kan begrebet “telemedicin” diskuteres, da det primært knytter sig til lægefaglige ydelser (24). I PubMed havde det været hensigtsmæssigt at tilføje begrebet “telehealth”, da det omfatter et bredt spektrum af sundhedsfaglige interventioner, herunder fysioterapi (24).

Alle inkluderede forskningsartikler scorede højt i den kritiske læsning (34,35). Dog opnåede Takinacı et al. (41) ikke *statistical power*, grundet en for lille *sample size*, hvorfor resultaterne skal behandles med forbehold.

Alternativt kunne projektet have inddraget interviews med internationale TP’er med erfaring inden for området. Det kunne have bidrage med erfaringer fra kontekster, hvor TR allerede er implementeret, men forskelle i sundhedssystemer og organisering kunne samtidig have begrænset resultaternes overførbare til en dansk kontekst. Ligeledes kunne et fokusgruppeinterview med børnefysioterapeuter der aktuelt anvender TR, have bidraget med mere nuanceret viden. Det var dog ikke muligt, hvorfor deres perspektiver blev inddraget gennem skriftlig besvarelse via mailkorrespondancer.

For at styrke projektets troværdighed blev der anvendt triangulering til at belyse problemstillingen fra flere perspektiver og reducere risikoen for ensidige fortolkninger af fundene. Der blev anvendt forskertriangulering ved, at projektet blev udarbejdet af to forskere i samarbejde med en vejleder. Dette indebærer løbende diskussion mellem forskerne om bl.a. kodning, resultatkategorier og inddelingen i subgrupper. Formålet var at skabe en fælles forståelse af materialet. Metodetriangulering blev anvendt gennem forskellige former for interview og informanter. Datatriangulering kom til udtryk ved anvendelsen af forskningsartikler fra forskellige databaser og fagområder. Endelig blev teoritriangulering anvendt ved inddragelse af flere teoretiske perspektiver i diskussionen af projektets resultater.

### ***Pålidelighed***

For at styrke projektets pålidelighed (29) er det tilstræbt at tydeliggøre beslutningsprocesserne gennem en beskrivelse af projektets enkelte faser. Arbejdsprocessen er systematisk blevet beskrevet ved hjælp af tekst, tabeller, figurer og bilag. Dokumentation af bl.a. valg af databaser, søgestrategier, analysemetode og transskriberingsregler bidrager til en gennemsigtig fremgangsmåde. I resultatafsnittet er der desuden forsøgt at

tydeliggøre de væsentligste fund gennem resultatkategorierne, hvis overskrift beskriver de centrale fund i hver kodegruppe.

De metodiske valg blev truffet med udgangspunkt i problemformuleringen for at sikre sammenhæng mellem problemformulering, formål, metode, analyse, data og konklusion. Hermed, skulle det være muligt for andre at gennemføre en lignende undersøgelse.

Arbejdsfordelingen mellem forskerne bestod i, at de hver gennemførte to interviews. Det bidrog til en ligelig fordeling af dataindsamlingen og mindskede risikoen for, at én enkelt forskers tilgang eller forforståelse prægede datamaterialet. Interviewene og data blev efterfølgende drøftet i fællesskab for at understøtte en nuanceret fortolkning af materialet.

Interviewguidene bidrog til at skabe struktur og konsistens i dataindsamlingen ved at sikre, at centrale temaer blev behandlet på tværs af interviewene samtidig med, at informanterne havde mulighed for at give uddybende svar. Alle interviewguides er vedhæftet som bilag, hvilket styrker projektets gennemsigtighed og synliggør de forskellige perspektiver i projektet. Der blev løbende gennemført analyse af interviewene, hvilket bidrog til en iterativ og reflektiv datagenereringsproces, hvor nye perspektiver og relevante temaer kunne identificeres og inddrages i de efterfølgende interviews.

### ***Bekræftelighed***

I følgende afsnit diskuteres projektets metodiske kvalitet med fokus på bekræfteligheden (transparens) (29).

For at sikre transparens blev der indledningsvis redegjort for forskernes forforståelse af fænomenet, TR. Projektets metode og analyse tog udgangspunkt i Kvale og Brinkmann (36) samt Malterud (37), hvilket bidrog til en systematisk og struktureret tilgang. Ligeledes, vurderes den systematiske tilgang til litteratursøgning at styrke projektets transparens. Den fænomenologiske tilgang i interviewguidene medvirkede til en bevidst håndtering af egen forforståelse. Forskerne tilstræbte samtidig at tilgå fænomenet med nysgerrighed over for nye perspektiver, hvilket fx kom til udtryk ved inddragelse af supplerende materiale for både at understøtte og nuancere hovedempiriens resultater.

### ***Overførbarehed***

Dette afsnit diskuterer de metodiske valg med fokus på overførbarehed (29). Det vurderes at projektet har en høj overførbarehed mhp. metoden, da denne ses veldokumenteret, fx i beskrivelsen af rekrutteringen af informanter, til både hovedempiri og supplerede materiale.

Projektets resultater kan ligeledes diskuteres, ift. graden af overførbarehed. En begrænsning heraf var, at informanterne til hovedempirien vurderes homogen hvilket medførte, at erfaringer fra andre TP'er, institutioner eller geografiske områder ikke er repræsenteret. Større diversitet mellem informanterne, kunne have øget overførbareheden og bidraget til andre interessante perspektiver. På trods vurderes resultaterne overførbare til andre kontekster. De identificerede vilkår, som understøtter og udfordrer oplevelsen af meningsfuldhed i TR, vurderes ikke udelukkende at være knyttet til den specifikke kontekst, hvori resultaterne fremkom. Resultaterne relaterer sig til tematikker som relation, teknologiske rammer og faglige overvejelser, der ikke er knyttet til én specifik kontekst. Dermed kan resultaterne potentielt bidrage med viden til fremtidig undersøgelse og implementering af TR i kommunale, private og regionale fysioterapeutiske tilbud til børn og unge.

## **4.2 Teori**

Resultaterne af den kvalitative undersøgelse diskuteres med udgangspunkt i to teorier, som kort redegøres for i det følgende.

'Oplevelsen af sammenhæng' (OAS) (28) er et sundhedspsykologisk begreb af Aaron Antonovskys (f. 1923), der bygger på tre kernekomponenter: 1) *Begribelighed*, handler om, hvordan individet opfatter stimuli fra det indre og ydre miljø, og om disse opleves som forståelige, strukturerede og sammenhængende eller som kaotiske og uforklarlige. 2) *Håndterbarhed*, omhandler oplevelsen af at have tilstrækkelige ressourcer til at håndtere de stimuli, krav og udfordringer, man møder. 3) *Meningsfuldhed*, beskriver den motivationsmæssige dimension i OAS og handler om, i hvilken grad individet oplever livets udfordringer som værd at engagere sig i frem for som byrder.

‘Selvbestemmelsesteorien’ (SDT) (42) er en psykologisk teori, udviklet af Edward L. Deci (f. 1942) og Richard M. Ryan (f. 1953) som beskriver, hvilke faktorer der fremmer menneskers motivation og oplevelse af selvbestemmelse. Teorien bygger på tre grundlæggende psykologiske behov: 1) *Autonomi*, handler om retten til selvbestemmelse, om at handle i overensstemmelse med egne værdier, fremfor at føle sig kontrolleret ude fra. 2) *Kompetence*, handler om oplevelsen af at kunne meste og handle effektivt. 3) *Tilhørsforhold*, handler om oplevelsen af at være forbundet med andre. SDT skelner desuden mellem forskellige typer af motivation: *amotivation*, *ydre motivation* og *indre motivation*, som betragtes som et kontinuum, hvor motivationen kan udvikle sig over tid.

## 4.3 Resultatdiskussion

### Anvendelsen af TR afhænger af barnets ressourcer, motivation og kontekst

TP'erne peger på, at en individuel vurdering af det enkelte barn er en forudsætning for anvendelsen af TR. Selvom diagnose og interventionstype fremhæves som relevante, vil forløb variere, også blandt børn med samme diagnose. Derfor må anvendelsen af TR forstås som kontekstafhængig og bero på en konkret faglig vurdering.

Flere TP'er beskriver, at TR kan være mindre hensigtsmæssigt, når barnet har begrænsede kognitive ressourcer, mangler motivation eller har behov for fysisk facilitering. Derudover peger en forælder på, at relationen mellem barn og terapeut kan være afgørende, da TR vurderes mindre egnet tidligt i et forløb, hvor relationen endnu ikke er etableret. Dette indikerer, at barnets forudsætninger og tidspunktet i rehabiliteringsforløbet har betydning for, om TR opleves som anvendeligt.

De fleste TP'er opfatter TR som særlig velegnet til ældre og velfungerende børn. En TP argumenterer derimod for brug af TR i mere komplekse forløb, da barnet hermed vil blive imødegået ved at kunne træne i vante og trygge rammer derhjemme. Dette bekræftes gennem en mailkorrespondance med en TP, der beskriver TR som en meningsfuld løsning, når barnet har det så dårligt, at det ikke kan komme ud ad døren.

Det understøttes i pilotinterviewet, hvor TR beskrives som anvendelig til online konditionshold for børn med lavt funktionsniveau med potentiale for at styrke kondition, funktion og relation mellem børn på tværs af geografiske afstand. Desuden fremhæver TP'en, at TR fungerer godt til træning med mindre børn, hvor forældrene er til stede.

TP'erne anså TR som meningsfuldt i situationer hvor forløbet går planmæssigt, til GOP'er og simple problematikker. Pilotinterviewet understøtter dette og uddyber, at TR er særligt brugbart ved "rugbrødsarbejdet", dvs. den del af træningen som kræver tid og gentagelser. Dette bekræftes af en forælder til et barn med en GOP, da han vurderede, at TR kunne have øget trygheden i forløbet ved at skabe bedre mulighed for løbende sparring mellem konsultationerne. Ifølge SDT (42) vil barnets *kompetence* og *autonomi* kunne øges, fx gennem videokonsultationer. Ved video tilføres et visuelt og auditiv feedback som potentielt kan styrke barnets mulighed for at forstå og indlære den givne information, og hermed selvstændigt kunne udføre øvelserne. Øget *autonomi* og *kompetence*, vil ydermere kunne fremme barnets motivation i forløbet.

Litteraturen peger på en bredere målgruppe for TR. Fx viser Sel et al. (43), at førskolebørn med cerebral parese (CP) opnår signifikante resultater ved standardbehandling kombineret med TR sammenlignet med standardbehandling alene. Studiet konkluderer at denne intervention imødekommer de centrale behandlings behov hos børn med CP, og at standardbehandlingen alene ikke længere er sufficient, og man i fremtiden derfor bør inkludere andre metoder, såsom TR. Sammenholdt med TP'ernes vurderinger ses sammenfald ift. komplekse forløb (fx børn med CP), men litteraturen udfordrer opfattelsen af, at TR primært er relevant for ældre og velfungerende børn. Samlet peger dette på, at TP'ernes forståelse med fordel kan nuanceres, da TR potentielt kan styrke kvaliteten af praksis. Et andet eksempel er Takinacı et al. (41) der viser, at TR kan øge effekten af hjemmetræning hos unge med mild idiopatisk skoliose med forbedringer ift. livskvalitet, smerte, funktion og holdning sammenlignet med hjemmetræning alene. Studiet indikerer, at usuperviseret hjemmetræning har begrænset effekt. Disse fund peger på, at udlevering af hjemmetræningsprogrammer alene ikke er tilstrækkeligt, og at TR kan fungere som et vigtigt supplement til traditionel fysioterapeutisk behandling.

TR fremhæves som meningsfuldt for familie med stor geografisk afstand til behandlingen eller en travl hverdag, hvilket også afspejles i sundhedsreformens fokus på at rykke behandlingen tættere på patienten (6). Dette understøttes af både forældre og mailkorrespondance med en TP, som peger på at TR kan reducere logistiske udfordringer, tidsforbrug og økonomiske omposterings i hverdagen.

### Brugen af TR præges af både eksisterende erfaringer og behov for udvikling

Resultatet viser, at TP'erne allerede anvender elementer af TR i deres kliniske praksis, på trods af at de indledningsvist gav udtryk for, at dette ikke var noget, de benyttede. Undervejs i interviewet kommer det dog frem, at de anvender flere digitale redskaber og kommunikationsformer, som kan betragtes som TR, fx ExorLive (40), telefonopkald samt videooptagelser. Samtidig kan fundene også afspejle, at digitale redskaber i stigende grad er integreret i hverdagen og derfor opfattes som en naturlig del af arbejdet, frem for som TR.

Samlet peger dette på, at udfordringen måske i højere grad vedrører implementeringen af TR som begreb frem for de digitale løsninger. Med afsæt i SDT (42) kan øget begrebsafklaring og kompetenceudvikling styrke TP'ernes oplevelse af *kompetence* og *autonomi* og dermed understøtte fagligt begrundede valg og progression i barnets forløb.

Ifølge OAS (28) kan det diskuteres hvorvidt TP'erne forstår begrebet TR. Resultatet peger på at nogle TP'er har en lav grad af *begribelighed*, idet deres forståelse af begrebet mudres og skaber uro. Dette kan påvirke deres evne til at håndtere begrebet, ligesom *meningsfuldheden* kan blive påvirket. I stedet for at begrebet opleves som en nødvendig udfordring, bliver det i stedet en byrde. Det vurderes at ved at styrke TP'ernes *begribelighed*, herunder deres forståelse af begrebet TR, vil oplevelsen af *håndterbarhed* og *meningsfuldhed* også blive styrket.

TP'erne peger på en række potentialer ved brugen af TR. De foreslår at TR kan anvendes til smertehåndtering og mestring, onlinetræningshold, øvelsesinstruktion og regu-

lering. Nogle TP'er taler for anvendelsen af online konditionshold, men ikke styrketræningshold, hvorimod andre kan se fordele ved begge interventioner. En TP mener, at netop styrketræning, herunder pro- og regression af styrkeøvelser vil fungere meningsfuldt til ældre børn med træningsforståelse. De så også potentiale i, at TR kan skabe hyppigere kontakt og øget fleksibilitet for både familie og TP, hvilket understøttes af forældreinterviewene. I denne sammenhæng viser et studie fra Camden & Silva (24) at selv simple teknologiske løsninger som SMS, e-mail og telefonkontakt kan være særdeles effektive til at opretholde kontakten med familier og understøtte sundhedsfremmende indsatser.

Sel et al. (43) fremhæver en artikel (44) som viser, at TR kan være lige så effektiv som ansigt-til-ansigt intervention, når den er familiecentreret, terapeutledet og individuelt tilpasset barnet. Dette peger på, at kvaliteten afhænger af støtte, involvering og kontinuitet snarere end fysisk tilstedeværelse. Med afsæt i OAS (28) kan hyppigere kontakt via TR give mulighed for at øge både barnets og forældrenes oplevelse af *kompetence* og *autonomi*. Løbende kontakt kan skabe større tryghed, reducere usikkerhed og styrke deres handleevne i rehabiliteringsprocessen.

Ifølge TP'erne bør første møde foregå fysisk for at vurdere barnets egnethed i forhold til TR og etablere relation til barnet og forældrene. For at undgå, at anvendelsen af TR ikke afhænger af den enkelte TP, foreslås medbestemmelse til forældrene, hvilket understøtter den familiecentrerede praksis. Her kan der drages parallel til sundhedsreformen (6) som fremhæver, at TR bør anvendes når patienten ønsker det og når det vurderes fagligt relevant. TP'erne peger desuden på, at institutionelle rammer er afgørende for at sikre høj faglig kvalitet i TR. Det indebærer fx adgang til egnede lokaler til videooptagelse og gennemførelse af online træning. Dette synspunkt er en forælder enig i, men er dog også bekymret for, om de fysiske og praktiske rammer i hjemmet er tilstrækkelige til brug af TR. Med udgangspunkt i OAS (28) vurderes kvaliteten af videooptagelserne af stor betydning. Skal fx et videoopkald opleves som *begribeligt* vil det kræve at sensoriske stimuli udfordres mindst muligt. En video af ringe kvalitet vil udfordre både visuelt og auditivt med risiko for at informationen vil opleves som uforstående og svær at håndtere.

Adspurgt, var det TP'ernes oplevelse, at en online database med øvelser, vejledninger samt plads til videokonsultationer vil være for tidskrævende arbejdsmæssigt og tillige

dyr at etablere. I modsætning til dette, gav to forældre udtryk for, at en sådan database vil have været meningsfuldt i deres forløb da den kunne have klædt dem bedre på til at støtte deres barn gennem behandlingen. Desuden kunne den have givet en større trykthed ift. at kunne vejlede barnet korrekt, idet de nemt ville kunne genbesøge information ved tvivl, uden nødvendigvis at skulle kontakte terapeuten.

TP'erne fremhæver, at kvaliteten af TR forudsætter, at man – som professionel – klædes på til denne opgave. Hvem har ansvaret for kompetenceudviklingen og bør det inddrages som en del af uddannelsen? TP'ernes holdninger peger i forskellige retninger. En fremhæver, at erfarne TP'er har stærkere kompetencer til at anvende TR. Dette modsiges af en anden, som påpeger, at yngre TP'er ofte har en større teknologiforståelse, da de er vokset op med digitale løsninger. Teknologiforståelse er en central del af TR, og beskrives, i TEKU-modellen (45), som et samspil mellem teknologi, engagement, kompleksitet og udvikling. Camden & Silva (24) fremhæver desuden betydningen af teknologi og udstyr, organisatorisk støtte samt uddannelse. De understreger, at TP'er har behov for praksisnær oplæring, og at ansvaret for en sikker implementering af TR bør ligge hos organisationen.

### **Frygt for tab af fysioterapeutiske kerneværdier**

Flere TP'er udtrykte bekymring for, at TR kunne udvikle sig til en standardiseret løsning, der ikke tager tilstrækkeligt hensyn til det enkelte barns og families behov. Bekymringen var desuden særligt knyttet til risikoen for at miste det kliniske aspekt. En TP fremhævede i en mailkorrespondance, at det kan være vanskeligt at opfange, hvad der foregår i rummet, både ift. kliniske observationer og relationelle dynamikker. Ved at flytte barnets behandling til en digital kontekst, kan forældrene også se forskellige risici. En forælder fremhævede at hun ikke havde et klinisk blik og derfor ikke ville opdage hvis noget var galt. Dette understøttes af pilotinterviewet, hvor TP'en gav udtryk for at sekundære komplikationer, som tiltagende stivhed eller smerter, kan være svært at opfange over en skærm. Netop disse ting blev beskrevet som faglige aspekter og dermed ikke noget forældre har kompetencer til at kunne spotte. En far udtrykte ligeledes bekymring for, om barnet kunne tilegne sig uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre, hvis disse afvigelser ikke blev opdaget og korrigeret. Imidlertid peger forsk-

ningen, på at det digitale format også kan tilføre nye perspektiver til den fysioterapeutiske vurdering. I studiet af Camden & Silva (24) beskriver pædiatriske TP'er fx hvordan video og billeder kan give et unikt billede i barnets naturlige miljø og daglige aktivitet. Dette kan skabe mulighed for at understøtte det individuelle barns deltagelse og funktion i hverdagen. Selvom TP'er og forældre i dette projekt udtrykker bekymring for at miste det kliniske blik peger forskningen på, at digitale løsninger kan understøtte et barns rehabiliteringsforløb, når de anvendes hensigtsmæssigt (43).

Ligeledes udviste TP'erne bekymring for at miste det relationelle aspekt, noget som alle tillagde stor betydning. Forældrene udtrykte også bekymringer for at miste relationen mellem TP og barn ved TR. En forælder fortæller, at hendes søn har svært ved at åbne sig over for nye mennesker, og det fysiske møde med TP'en var afgørende for hans deltagelse i genoptræningen. Hun vurderede, motivationen ikke havde været den samme ved digital kontakt. Dette synspunkt genfindes i en mailkorrespondance med en anden TP, der ligeledes ikke ser det ikke muligt at skabe et trygt terapeutisk rum med børn "gennem skærmen".

TP'erne udtrykker bekymring for, at TR potentielt kan medføre en øget arbejdsbyrde, bl.a. gennem ændrede forventninger til fysioterapeutens rolle, flere arbejdsopgaver og uklare grænser mellem arbejdstid og tilgængelighed, hvilket blev forbundet med risikoen for såkaldt "skygge-arbejde". Ud fra OAS (28) kan denne bekymring ses som et udtryk for, at TR i højere grad opleves som en belastning frem for en håndterbar og nødvendigudfordring. Når TP'erne oplever uklare forventninger og skjulte arbejdsopgaver, kan *håndterbarheden* udfordres, fordi kravene opleves som større end de ressourcer, der er til rådighed (28). Ligeledes, vil *meningsfuldheden* kunne reduceres, hvis TP'erne oplever, at TR flytter fokus fra de aspekter, som de finder mest værdifulde (28). På baggrund af dette, kan det formodes, at en implementering af TR i høj grad afhænger af, om TP'erne oplever det som værende både begribeligt, *håndterbart* og *meningsfuldt*. Hvis det ikke sker, kan TR risikere at blive en byrde, frem for et meningsfuldt supplement til den fysioterapeutiske behandling.

## Ambivalens mellem fysioterapeutisk faglighed og digitale muligheder

Et væsentligt fund i dette projekt er, at flere af TP'erne oplever en grundlæggende ambivalens i mødet med TR. På den ene side kan TR skabe værdi for barnet og familien, men på den anden side udfordrer det TP'ernes forståelse af egen faglighed og professionelle rolle, hvilket gør det vanskeligt umiddelbart at forene disse værdier i deres praksis.

Der kan drages paralleller mellem disse fund og OAS (28). Ud fra teorien, kan TP'ernes ambivalens forstås som et udtryk for, at TR udfordrer både *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. *Begribeligheden* udfordres, når deres vante arbejdsformer ændres, og TP'erne oplever en usikkerhed omkring, hvordan deres faglighed skal udfoldes i en digital kontekst. Samtidig kan *håndterbarhed* påvirkes, når de oplever manglende kontrol over fx en undersøgelsessituation, hvor de ikke fysisk kan have 'hænder på' barnet. Dette kan medføre, at centrale værdier, såsom fysisk nærvær og relationel kontakt, ændres betydeligt, samtidig med at tekniske udfordringer og øget krav til kommunikation og instruktion opstår. Samtidig peger resultaterne dog på, at flere anerkender nødvendigheden af at tilsidesætte personlige og faglige præferencer, hvis TR vurderes at kunne skabe værdi for barnet og familien. Dette kan indikere, at *meningsfuldheden* potentielt kan genopbygges, når TR opleves som et redskab, frem for en erstatning til traditionel fysioterapi. Flere TP'er understregede netop, at TR ikke bør fungere som et alternativ, men snarere som et supplement. Ud fra dette kan det formodes, at deres *oplevelse af sammenhæng* (28) og accept af TR i høj grad afhænger af, om digitale løsninger opleves som forenelig med deres faglige værdier og forståelse af god fysioterapeutisk praksis. Projektets resultater viste samtidig, at fysioterapeuternes tanker om TR pegede i forskellige retninger, hvilket kan indikere, at de vil opleve forskellige grader af OAS (28), i relation til anvendelsen af TR.

TP'ernes forskellige holdninger til TR kan desuden perspektiveres til Deci & Ryan (42), som argumenterer for, at oplevelsen af *autonomi* og *kompetence* har stor betydning for individets motivation. Fundene peger på, at TR for nogle opleves som en arbejdsform, der begrænser deres faglige vurderinger og mulighed for at udfolde deres faglighed, hvilket kan forstås som en udfordring af behovet for *autonomi*. Samtidig beskriver flere en usikkerhed omkring deres *kompetencer* i en digital kontekst, særligt i forbindelse med kliniske vurderinger gennem en skærm. Når behovene for *autonomi* og *kompetence* ikke imødekommes, kan motivationen ifølge SDT (42) blive mere ydre

styret, hvor TR opleves som noget, der pålægges frem for noget, der aktivt vælges. Dette kan muligvis forklare den ambivalens, der kommer til udtryk i udsagnene.

Resultaterne viser samtidig en tendens til, at TP'er med erfaring for TR fremstår mere åbne mens TP'erne uden erfaring i højere grad udtrykker modstridende følelser og barrierer. Dermed kom interviewet i mindre grad til at handle om, hvordan TR kan anvendes meningsfuldt, og i højere grad om, hvornår og til hvilke målgrupper TR ikke vurderes egnet. Dette peger på, at øget erfaring, kompetenceudvikling og mulighed for selv at vurdere relevansen af TR i arbejdet med børn og unge potentielt kan styrke TP'ernes motivation og accept af digitale løsninger.

### Forældrenes engagement opleves som afgørende for rehabiliteringens succes

TP'erne fremhæver, at forældre spiller en afgørende rolle i at understøtte barnets træning gennem motivation og støtte, hvormed forældrene betragtes som vigtige samarbejdspartnere. Dog viser resultaterne også, at den egentlige udvikling og fremgang i barnets forløb i høj grad sker derhjemme, i hverdagen. Dette understreger betydning af, at forældrene klædes tilstrækkeligt på til at kunne varetage og integrere træningen i hverdagen. En TP skriver i en mail, at hun underviser forældre via slides, så de forstår den vigtigste teori bag barnets diagnose og behandlingsforløb, hvilket understøtter træningen. I en mailkorrespondance fortæller en TP ligeledes, at hun bruger online konsultationer som et rum for patientuddannelse til forældrene, så de i større grad kan tage ansvar og ejerskab for barnets forløb. Hun oplever, at disse konsultationer kan medvirke til at give forældrene nye handlemuligheder og bedre forudsætninger for at forvalte familiens ressourcer. TR vil desuden kræve en forandring i forældrenes hverdag, hvilket understøttes i en artikel af Alves Rodrigues et al. (46). Artiklen rapporterede desuden om, at flere forældre oplevede udfordringer med teknologien, hvilket indikerer, at implementeringen af TR ikke alene afhænger af forældrenes motivation og engagement, men også af praktiske og teknologiske rammer.

Vha. SDT (42) kan der argumenteres for, at patientuddannelse kan styrke forældrenes oplevelse af *kompetence* og *autonomi*, hvilket kan understøtte en mere indre motivation for at integrere træningen i familiens hverdag. Samtidig kan dette relateres til OAS (28), idet en øget forståelse for barnets problematik kan styrke oplevelsen og *begribelighed* og *håndterbarhed* i forløbet, og dermed gøre det lettere at skabe meningsfulde

handlinger. Dog peger fundene og tidligere forskning på, at teknologiske og praktiske barrierer kan udfordre både oplevelsen af *kompetence* og sammenhæng, hvilket kan påvirke motivationen for TR.

#### 4.4 Teoridiskussion

De valgte teoretikere vurderes relevante til diskussion af projektets resultater. Antonovskys teori om OAS (28) var særlig anvendelig i diskussionen da den belyste, hvordan *meningsfuldhed*, *begribelighed* og *håndterbarhed* havde afgørende betydning for, om TR blev oplevet som en ressource eller belastning. Det var centralt for projektet, da oplevelsen af meningsfuldhed fremstod som et gennemgående tema i TP'ernes vurdering af TR. Deci & Ryans SDT (42) var ligeledes relevant, da den bidrog med en forståelse af, hvordan motivationen blev påvirket af behovet for *autonomi*, *kompetence* og *tilhørsforhold*. Tilsammen kunne de to teorier bruges til at forstå, at begrebet TR ikke kun omhandler teknologi, men også om hvordan den integreres i klinisk praksis, hvor den enten vil understøtte eller udfordrer motivationen og oplevelsen af sammenhæng.

En anden teori, der med fordel kunne være inddraget, er Albert Banduras (f. 1925) 'sociale kognitive teori' (47). I undersøgelsen af TR kunne denne have bidraget til at belyse hvordan begrebet "*self-efficacy*" (SE) kunne have påvirket forståelsen af projektets fund. TP'en kan ifølge Bandura, ses som en *rollemodel* (47) for barnet under forløbet, men når dele af behandlingen erstattes med digital kontakt, ville denne opfattelse uundgåeligt også ændres. Der vil potentielt skabes en større forventning til den enkelte TP's formidlingsevner såvel som til barn og forældres evne til at forstå og efterkomme de givne informationer. Anvendelsen af TR vil kunne påvirke graden af SE og hermed få en afgørende rolle for implementering og modtagelsen af TR. Ligeledes vil man kunne diskutere og argumentere for, at *verbal overtalelse* (47) potentielt kunne øge SE, grundet den hyppigere kontakt med TP'en og dermed også hyppigere feedback.

## 5. Konklusion

Projektets formål var at undersøge hvordan børnefysioterapeuter (TP'er) oplever tele-rehabilitering (TR) som meningsfuldt i behandlingen af børn og unge (0–18 år) med somatiske problematikker, og hvordan forældres perspektiver kan bidrage til forståelsen af de vilkår, der understøtter eller udfordrer denne meningsfuldhed.

Projektet konkluderer, at TP'er oplever TR meningsfuldt for børn og unge, når anvendelsen tilpasses det enkelte barns behov og forudsætninger, familien og konteksten. TR fremstår som et komplekst begreb, hvorfor undersøgelsen ikke peger på entydige svar. Det vurderes ikke som en universel løsning, men snarere som et værdifuldt supplement til den fysioterapeutiske indsats. Resultaterne indikerer, at TR er relevant til børn med træningserfaring, stabile forløb, genoptræningsforløb, mindre komplekse problemstillinger samt til familier med lang transporttid eller en travl hverdag. Resultaterne peger desuden på, at visse komplekse forløb kan være egnede til TR afhængigt af konteksten. TR vurderes særligt at have potentiale inden for smertehåndtering, mestring, online træning, øvelsesinstruktion og regulerende indsatser. Samtidig kan TR øge fleksibiliteten, muliggøre hyppigere kontakt og feedback samt styrke tryghed, kompetence og autonomi hos barnet og forældrene.

Forældreperspektivet bidrog til at nuancere TP'ernes erfaringer og refleksioner. Resultaterne understreger, at forældrenes engagement, ressourcer og mulighed for at understøtte træningen i hjemmet, har stor betydning for forløbets gennemførelse og udbytte. Forældrene fremstår som centrale samarbejdspartnere i TR-forløbet, og deres involvering vurderes at være afgørende for både implementering og effekt. Samtidig bidrog deres perspektiver til en bredere forståelse af de praktiske og familiemæssige forhold, der kan understøtte eller udfordre anvendelsen af TR.

Det konkluderes, at meningsfuld anvendelse af TR til børn og unge understøttes af velfungerende teknologi, individuel tilpasning af indsatsen samt aktiv inddragelse af børn og forældre. Omvendt kan tekniske udfordringer, risiko for øget arbejdsbyrde og bekymringer om tab af faglig identitet, kliniske og relationelle aspekter udfordre anvendelsen.

Undersøgelsen peger på, at TP'ernes forforståelse af TR har betydning for deres vurdering af interventionens potentiale. Manglende viden og erfaring med TR skabte ambivalens og blev oplevet som en barriere for anvendelsen. Resultaterne indikerer desuden, at oplevelsen af TR som begribelig, håndterbar og meningsfuld er central for implementeringen. Øget begrebsafklaring og kompetenceudvikling kan derfor bidrage til større accept af TR og understøtte TP'ernes oplevelse af kompetence i anvendelsen. Når behovet for autonomi og kompetence udfordres, kan motivationen for anvendelsen af TR blive mere ydre styret, hvormed teknologien opleves som noget der pålægges, frem for noget der aktivt vælges.

Konklusionerne hviler på projektets hovedempiri, der gennem Malteruds systematiske tekstkondensering blev analyseret og fortolket i relation til relevant teori, udvalgte forskningsartikler og supplerende materiale, herunder ekspert- og pilotinterview samt telefonsamtaler med forældre. Konklusionerne afspejler således en samlet vurdering af de identificerede mønstre og sammenhænge på tværs af projektets datagrundlag.

Konklusionernes gyldighed vurderes styrket af den systematiske og transparente tilgang til dataindsamling og analyse, samt triangulering af data, metoder og forskere. Samtidig må resultaterne fortolkes i lyset af metodiske begrænsninger, herunder et begrænset antal informanter fra samme arbejdsplads, forskernes forforståelse samt TP'ernes varierende erfaring med TR. På denne baggrund vurderes konklusionerne som troværdige inden for den undersøgte kontekst. Med henblik på overførbare og fremtidig anvendelse konkluderes det, at selvom undersøgelsen er kontekstafhængig, kan resultaterne inspirere til anvendelse og videre udvikling af TR i andre lignende sammenhænge. Der fortsat er behov for forskning og udvikling der undersøger meningsfuld anvendelse af TR til børn og unge (0-18 år) i Danmark.

## 6. Perspektivering

I lyset af den kommende sundhedsreform og politiske målsætninger om øget digital genoptræning, vurderes projektets resultater som særligt relevante. Fundene peger på, at TR rummer et betydeligt potentiale i rehabiliteringen af børn og unge men samtidig, at en succesfuld implementering forudsætter klare faglige, organisatoriske og teknologiske rammer. Særligt fremhæves behovet for retningslinjer, der kan understøtte fysioterapeuters kliniske beslutninger om, hvornår TR er fagligt relevant. Derudover vurderes kompetenceudvikling inden for digitale færdigheder samt etablering af egnede teknologiske og fysiske rammer som centrale forudsætninger for implementeringen. I forlængelse heraf peger projektet på et behov for en tydelig afklaring af ansvarsfordelingen ift. kompetenceudvikling og uddannelse. Det bør afklares, hvorvidt dette ansvar primært bør ligge hos uddannelsesinstitutionerne, arbejdspladserne eller som et delt ansvar.

Det er projektets mål, at fundene kan bidrage til øget opmærksomhed på både potentialer og barrierer ved TR, særligt i det pædiatriske felt, hvor implementeringen er i tidlig udvikling. Resultaterne kan med fordel anvendes til udarbejdelsen af fremtidige retningslinjer. Fundene bidrager med fysioterapeuters praksisviden og erfaring, forskningsbaseret viden samt patientens præferencer, hvilket er med til at understøtte den evidensbaserede praksis (48).

Et konkret eksempel på, hvordan sådanne retningslinjer kan udformes, ses i en artikel af Carroll et al. (49), hvor der præsenteres en tjekliste, som skal guide den fremtidige fordeling af patienter til enten TR-forløb eller fysiske konsultationer.

Da projektet bygger på kvalitative data fra et begrænset antal informanter, vurderes det relevant at undersøge området yderligere gennem større og eventuelt kvantitative studier. Der findes i forskningen et systematisk review af Camden et al. (44), som beskriver karakteristika og effektiviteten af pædiatriske TR-interventioner på tværs af professioner – hertil kan fremtidig forskning, med fordel, anvende klarere in- og eksklusionskriterier i forhold til faggrupper, så resultaterne i højere grad tilrelateres til fysioterapeutisk praksis. Desuden kunne forskningen undersøge TP'ers erfaringer med TR i en bredere population samt belyse effekten og anvendeligheden af TR blandt forskellige patientgrupper, herunder patienternes oplevelser af digitale rehabiliteringsforløb.

## 7. Referenceliste

1. Digitaliseringsstyrelsen. Ny digitaliseringsstrategi for 2024-2027 [Internet]. 2023 [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://digst.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2023/november/ny-digitaliseringsstrategi-for-2024-2027/>
2. Kehlet J. Fysio.dk [Internet]. 2020 [henvist 19. marts 2026]. Covid-19 har sat skub i teleløsninger. Tilgængelig hos: <https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-7-2020/covid-19-har-sat-skub-i-telelosninger>
3. Bagger B, Høgsgaard D, Andersen Myglegaard H, Hägi-Pedersen MB, redaktører. Virtuelle konsultationer: fremtidens mødeformer i et sundhedsvæsen under forandring. Kbh: FADL's Forlag; 2025.
4. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. 2021 [henvist 1. april 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
5. Danske Patienter. Digital kontakt med sundhedsvæsenet [Internet]. 2020 [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://danskepatienter.dk/publikationer/digital-kontakt-med-sundhedsvaesenet>
6. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform 2024 [Internet]. 2024 [henvist 19. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>
7. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Ny aftale: En halv milliard kroner til hjemmebehandling med digitale løsninger [Internet]. 2023 [henvist 8. april 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/nyheder/2023/december/ny-aftale-en-halv-milliard-kroner-til-hjemmebehandling-med-digitale-loesninger->
8. Muñoz-Tomás MT, Burillo-Lafuente M, Vicente-Parra A, Sanz-Rubio MC, Suarez-Serrano C, Marcén-Román Y, m.fl. Telerehabilitation as a Therapeutic Exercise Tool versus Face-to-Face Physiotherapy: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 28. februar 2023;20(5):15. doi:10.3390/ijerph20054358
9. Wicks M, Dennett AM, Peiris CL. Physiotherapist-led, exercise-based telerehabilitation for older adults improves patient and health service outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 17. november 2023;52(11):13. doi:10.1093/ageing/afad207
10. Wiegaard L, Bundgaard K. Neuropædagogik som værktøj i pædiatrisk fysioterapi. I: Stegger H, Harboe H, redaktører. *Pædiatrisk fysioterapi*. Kbh: Munksgaard; 2013. s. 39–56. (Fysio/Munksgaard).
11. Dansk Selskab for Fysioterapi. Beskrivelse af specialet pædiatrisk fysioterapi [Internet]. [henvist 4. april 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.fysio.dk/global-assets/documents/0-kursus/specialiseringsordningen/specialet-paediatrisk-fysioterapi-okt2017.pdf>
12. Falmår J. Familiecentreret fysioterapeutisk praksis. I: Stegger H, Harboe H, redaktører. *Pædiatrisk fysioterapi*. Kbh: Munksgaard; 2013. s. 93–106. (Fysio/Munksgaard).

13. Glow Bright Therapy. Online Physical Therapy [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.glowbrighttherapy.com/physical-therapy>
14. Kidzphysio. Tele-Rehab | Online Physiotherapy [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://kidzphysio.com/tele-rehab-online-physiotherapy/>
15. Helen King Children's Physiotherapy. Online Physiotherapy [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.helenkingchildrensphysio.co.uk/online-physio/>
16. Physiotots. Telehealth Paediatric Physiotherapy [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://physiotots.com.au/services/telehealth/>
17. FysioLink. Building a Pediatric Physiotherapy Practice with Digital Tools [Internet]. 2026 [henvist 24. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://fysio.link/blog/building-a-pediatric-physiotherapy-practice-with-digital-tools-XbHH>
18. Telerehubchild. Telerehabilitation hub for children with disabilities & their families [Internet]. [henvist 25. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://telerehubchild.com/>
19. Køppen K. Fysioterapi til din baby og dit barn [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.boernefysioterapeut.dk>
20. Schultz Appelt M. Motorisk udvikling med dit barns bevægeglæde i centrum! [Internet]. u.å. [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.develop-aby.com/>
21. Larsen JB. Region Syddanmark [Internet]. 2025 [henvist 19. marts 2026]. Digital behandling hjælper unge med angst - på deres præmisser. Tilgængelig hos: <https://regionsyddanmark.dk/om-region-syddanmark/presse-og-nyheder/magasinet-sund-i-syd/tema-om-sovn/digital-behandling-hjaelper-unge-med-angst-pa-deres-praemisser>
22. Laboratorie for Velfærdsteknologi. Vi Samler Danmark Digitalt – for Børn, Unge og Deres Familier [Internet]. 2025 [henvist 24. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.labwelfaretech.com/vi-samler-danmark-digitalt/>
23. Bedst for Os. Arbejdspakke 3. Familiens digitale værktøjskasse [Internet]. u.å. [henvist 9. april 2026]. Tilgængelig hos: <https://bedstforos.dk/arbejdspakke/arbejdspakke-3>
24. Camden C, Silva M. Pediatric Telehealth: Opportunities Created by the COVID-19 and Suggestions to Sustain Its Use to Support Families of Children with Disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2021;41(1):17. doi:10.1080/01942638.2020.1825032
25. Thorup CB. Telerehabiliteringens udvikling og berettigelse i nutidens og fremtidens sundhedsvæsen. I: Winkel A, Damkjær L, redaktører. *Telerehabilitering.* Kbh: Munksgaard; 2017. s. 17–34. (Ergo/fys Munksgaard).
26. Kåss E. Danmarks Nationaleksikon [Internet]. 2025 [henvist 14. april 2026]. Somatisk. Tilgængelig hos: <https://lex.dk/somatisk>

27. Den Danske Ordbog. Meningsfuldhed [Internet]. u.å. [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog/meningsfuldhed>
28. Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. Kbh: Hans Reitzel; 2000. 232 s.
29. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 2. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2024. 519 s.
30. Haandbæk Schmidt C. Hermeneutik. Læremiddel.dk [Internet]. 2022 [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/videnskabsteoretiske-retninger/hermeneutik/>
31. VIA bibliotek. Fysioterapi [Internet]. u.å. [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://biblioteket.via.dk/mit-fagomraade/fysioterapi/>
32. Scopus. Start exploring [Internet]. u.å. [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www-scopus-com.vialibrary.idm.oclc.org/pages/home#basic>
33. Rayyan. Rayyan: AI-Powered Systematic Review Management Platform [Internet]. u.å. [henvist 15. maj 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.rayyan.ai/>
34. Odense Universitetshospital. CASP-tjeklister [Internet]. u.å. [henvist 5. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://ouh.dk/forskning-og-innovation/innovation-og-sundhedsteknologi/evaluering-og-vurdering-af-medicinsk-teknologi-mtv/casp-tjeklister>
35. Høstrup H, Schou L, Poulsen I, Larsen S, Lyngsø E. Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS [Internet]. 2009 [henvist 8. juni 2026]. Tilgængelig hos: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://gad.dk/media/86c57e08-0c0e-4763-9604-43cd9713a6d4/22zgsg/Sygepleje/Folkesundhedsvidenskab%2520og%2520epidemiologi,%25202.%2520udg./VAKS-danskversion.H%25C3%25B8strup.et.al..pdf&ved=2ahUKE-wiZqN2uuveUAXVOGhAIHRM7PIUQFnoECBsQAQ&usg=AOvVaw3\\_6xYFR8xHbI2-Onpdna5D](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://gad.dk/media/86c57e08-0c0e-4763-9604-43cd9713a6d4/22zgsg/Sygepleje/Folkesundhedsvidenskab%2520og%2520epidemiologi,%25202.%2520udg./VAKS-danskversion.H%25C3%25B8strup.et.al..pdf&ved=2ahUKE-wiZqN2uuveUAXVOGhAIHRM7PIUQFnoECBsQAQ&usg=AOvVaw3_6xYFR8xHbI2-Onpdna5D)
36. Kvale S, Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh: Hans Reitzel; 2015. 440 s.
37. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag. 5. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2025. 322 s.
38. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet]. 2024 [henvist 27. maj 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
39. Good Tape. Privacy policy [Internet]. u.å. [henvist 22. april 2026]. Tilgængelig hos: <https://goodtape.io/privacy-policy/>

40. ExorLive. ExorLive forside [Internet]. u.å. [henvist 18. maj 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.exorlive.com/dk>
41. Takinacı ZD, Çelik M, Yıldız Ş, Talmaç MA, Dut R. Enhancing Home-Based Exercise Therapy with Telerehabilitation in Mild Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare*. 21. december 2025;14(1):12. doi:10.3390/healthcare14010019
42. Ravn I. Selvbestemmelsesteorien: motivation, psykologiske behov og sociale kontekster. Kbh: Hans Reitzel; 2021. 424 s.
43. Sel SA, Günel MK, Erdem S, Tunçdemir M. Effects of Telerehabilitation-Based Structured Home Program on Activity, Participation and Goal Achievement in Preschool Children with Cerebral Palsy: A Triple-Blinded Randomized Controlled Trial. *Children*. 22. februar 2023;10(3):14. doi:10.3390/children10030424
44. Camden C, Pratte G, Fallon F, Couture M, Berbari J, Tousignant M. Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. *Disabil Rehabil*. december 2020;42(24):12. doi:10.1080/09638288.2019.1595750
45. Hasse C, Brok LS. TEKU-modellen: teknologiforståelse i professionerne. Kbh: U Press; 2015.
46. Alves Rodrigues SM, Soares Feliciano J, Ferreira Coutinho PF, Gonçalves Melo DP, Vale Gonçalves R. Telerehabilitation in pediatric neurofunctional physical therapy during the COVID-19 pandemics: parent's perception, challenges and contributions. *J Physiother Res Rev Pesqui Em Fisioter*. 1. januar 2023;13:10. Located at: 175661843. doi:10.17267/2238-2704rpf.2023.e4907
47. Bandura A. Self-Efficacy. I: *Kognition & pædagogik: tidsskrift om gode læringsmiljøer*. Dansk Psykologisk Forlag; 2012. s. 16–35.
48. Peoples H, Kaae Kristensen H. Evidensbaseret praksis: forskning, brugerperspektiv, praksisviden. Kbh: Munksgaard; 2021.
49. Carroll K, Adams J, de Valle K, Forbes R, Kennedy RA, Kornberg AJ, m.fl. Delivering multidisciplinary neuromuscular care for children via telehealth. *Muscle Nerve*. juli 2022;66(1):31–8. doi:10.1002/mus.27557

# 8. Bilag

## Bilag 1: CASP

### Kritisk læsning af en klinisk kontrolleret undersøgelse

Oversat efter: Critical Appraisal skills Programme (CASP)  
Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

[http://www.phru.nhs.uk/casp/critical\\_appraisal\\_tools.htm](http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm)

#### Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.  
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.  
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Effects of Telerehabilitation-Based Structured Home Program on Activity, Participation and Goal Achievement in Preschool Children with Cerebral Palsy: A Triple-Blinded Randomized Controlled Trial	Nøgleord:
<b>Overordnede spørgsmål</b>		
<b>1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?</b>	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"><li>• den undersøgte population?</li><li>• interventionen?</li><li>• forventninger til undersøgelsen (hypotese)?</li></ul>	<p>Studiet sigter mod at sammenligne motoriske funktioner, aktivitet og deltagelse hos børnskolleber med CP (3-6 år), som modtager rutinemæssig fysioterapi og rehabilitering, og børn, som modtager rutinemæssig fysioterapi og rehabilitering plus et "telerehabiliteringsbaseret struktureret hjemmeprogram"</p> <p>Hypotesen er at måle programmets effektivitet på motorisk funktion, aktivitet, deltagelse og måtopnåelse</p>
<b>2) Er studiet en randomiseret kontrolleret undersøgelse og er det valgt at undersøge problemstillingen på denne måde?</b>	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"><li>• hvorfor udføres studiet som en randomiseret kontrolleret undersøgelse?</li><li>• var randomiseret kontrolleret undersøgelse den rette</li></ul>	<p>Det er designet som et triple-blindet randomiseret kontrolleret forsøg.</p> <p>RCT-metoden er valgt for at opnå et høj evidensniveau i vurderingen af telerehabilitering</p>

fremgangsmåde til at svare på de stillede spørgsmål?	
<p>Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)</p>	
<p><b>3) Blev studiepersonerne på behørig vis fordelt i interventions- og kontrolgruppe?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremgår det, hvordan deltagerne blev fordelt?</li> <li>• er der reelt tale om randomisering?</li> <li>• er metoden til fordeling af studiepersonerne beskrevet?</li> <li>• blev der brugt en metode til at opnå en balanceret randomisering?</li> <li>• er grupperne sammenlignelige eller er der forskelle mellem grupperne ved studiets start?</li> <li>• er der forskelle mellem grupperne, som kan forklare nogle af studiets resultater?</li> </ul>	<p style="text-align: right;">Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Deltagerne blev tilfældigt fordelt ved brug af en lukket/forseglet konvolut-metode.</small></p> <p><small>Ved studiets start var grupperne sammenlignelige med hensyn til alder, køn og funktionelle niveauer (GMFCS, MACS, CFCS).</small></p> <p><small>Blandt de 48 deltagere blev 24 randomiseret til forsøgsgruppen og 24 til kontrolgruppen. En ligelig og tilfældig fordeling af silkeprøvegruppen til undersøgelsesgrupperne blev sikret gennem metoden med lukkede/forseglede konvolutter, hvor konvolutterne med papirerne, som børnenes navne stod på, blev blandet grundigt og tilfældigt fordelt med 24 personer i hver gruppe</small></p>
<p><b>4) Var studiepersonerne, studiets forskere, assistenter, sundhedspersonale og andre med relation til studiet blindet?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvej om blinding var en reel mulighed?</li> <li>• blev der gjort en indsats for at opnå blinding?</li> <li>• havde det i det konkrete studie en betydning, om studiet var blindet eller ej?</li> <li>• overvej muligheden for bias hos observatøerne</li> </ul>	<p style="text-align: right;">Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>1) Terapeuten, der implementerede interventionen, var blindet for evalueringen og analysen af dataene. 2) terapeuten, der foretog scoringen, var blindet for forsøgs- og kontrolgrupperne. 3) Forskeren, der udførte dataanalysen, var ligeledes blindet for forsøgs- og kontrolgrupperne.</small></p> <p><small>For forældrene (studiepersonerne) var blinding dog ikke en reel mulighed. Da interventionen bestod af et specifikt telerehabiliteringsprogram, som forældrene selv skulle udføre i hjemmet, var de nødvendigvis bevidste om, hvilken behandling deres barn modtog.</small></p> <p><small>Studiet adresserer risikoen for observatorbias ved at adskille den terapeut, der kender barnet og træningen, fra den person, der scorer testresultaterne</small></p>
<p><b>5) Konkluderes der på baggrund af alle studiepersonerne?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blev der fulgt op på samtlige studiepersoner?</li> <li>• fik studiepersonerne et valg mellem at være i kontrolgruppen eller interventionsgruppen?</li> <li>• blev alle studiepersonernes resultater analyseret i forhold til den gruppe, de oprindeligt var fordelt til (intention-to-treat)?</li> <li>• mangler du oplysninger på dette område?</li> </ul>	<p style="text-align: right;">Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>At 48 børn, der accepterede deltagelse, gennemførte 43 (23 i interventionsgruppen og 20 i kontrolgruppen). Der er redegjort for fløvet af deltagere i et CONSORT-diagram.</small></p> <p><small>Deltagerne fik ikke et valg mellem grupperne. De blev fordelt tilfældigt ved brug af en metode med lukkede/forseglede konvolutter, hvilket sikrede en ligelig og tilfældig fordeling.</small></p> <p><small>Det nævnes ikke eksplicit, om man udførte en formel "intention-to-treat"-analyse for de fem børn, der udgik, eller om analysen udelukkende er baseret på dem, der gennemførte (per-protocol)</small></p>
<p><b>6) Blev studiepersonerne fulgt og data indsamlet på samme måde for begge grupper?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• blev studiepersonerne vurderet med de samme</li> </ul>	<p style="text-align: right;">Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Begge grupper blev vurderet ved basellinje, efter 12 ugers intervention og ved opfølgning efter 24 uger. Forældre i begge grupper førte logbøger over den udførte terapi</small></p>

<p>tidsintervaller?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modtog studiepersonerne den samme opmærksomhed fra forskere og sundhedspersonale?</li> </ul> <p><b>7) Har studiet nok deltagere til at minimere tilfældighedernes indflydelse?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er der redegjort for, hvor store grupperne skal være, for at der med rimelighed kan siges noget sikkert?</li> </ul> <p><b>8) Hvordan bliver resultaterne præsenteret og hvad er det primære resultat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvad er det, der bliver målt?</li> <li>• hvad er størrelsen af resultatet og giver resultatet mening?</li> <li>• prøv at redegøre for studiets resultat i én sætning</li> </ul> <p><b>9) Hvor signifikante er resultaterne?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er resultaterne signifikante nok til at foretage en beslutning?</li> <li>• er der rapporteret et sikkerhedsinterval?</li> <li>• hvis der ikke er rapporteret sikkerhedsinterval: Er der rapporteret en p- værdi?</li> </ul> <p><b>10) Er alle væsentlige informationer taget med i overvejelserne over, hvorvidt studiets konklusioner kan anvendes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overvej om studiepersonerne er så forskellige fra den population, du vil bruge resultaterne på, at det kan give et andet resultat</li> <li>• er undersøgelsen udført i en sammenhæng, som er meget anderledes fra den, du vil anvende resultaterne i?</li> <li>• overvej resultaterne fra forskellige perspektiver: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ patienten</li> <li>○ familie/pårørende</li> <li>○ sundhedsprofessionelle</li> <li>○ politikere/økonomi</li> </ul> </li> <li>• overvej om de rapporterede fordele (benefits) overgår ulemper/udgifter (costs)</li> <li>• kan du tilbyde den samme behandling i din afdeling?</li> <li>• skal nuværende praksis ændres på baggrund af den evidens, dette studie har frembragt?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Der blev udført en styrkeberegning (power-analyse), som viste, at en samlet stikprøvestørrelse på 48 børn var nødvendig for at opnå 80% styrke ved et signifikansniveau på 0,05</small></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Det primære resultat var en statistisk signifikant forbedring i aktivitet, deltagelse og målopnåelse i interventionsgruppen efter 12 uger (p &lt; 0,001), hvilket ikke blev observeret i kontrolgruppen. Resultaterne præsenteres via anerkendte måleredskaber som GMFM-66, PEDi, COPM og GAS</small></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Der rapporteres p-værdier under 0,001 for de fleste parametre i interventionsgruppen. Derudover rapporteres store effektstørrelser (Cohen's d), eksempelvis d = 4,30 for målopnåelse (GAS) ved post-intervention</small></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><small>Forfatterne konkluderer, at programmet kan møde behovene hos forskolebørn med CP. Der er taget højde for forældrenes perspektiv og tilfredshed via COPM-målinger.</small></p> <p><small>Studiet peger på, at telerehabilitering er en effektiv støttemetode til målrettede hjemmeprogrammer i barnets eget miljø</small></p>
---	---

## Bilag 2: VAKS

VAKS:  
 Høstrup H, Schou L, Poulsen I, Larsen S, Lyngsø E (2009)  
 Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS. København:  
 Dansk Sygeplejeråd. Lokaliseret 19.08.2013 på:  
[https://www.ucviden.dk/student-portal/files/11359901/VAKS\\_danskversion.pdf](https://www.ucviden.dk/student-portal/files/11359901/VAKS_danskversion.pdf)

### Guide til vurdering af pålidelighed og gyldighed af kvalitative artikler

#### Titel på artiklen:

Formelle krav	Vurdering				Vurderet af: Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baggrunden for undersøgelsen er beskrevet via eksisterende litteratur.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Artiklen giver en grundig gennemgang af COVID-19-pandemiens betydning for sundhedsvæsenet, reguleringen af telerehabilitering i Brasilien og eksisterende viden om motorisk udvikling hos børn  Forfatterne påpeger, at mens telerehabilitering blev nødvendig under pandemien, mangler der viden om forældres specifikke oplevelser og udfordringer i en ambulant kontekst  Deltagere blev informeret om forskningsvilkårene og underskrev digitalt en samtykkeerklæring for deltagelse  Studiet er godkendt af den relevante etiske komité  Der er begrænset refleksion over, hvordan det kan have påvirket svarene, at forældrene blev inviteret til studiet af det samme sted, hvor de modtog behandling  Dette er ikke eksplicit beskrevet i artiklen .
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgår hvorfor undersøgelsen er relevant.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet hvordan informeret samtykke, frivillighed og anonymisering af data er overholdt (Helsinki deklARATIONEN).</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er beskrevet om der er relevante godkendelser (fx Datatilsyn, Etisk komité).</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskerne har beskrevet hvordan undersøgelsen kan påvirke informanterne.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskeren har beskrevet hvad man vil gøre, hvis undersøgelsen påvirker deltagerne uhensigtsmæssigt.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I alt point: 18 / 6 = 3 point					

Troværdighed	Helt uenig _____ helt enig				Kommentarer og begrundelser
	1	2	3	4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formålet er klart beskrevet.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Formålet var at beskrive oplevelsen hos forældre eller ansvarlige for børn i fysioterapeutisk behandling vedrørende udfordringerne og bidragene fra oplevelsen med telerehabilitering udført i en ambulant tjeneste  Det beskrives som et eksplorativt tværsektorstudie, der anvender et spørgeskema med både objektive og subjektive spørgsmål  Dette er ikke eksplicit beskrevet i artiklen. De skriver fx ikke hvorfor netop denne metode er god og anvendelig.  Valget af et eksplorativt design er relevant for at belyse et område med begrænset eksisterende viden. Cgts vejrågt med en kvalitativ tilgang, når det handler om personlige holdninger. Spørgeskemaet tillader både kvantificering af tilfældighed og kvalitative indblik i forældrenes egne ord  Data blev indsamlet digitalt via Google Forms-link sendt via e-mail eller besked-apps  Der anvendes ikke metodisk triangulering i traditionel forstand, men studiet kombinerer numeriske data med kvalitative citater fra åbne spørgsmål  Der er en klar beskrivelse af rekruttering, kriterier for udvælgelse og den statistiske analyse. Overordnet en god rød tråd gennem artiklen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er beskrevet.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er begrundet.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoden er valgt i forhold til formålet.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en beskrivelse af hvordan data blev registreret (digitalt, video, notater, feltnoter osv.).</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er anvendt triangulering.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsprocessen er beskrevet.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
I alt point: 22,5 / 7 = 3,2 point					

Overførbarehed	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvælgelse af informanter eller kilder er beskrevet.</li> <li>• Der er en beskrivelse af informanterne.</li> <li>• Det er begrundet hvorfor disse informanter skal deltage.</li> <li>• Konteksten (det sted og den sammenhæng forskningen foregår i) er beskrevet.</li> <li>• Det er beskrevet hvilket tilhørsforhold forskeren/forskerne har til konteksten samt til informanterne.</li> </ul>	1	2	3	4	<p>Deltagerne blev udvalgt via "bevidsthedsundersøgelser" blandt forældre til børn i behandling på en specifik klinik</p> <p>Der gives detaljerede oplysninger om barnets alder, køn, diagnose (f.eks. cerebral parese) og hvem der er den primære omsorgsperson (se tabel 1). De har også haft in- og eksklusionskriterier.</p> <p>Det er de forældre, hvis børn modtog den specifikke telerehabilitering under pandemien, hvilket gør dem til de primære kilder til viden</p> <p>Studiet foregår i Brasilien under COVID-19-pandemien (juni-august 2021) i en ambulant fysioterapiklinik</p> <p>Dette er ikke eksplicit beskrevet i artiklen. Ikke tydeligt beskrevet, hvad de hver især har af erfaring/baggrund. Man kunne have skrevet tydeligt, at der ikke var forbindelse mellem forfatter og deltager.</p>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I alt point: 17,5 / 5 = 3,5 point					

Konsistens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er beskrevet en logisk sammenhæng mellem data og de temaer, forskeren har udviklet.</li> <li>• Der er en beskrivelse af analyseproces.</li> <li>• Der er en klar fremstilling af fundene.</li> <li>• Fundene er troværdige.</li> <li>• Eventuelle citater er resonable/understøttende for tolkningen.</li> <li>• Der er overensstemmelse mellem undersøgelsens fund og konklusioner.</li> </ul>	1	2	3	4	<p>De subjektive svar blev analyseret og grupperet efter lighed, hvilket skaber en sammenhængende præsentation af udfordringer og fordele</p> <p>Den statistiske analyse af numeriske data og transkriberingsgrupperingen af de åbne svar er beskrevet</p> <p>Resultaterne præsenteres overskueligt i tabeller (Table 2 og 3) og via tekstlige opsummeringer af forældrenes svar</p> <p>Resultaterne omkring forældrenes positive oplevelse af barnets motoriske udvikling understøttes af den præsenterede litteratur i diskussionen</p> <p>Der er inkluderet direkte citater, der beviser at fra tekniske udfordringer til verdien af at undgå regression i barnets udvikling</p> <p>Konklusionen om, at fordelene ved telerehabilitering overstiger udfordringerne, er direkte affødt af de indsamlede data</p>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
I alt point: 24 / 6 = 4 point					

Transparens	Vurdering				Kommentarer og begrundelser
	Helt uenig			helt enig	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskeren har beskrevet sin baggrund og sine antagelser eller forforståelse.</li> <li>• Der er henviset til en teori/teoretiker (man kan se hvem der har inspireret til analysen).</li> <li>• Der er en beskrivelse af, om temaer udsprang af data eller om de var formuleret på forhånd.</li> <li>• Det er beskrevet hvem der gennemførte undersøgelsen.</li> <li>• Der er beskrevet hvordan forskeren deltog i forskningsprocessen</li> <li>• Forskeren har beskrevet, om hans/hendes position har betydning for fundene.</li> </ul>	1	2	3	4	<p>Forskerens baggrund beskrives ikke - det beskrives, hvad de har været med til at løse ift. undersøgelsen og artiklen. Deres litter indgår. Deres personlige antagelser eller forforståelser diskuteres ikke dybdegående.</p> <p>Der henvises til tidligere undersøgelser og vejledninger for telerehabilitering, som har inspireret spørgeskemaet. Men der indgår ikke tydelige teorier.</p> <p>Spørgeskemaet om opfattelsen hos forældre eller ansvarlige, samt udfordringer og bidrag ved telerehabilitering, blev udarbejdet af forskerne på baggrund af en tidligere opfølgendeundersøgelse foretaget blandt studerende, som havde erfaring med telerehabilitering under deres superviserende praktik i pædiatrisk fysioterapi</p> <p>Det nævnes, at svar på åbne spørgsmål blev analyseret og grupperet baseret på lighed</p> <p>Under 'Author contributions' står der beskrevet hvad de forskellige forskeres andel i undersøgelsen har været</p> <p>Under 'Author contributions' står der beskrevet hvad de forskellige forskeres andel i undersøgelsen har været</p> <p>Der er ingen eksplicit diskussion af, hvordan forskernes rolle som undervisere eller klinikere kan have påvirket resultaterne</p>
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I alt point: 14 / 6 = 2,3 point					

### Kan du anbefale denne artikel?

Anbefales (≥ 15)	<b>Totale score = 16</b>
Anbefales med forbehold (≥ 10 < 15)	
Anbefales ikke (< 10)	

## Bilag 3: Udvalgte forskningsartikler

Forfatter	Titel	Design	Diagnose	Undersøgelse	Resultat
Rodrigues et al. (2023)	Telerehabilitation in pediatric neurofunctional physical therapy during the COVID-19 pandemics: parents' perception, challenges and contributions	Observations -studie	Neurologiske eller muskuloskeletale tilstande	Forældres opfattelse af udfordringer og bidrag ved telerehabilitering under COVID-19-pandemien.	73% af forældrene vurderede telerehabilitering over det forventede niveau. 100% var enige i, at det hjalp dem med at forstå vigtige øvelser og stimulering i hverdagen. Største bidrag var barnets tilfredsstillende motoriske udvikling under isolationen.
Camden & Silva (2021)	Pediatric Telehealth: Opportunities Created by the COVID-19 and Suggestions to Sustain Its Use to Support Families of Children with Disabilities	Perspektiv -artikel	Handicap (f.eks. cerebral parese, autisme og DCD).	Muligheder skabt af COVID-19 for telehealth (TH) og forslag til at opretholde brugen heraf.	TH vurderes som gennemførligt og effektivt til at opnå en bred vifte af mål. Adgang til TH var en statistisk prædikator for generel forældretilfredshed. Coaching og observation i barnets naturlige miljø fremhæves som centrale fordele.
Sel et al. (2023)	Effects of Telerehabilitation-Based Structured Home Program on Activity, Participation and Goal Achievement in Preschool Children with Cerebral Palsy: A Triple-Blinded Randomized Controlled Trial	RCT	Cerebral parese.	Effekten af sædvanlig behandling plus et telerehabiliterings-baseret struktureret hjemmeprogram.	Signifikante forbedringer i interventionsgruppen for motorisk funktion, mål opnåelse samt aktivitet og deltagelse. Interventionsgruppen opnåede signifikant højere mål opnåelse end kontrolgruppen.
Takinaci et al. (2025)	Enhancing Home-Based Exercise Therapy with Telerehabilitation in Mild Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Randomized Controlled Trial	RCT	Mild idiopatisk skoliose (AIS).	Sammenligning af et telerehabiliterings-støttet hjemmeprogram med standard hjemmetræning.	Signifikante forbedringer i interventionsgruppen for livskvalitet, smerte, funktion samt holdning. Store effektstørrelser blev fundet for smerte, funktion og holdning ved brug af telerehabilitering.

## Bilag 4: Interviewguide, pilotinterview

Tak fordi du vil deltage i dette interview. Vores navn er Hannah og Nanna, og vi er i gang med at skrive vores bacheloropgave om hvordan telerehabilitering til børn og unge anvendes i fysioterapeutisk praksis, hvilke erfaringer børnefysioterapeuter har med digitale løsninger, og hvordan dette kan implementeres på en meningsfuld måde, når det er fagligt relevant.

Formålet med interviewet er at få indsigt i dine oplevelser og tanker ift. digital fysioterapi.

Interviewet bliver optaget, så vi kan transskribere det på et senere tidspunkt – alt bliver behandlet anonymt, så fremt du ønsker det - ønsker du og din virksomhed at være anonyme? Giver du dit mundtlige samtykke til, at vi må optage interviewet og bruge det, anonymiseret, i vores opgave?

<b>Baggrund</b>
Navn, alder, arbejds erfaring
<b>Hvem er Neuropotentiale?</b>
<i>Hvad og hvem arbejder I med i Neuropotentiale?</i>
<i>Hvordan går I konkret til værks med telerehabilitering / digital fysioterapi? Hvordan bruges det i jeres forløb?</i>
<i>Hvordan opstod jeres interesse for det digitale?</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Efterspørgsel fra klienter?</li><li>- Vurdering af manglende udbydere?</li></ul>
<i>Hvilke digitale løsninger bruger I? Til hvad? Hvorfor disse?</i>
<b>Telerehabilitering</b>
<i>Når du hører ordet 'telerehabilitering', hvad er det første, der kommer frem for dig?</i>
<b>Pædiatri</b>
<i>Kan du beskrive en situation, hvor du brugte telerehabilitering med et barn eller børn - og hvad der særligt stod ud for dig i den oplevelse?</i>
<i>Hvilken type børn oplever du, at telerehabilitering fungerer særligt godt for – og hvad er det ved dem, der gør det muligt?</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Er der en bestemt aldersgruppe og/eller diagnose?</li></ul>
<i>Hvordan oplever du børnenes engagement og deltagelse, når det foregår digitalt?</i>
<i>Hvornår oplever du at telerehabilitering er meningsfuldt for forældre/familien? Og omvendt, er der nogle forældre/familier der ikke bør modtage telerehabilitering?</i>
<i>Hvor stor en rolle spiller forældrene i jeres digitale forløb? Hvor "afhængig" er du af, at forældrene er en aktiv del af behandlingen/træningen?</i>
<i>Hvad oplever du af begrænsninger/ hvad er det sværeste ved telerehabilitering?</i>
<b>Relation og kommunikation</b>

*Kan du beskrive, hvordan du oplever relationen til barnet, når I mødes digitalt?*

*Hvordan oplever du, at din måde at kommunikere på ændrer sig, når du arbejder digitalt?*

*Hvilke strategier bruger du for at skabe nærvær og tryghed gennem skærmen - og er dette overhovedet muligt?*

*Hvordan oplever du forskellen mellem nonverbal kommunikation fysisk og digitalt?*

### **Fysioterapi i udvikling**

#### Faglighed og fysioterapeutisk identitet

*Hvordan oplever du forskellen mellem at arbejde digitalt og fysisk, når du tænker tilbage på konkrete forløb?*

*Hvordan oplever du, at din faglighed kommer til udtryk, når du arbejder digitalt – er der aspekter af din faglighed, du føler bliver styrket eller udfordret i det digitale?*

#### Fremtiden

*Kunne du forestille dig, at der er bestemte patientgrupper/ forløb hvor det fungerer mere optimalt når det er digital fremfor fysisk og omvendt?*

*Hvis du kort skulle sige, hvornår mener du så at telerehabilitering er meningsfuldt for dig og modtageren?*

### **Afslutning**

*Er der noget du her på falderebet tænker vi mangler at spørge om/eller som du gerne vil fortælle om?*

*Vi skal interviewe en gruppe børnefysioterapeuter som ikke bruger telerehabilitering det endnu, er der noget som du tænker de bør vide, gode råd eller andet vi skal tage med videre til dem?*

## Bilag 5: Interviewguide, telefoninterview

1. Intro; rammesætning, hvem er vi, samtykke til optagelse
2. Kort introduktion til: projektet, formål, telerehabilitering
3. Spørgsmål
4. Afrunding

### 1. Introduktion

- a. Hvem er vi?
- b. Ønske om at optage – mundtligt samtykke – anonymitet
- c. Hvem er du? – alder, job, tilknytning til kommunale behandlingstilbud (barns forløb)

### 2. Telerehabilitering

Telerehabilitering betyder, at noget af barnets træning eller kontakt med fysioterapeuten foregår digitalt – altså over en skærm, fx via video på telefon eller computer. Det kan fx være videosamtaler, online holdtræning, vejledning eller opfølgning hjemmefra, i stedet for at møde op fysisk hver gang. Det kan enten være som supplement til eller i stedet for noget af den fysiske træning. Det behøver ikke være en erstatning.

I vores projekt er vi interesserede i at forstå, om det er meningsfuldt at implementere denne form for til børn og unge. Det vil vi gerne høre fra både børnefysioterapeuter, men også få en bedre forståelse af, hvordan det kan opleves fra et forældreperspektiv - altså hvilke tanker, følelser og erfaringer man kan have med det.

Der er ikke nogen rigtige eller forkerte svar – vi er bare interesserede i din oplevelse og dine overvejelser.

### 3. Spørgsmål

<b>Førstehandsreaktion</b> (følelser og umiddelbare tanker)	Hvordan ville du have det med, at noget af behandlingen fx foregik over video? Er det noget, som I allerede har stiftet bekendtskab med i jeres forløb? Eller har erfaringer med?
<b>Fordele</b>	Hvad kan du se af positive ting/fordele ved det? I hvilke situationer kunne det fungere godt for jer? Kan du forestille dig, at det kunne gøre noget lettere i jeres hverdag?
<b>Bekymringer / barrierer</b>	Hvad kunne være svært ved at bruge fx video i stedet for fysisk fremmøde? Er der noget, du ville være bekymret for i forhold til dit barn og han/hendes forløb?
<b>Relation</b>	Hvad betyder det for dig, og dit barn, at møde fysioterapeuten fysisk? Hvordan tror du relationen ville være over en skærm? Ville den ændre sig? Hvordan tror du, dit barn ville reagere på det?
<b>Accept og fremtid</b>	Kunne du forestille dig at bruge det? Hvad skulle der til, for at det fungerede godt for jer? Hvornår og hvordan ville det give mening for <u>jer</u> ?
<b>Afslutning</b>	Er der noget, vi ikke har været inde på?

## Bilag 6: Interviewguide, fokusgruppeinterview

<b>Introduktion</b>
<p>Tak fordi I vil deltage i dette interview. Vi hedder Hannah og Nanna, og vi er i gang med at skrive vores afsluttende bacheloropgave hvor vi undersøger hvordan børnefysioterapeuter og forældres oplever telerehabilitering som meningsfuld i behandlingen af børn og unge med somatiske problematikker. I denne opgave betyder telerehabilitering videokonsultationer, telefoniske samtaler, træningsvideoer udarbejdet af fysioterapeuter samt online holdtræning med fysioterapeutisk vejledning.</p> <p>Der er ikke nogle rigtige eller forkerte svar – vi ønsker at høre om jeres tanker og refleksioner, og håber at vi i fællesskab kan få en god snak om emnet.</p>
<p><b>Samtykke</b></p> <p>I har forud for interviewet her, modtaget en samtykkeerklæring. Interviewet bliver optaget, så vi kan transskribere det senere, og alt bliver behandlet anonymt, i så fald I ønsker det. Ønsker I personligt at forblive anonyme i opgaven? Og skal Børneterapien som organisation, være anonym?</p>
<p><b>Rammesætning</b></p> <p>Jeg kommer til at fungere som ordstyrer for interviewet, hvor Nanna primært vil forholde sig som observatør. Vi har tre tematikker, som vi gerne vil omkring – jeg starter med at stille et spørgsmål, og så tænker vi egentligt bare, at I internt får lov til at snakke og spare, hvorefter jeg så eventuelt beder jeg uddybe med et nyt spørgsmål.</p>
<p>Har I nogle spørgsmål, inden vi går i gang?</p>
<b>Informanter</b>
<p>- Hvem er I? (navn, alder, erfaring)</p>
<b>Fysioterapeutisk identitet- og faglighed</b>
<p><i>Når I hører begrebet telerehabilitering, hvilke tanker, billeder eller oplevelser dukker så op hos jer?</i></p> <p><i>Kan I beskrive situationer fra jeres praksis, som I forbinder med det?</i></p> <p><i>Hvordan oplever I, at telerehabilitering kan påvirke jeres måde at arbejde som fysioterapeuter på? Hvordan er det for jer at tænke på den udvikling som vores fag står over for?</i></p> <p><i>Hvilke erfaringer, overvejelser eller følelser vækker det hos jer?</i></p>
<p><b>Undertemaer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bekymringer<ul style="list-style-type: none"><li>o Ingen 'hands-on'</li><li>o Fare for at overse noget vigtigt (fx patologi)</li><li>o "fys på en ny måde"</li><li>o Kvalitetssikring</li><li>o kommunikation</li></ul></li><li>- Deres motivation</li></ul>
<b>Familiecentreret praksis</b>
<p><b>Målgruppe</b></p> <p><i>Til hvilken målgruppe af børn og unge, kunne I umiddelbart forestille jer, at det ville give mening at anvende telerehabilitering?</i></p> <p><i>Kan I fortælle om situationer, hvor I forestiller jer, at telerehabilitering kunne fungere godt i arbejdet med børn og unge? (fx forløb §62 vs. §140). Og omvendt – hvornår oplever I, at det ikke</i></p>

*vil være meningsfuldt? Og hvorfor – hvorfor ikke?*

#### **Forældresamarbejde**

*Hvordan kan I forestille jer, at forældre kan indgå i et telerehabiliteringsforløb – tror I det vil ændre måden hvorpå I samarbejder?*

*Hvis I skulle sætte jer i forældrenes sted, kan I så se telerehabilitering som værende meningsfuldt for deres børns forløb? Og på hvilke måder?*

#### **Undertemaer:**

- Samarbejde med forældrene
- Hvor meget ansvar skal forældrene have
- “Lette” forældrenes hverdag (fx transporttid)
- Relation og kommunikation

#### **Fremtidstænkning (hvordan kan vi bruge/implementere det)?**

*Kan I komme med forslag til, konkrete tiltag eller måder, hvorpå man vil kunne arbejde med det digitale?*

*På baggrund af alt som vi har været omkring, hvornår tænker I så, hver især, at det vil være meningsfuldt at implementere telerehabilitering til de børn I arbejder med? Og hvornår kan I ikke se, at det vil give mening at implementere?*

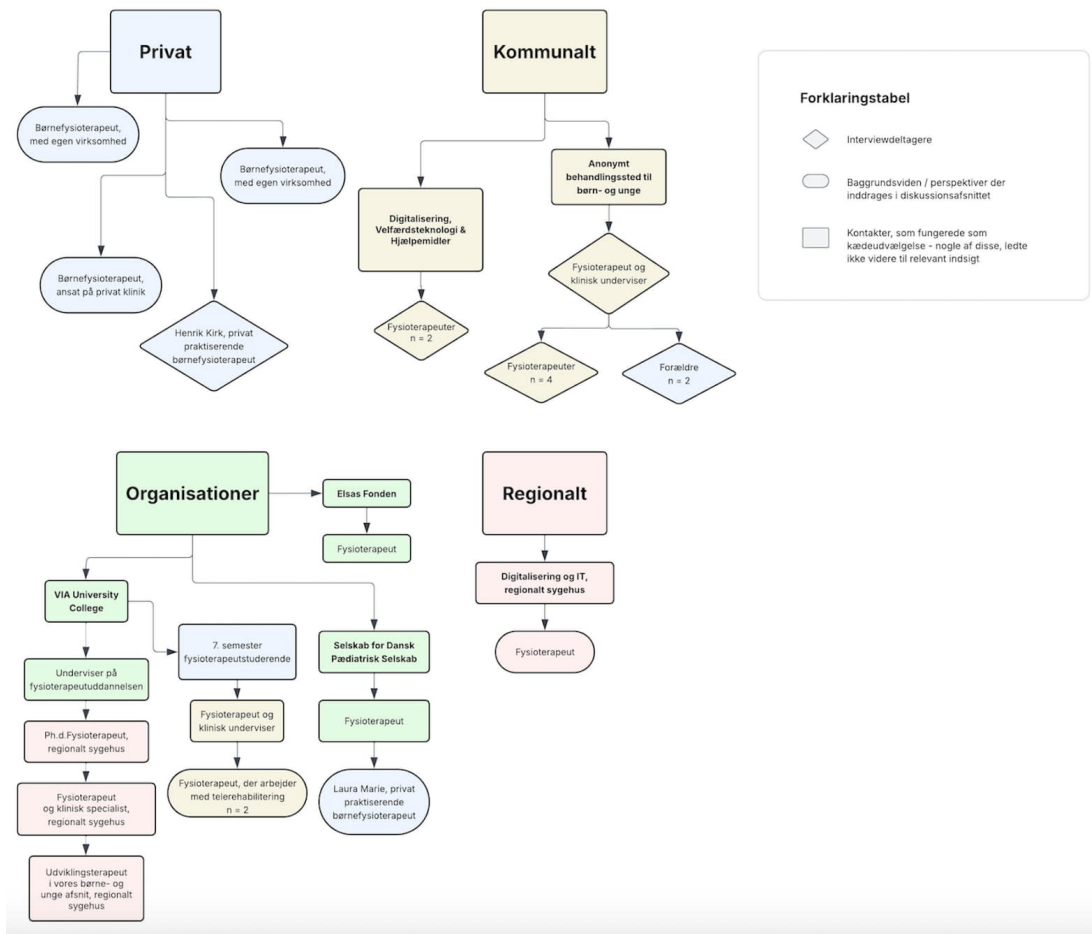
#### **Undertemaer:**

- “fys på en ny måde”
- Online holdtræning (fx cykling), træningsvideoer, “julekalender”, opfølgning, undersøgelser, supervisering,
- Supplement vs. erstatning

#### **Afslutning**

*Er der noget, I synes, vi ikke har været omkring, som I gerne vil tilføje?*

## Bilag 7: Visualisering af projektets informanter



## Bilag 8: Flyer til forældre

### Bachelorprojekt om telerehabilitering

#### Hej med jer!

Vi er to fysioterapeutstuderende, som er i gang med at skrive vores afsluttende bachelorprojekt – og vi er meget interesserede i at høre fra jer forældre!

I vores projekt ønsker vi at undersøge, **hvordan forældre og børnefysioterapeuter oplever brugen af telerehabilitering i behandlingen af børn og unge (0-18 år) med fysiske problemstillinger.**

Telerehabilitering kan f.eks. bestå af videokonsultationer, telefoniske samtaler, træningsvideoer udarbejdet af fysioterapeuter samt online holdtræning med fysioterapeutisk vejledning.

Vi ved, at I som forældre, formentligt ikke har det store kendskab eller erfaring med emnet. **Vi er interesserede i at høre jeres umiddelbare tanker gennem en uformel snak.** Jeres indsigt kan være med til at bidrage med vigtigt og relevant indsigt, til et relativt lidt belyst emne.

Vi kunne godt tænke os, i det omfang det er muligt, at **ringes ved telefonisk**, så vi har mulighed for at kunne transskribere snakken, så vi senere kan analysere det. **Alt deltagelse vil selvfølgelig blive behandlet anonymt.**

Vi håber at du har lyst til at deltage! I så fald, **tager du fat i personalet og giver dem dit telefonnummer og gerne et forslag til tidspunkt**, hvor det vil passe dig, at vi ringer dig op.

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at **sende en sms eller mail til nedenstående oplysninger.**

De bedste hilsner,  
**Nanna og Hannah**

Kontaktoplysninger:  
Mail: [304703@via.dk](mailto:304703@via.dk)  
Tlf.: 30485746



# Bilag 9: Samtykkeerklæring

## Samtykkeerklæring til deltagelse i interview

Informeret samtykke til deltagelse i et forskningsprojekt i forbindelse med et bachelorprojekt, VIA University College Aarhus.

### Formål med projektet:

Formålet med vores projekt er at undersøge, hvordan telerehabilitering til børn og unge anvendes i fysioterapeutisk praksis, hvilke erfaringer børnefysioterapeuter har med digitale løsninger, og hvordan dette kan implementeres på en meningsfuld måde, når det er fagligt relevant.

Vi ønsker at lydoptage interviewet for at kunne transskribere og analysere til videre brug i opgaven. Vi optager interviewet via Microsoft Teams og opbevarer optagelsen på en ekstern harddrive. Optagelsen bliver udelukkende behandlet internt, og slettes efter den 24. juni, hvor vi eksamineres.

### Erklæring fra deltageren

Jeg er blevet informeret skriftligt tilstrækkeligt til at kunne sige ja til at deltage. Jeg ved, at min deltagelse er frivillig, og at jeg til hver en tid kan trække mit samtykke tilbage, ved at kontakte de studerende på mail, så længe analysen og diskussionen af det samlede materiale endnu ikke er påbegyndt. Jeg giver tilladelse til lydoptagelse af interviewet. Jeg er informeret om, at jeg i det færdige projekt vil fremstå anonym, og at alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt.

Jeg giver hermed mit samtykke til deltagelse og til, at resultaterne i anonymiseret form bliver offentliggjort i en projektrapport, som kan tilgås af ansatte og studerende på VIA University College og evt. som artikel i et nationalt tidsskrift.

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

### Erklæring fra de projektansvarlige:

Vi erklærer, at deltageren har modtaget information om projektet. Informationen er efter vores overbevisning tilstrækkelig til, at deltageren kan træffe en beslutning om medvirken i projektet. Vi erklærer, at alle personfølsomme oplysninger anonymiseres.

### De projektansvarliges navne og kontaktoplysninger:

Navn: Nanna Wraae Bomholt                      Mail: 335694@via.dk

Navn: Hannah Aagaard Kristiansen              Mail: 304703@via.dk

Underskrifter: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_