Linköpings universitet | Institutionen för hälsa, medicin och vård
Kandidatuppsats, 15 hp | Fysioterapeutprogrammet
Vår-/höstterminen 2025

Digital rehabilitering för patienter med subacromial smärta

– En kvalitativ intervjustudie av fysioterapeuter i primärvården avseende deras upplevelser kring digital rehabilitering med Axelhjälpen

Digital rehabilitation for patients with subacromial pain – A qualitative interview study on physiotherapists experiences with digital treatment using Axelhjälpen

Martin Karlsson
Otto Fröding

Handledare: Jenny Sjödahl
Examinator: Kajsa Johansson

Linköpings universitetSE-581 83 Linköping, Sverige
013-28 10 00, www.liu.se

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Handledare:
Jenny Sjödahl
Adjungerad universitetslektor, med dr.
Enheten för Fysioterapi
Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård (HMV)
Linköpings universitet

Tentator examensarbetets slutversion:
Anneli Peolsson
Prof., Med.Dr., leg, sjukgymnast
Enheten för Fysioterapi
Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård (HMV)
Linköpings universitet

Examensarbetet godkänt av kursens examinator Kajsa Johansson: 2025-12-11

Titel: Digital rehabilitering för patienter med subacromial smärta – En kvalitativ intervjustudie av fysioterapeuter i primärvården avseende deras upplevelser kring digital rehabilitering med Axelhjälpen

Title: Digital rehabilitation for patients with subacromial pain – A qualitative interview study on physiotherapists experiences with digital treatment using Axelhjälpen

Författare: Otto Fröding, Martin Karlsson. Fysioterapeutprogrammet, Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Handledare: Jenny Sjödahl. Adjungerad universitetslektor

Sammanfattning

Bakgrund: Subacromial smärta är ett relativt vanligt muskuloskeletalt tillstånd som orsakar smärta för individen. Träning har visat sig vara en bra behandlingsmetod för denna patientgrupp. Med en ökande befolkningsmängd ökar kraven på att vården ska behandla allt fler patienter. Därmed är digitala behandlingsalternativ relevanta för att effektivisera vården. Fysioterapeuter behöver ställa om till mer digital vård men samtidigt kunna säkerställa en säker och bra vård.

Syfte: Syftet var att undersöka fysioterapeuters upplevelser av att behandla patienter med subacromial smärta inom primärvården enligt Axelhjälpen.

Metod: Åtta semistrukturerade intervjuer utfördes med informanter i åldrarna 28–55 år. Informanterna skulle ha behandlat minst tre patienter enligt Axelhjälpens plattform, datan analyserades sedan med en kvalitativ innehållsanalys för att komma fram till resultatet.

Resultat: Analysen resulterade i fyra kategorier: Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi i plattformen, Fysioterapeuters upplevelser av patientcentrering i plattformen, Det digitala formatet, Faktorer som påverkar plattformens resurseffektivitet.

Konklusion: I studien upplevd**e** fysioterapeuterna att Axelhjälpen kan vara ett verktyg som kan användas för vissa patienter för att effektivisera vården, både för vårdgivaren och patienten. Resultatet visade dock att vissa förändringar i urval av patienter och arbetssätt med plattformen skulle kunna optimeras för att plattformen ska kunna implementeras i större utsträckning.

Nyckelord: Physiotherapy, E-health, digital rehabilitation, primary care, qualitative interview study

Innehållsförteckning

Inledning **2**

2. Bakgrund **2**

2.1 Subacromial smärta *2*

2.2 Behandling som används för subacromial smärta *3*

2.3 Digital vård *3*

2.3.1 Fysioterapeuters roll i digital vård *4*

2.4 Digital rehabilitering av muskuloskeletala besvär *4*

2.4.1 Kunskapslucka *5*

3. Syfte **6**

4. Metod **6**

4.1 Design *6*

4.2 Urval och rekrytering *6*

4.3 Datainsamling och datahantering *6*

4.4 Analysmetod *7*

4.5 Etiska aspekter *7*

4.6 Författarnas förförståelse *8*

5 Resultat **9**

5.1 Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi i plattformen *9*
5.1.1 Utformning av plattformen 10
5.1.2 Möjligheten att anpassa metoden efter patientens behov 10
5.1.3 Möjligheten att främja och följa följsamhet 11
5.1.4 Att arbeta med plattformen som fysioterapeut 11

5.2 Fysioterapeuters upplevelser av patientcentrering i plattformen *11*
5.2.1 Anpassning av patientinformation 12
5.2.2 Tydlighet i instruktioner 12
5.2.3 Tillgänglighet för patienten 12

5.3 Det digitala formatet *13*
5.3.1 Formatet för patienterna 13
5.3.2 Möjligheter och svårigheter 14

5.4 Faktorer som påverkar plattformens resurseffektivitet *15*
5.4.1 Framtida anpassningar av plattformen 15
5.4.2 Praktisk tillämpning i klinik 15

6 Diskussion **16**

6.1 Resultatdiskussion *16*
6.1.1 Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi i plattformen 16
6.1.2 Fysioterapeuters upplevelser av patientcentrering i plattformen 17
6.1.3 Det digitala formatet 17
6.1.4 Faktorer som påverkar plattformens resurseffektivitet 18

6.2 Metoddiskussion *19*

7 Konklusion **21**

Referenslista **22**

Bilaga 1 – Informationsmejl *26*

Bilaga 2 – Muntligt samtycke till deltagande av studie *28*

Bilaga 3 - Intervjuguide *29*

Inledning

Digital vård är ett område som växt fram och blivit allt större under senare år. Möjligheten att kunna erbjuda vård digitalt kommer med flera fördelar för både vårdgivare och patient, men det kommer även med utmaningar.

Detta ämne uppkom som förslag från en primärvårdsenhet i region Östergötland. Idén var att samla in verksamma fysioterapeuters upplevelser kring att använda sig av en digital vårdprocess, för att behandla patienter med subacromial smärta enligt Axelhjälpen.
Axelhjälpen är ett digitalt vårdprogram för att konservativt behandla patienter med subacromial smärta. Programmet är 12 veckor långt och består av olika block med styrd progression av träningsövningar som visat sig vara effektiva för att behandla subacromial smärta (Holmgren et al., 2012). Fysioterapeuten väljer vilka övningar som är synliga och dolda för patienten, i respektive fas utifrån vad som är lämpligt för individen. I programmet finns även patientinformation som kopplas till olika faser av sjukdomstillståndet. Patient och fysioterapeut kan föra en dialog via en inbyggd meddelandefunktion.

2. Bakgrund

2.1 Subacromial smärta

Subacromial smärta är ett samlingsbegrepp för tillstånd där individen känner smärta i axeln till följd av subacromialt impingement syndrom (SIS). Subacromial smärta karaktäriseras som en unilateral axelsmärta som är lokaliserad runt om acromion. Symtomen kan uppkomma till följd av problematik med olika strukturer runt det subacromiala utrymmet. De strukturer som ofta bidrar till subacromial smärta är rotatorcuffens senor, subacromiala bursan, acromion, coraco-acromiala ligamentet och biceps brachis långa sena (Neer, 1972). Den uppskattade livstidsprevalensen för subacromialt smärtsyndrom är mellan sju och 24% bland den generella befolkningen (Luime et al., 2004). Axelsmärta inklusive bland annat subacromial smärta, bidrar till stora vårdkostnader i primärvården samt kostnader för samhället genom sjukskrivning. Uppskattningsvis kostar en genomsnittlig patient med axelsmärta som har vårdkontakt i 6 månader 2069 euro. Sjukskrivning uppskattas stå för 84% av den denna kostnad och vårdkostnaderna beräknas vara 326 euro per patient och sex månaders kontakt med primärvården. Av dessa 326 euro står fysioterapeutkontakt för cirka 60% (Virta et al., 2012).

Subacromial smärta kan uppstå på grund av olika orsaker. Subacromial bursit innebär att det sker en inflammation i den subacromiala bursan. När detta sker svullnar bursan upp och orsakar en förträngning i det subacromiala utrymmet. Funktionen som bursan har i vanliga fall är att skapa en glidyta utan friktion mellan rotatorcuffens senor och acromion. Subacromial smärta kan även uppstå från infraspinatus- och supraspinatus senorna, då det skett exempelvis partiella rupturer i dessa till följd av repetitivt enformigt arbete (Lewis, 2009). Subacromial smärta är multifaktoriell och kan orsakas av både inre faktorer som degenerativ

process som följd av försämrad läkning av mikrorupturer i mjukdelar runt axelpartiet. Även yttre faktorer som exempelvis en fraktur som leder till förändrad anatomi av skulderbladet som i sin tur kan leda till förändrat rörelsemönster som kan bidra till en överbelastning (Lewis, 2009).

2.2 Behandling som används för subacromial smärta

Ungefär 70% av patienter med subacromialt impingementsyndrom kan behandlas konservativt, det vill säga utan operation, och bli bra (Morrison et al., 1997). Fysioterapi i form av övningar för att öka muskelstyrka, öka rörlighet samt förbättra hållning anses av fysioterapeuter, som viktiga komponenter för att behandla patienter med subacromialt impingementsyndrom (Hanratty et al., 2016). En behandlingsmetod som kan användas för denna patientgrupp är träningsprogram som innefattar övningar som specifikt fokuserar på att stärka rotatorcuffsmuskulatur samt muskulatur som stabiliserar scapula (Holmgren et al., 2016). Enligt Holmgren et al. (2012) är detta upplägg effektivt för att minska smärta och öka funktion i axeln hos vissa patienter med subacromialt impingementsyndrom som tidigare bedömts behöva genomgå operation. Hanratty et al. (2016) anser att fysioterapeuter har en central roll i att behandla denna patientgrupp genom att få patienten att förstå att träning är viktig för att minska smärta och öka funktion. Detta kan ske genom patientutbildning där fysioterapeuten förklarar kroppsfunktioner, sjukdomstillstånd eller ger förklaringsmodeller om annat som är relaterat till patientens situation (Hanratty et al., 2016).

2.3 Digital vård

Begreppet digital vård kan förklaras som hälso- och sjukvård som sker digitalt där patienten i fråga och vårdgivaren är rumsligt åtskilda. Det kan handla om kommunikation i realtid där några exempel är videolänk och telefoni, eller kommunikation med fördröjning där chattfunktioner och e-post är några exempel. Den digitala vården gör tillgängligheten bättre för individer som är i behov av vårdtjänster eller konsult av olika professioner utan att behöva transportera sig från hem eller arbete. Vården blir också mer jämlik oavsett vart man befinner sig geografiskt i vårt land och på så sätt tillgodoses den goda vården (Socialstyrelsen, 2018).

Arbetssättet med digitala vårdbesök växte snabbt under Covid-19 för att förhindra smittspridning och blev en brygga till den modernare vården. Dock ställer det en del krav på att vårdgivaren ska ha bra färdigheter i kommunikation för att skapa en trygg miljö i patientmötet trots att det inte sker en fysisk träff. För att lyckas med det digitala vårdmötet krävs det också att platserna som både vårdgivaren och patienten befinner sig på är lugna och fria från distraktioner som kan påverka negativt (Jiménez-Rodrìguez et al., 2020).

När en digital vårdtjänst implementeras behöver möjliga facilitatorer samt barriärer belysas. Från vårdpersonalens sida har det identifierats ett antal barriärer som behöver tas med i beräkningen vid implementering av ny digital vårdtjänst. Dessa inkluderar: problem med sekretess och säkerhet, otillräcklig träning för personalen,

personalens förmåga att använda den digitala utrustningen samt patienternas förmåga att använda den digitala utrustningen (Oudbier, 2024).

2.3.1 Fysioterapeuters roll i digital vård

Zischke et al. (2021) utförde en systematisk översikt där de analyserade studier som undersökt validitet, reliabilitet samt nyttan med digitala besök hos fysioterapeut. Totalt 39 studier analyserades och det fanns en variation i om studierna var gjorda i centrala områden eller mer lantliga områden där studiepopulationen bodde längre ifrån sin vårdgivare. Studiepopulationen i samtliga studier hade muskuloskeletala besvär. Den systematiska översikten kom fram till att flertalet olika typer av undersökningar verkar vara valida och reliabla att genomföra digitalt när de jämfördes med undersökning på plats av fysioterapeut. Dessa inkluderade mer objektiva bedömningar såsom bedömning av rörelseomfång, muskelstyrka och uthållighet, vissa specifika tester av axel och armbåge, Bergs Balans Skala (totalpoäng), Timed Up and Go-test, tidsbestämt ståtest, 6 minuters gångtest, steg i 360-graders sväng, aktivt rakt benlyft och omkretsmått av övre extremitet. Även mer subjektiva utvärderingsinstrument såsom smärtintensitet, ABILHAND-bedömning (frågeformulär om upplevd funktion av övre extremitet) bedömdes som valida och reliabla i översikten.

Enligt Zischke et al. (2021) fanns det olika inställning till att ta emot digital vård hos testpersonerna i de analyserade studierna. En majoritet av studiepopulationen i denna översikt föredrog vård på plats framför digital vård. Översikten fann även att de studiedeltagare som bodde mer lantligt och därmed inte hade samma tillgänglighet till vård som de deltagare som bodde mer centralt, var tillfredsställda i högre grad av digital vård (Zischke et al., 2021).
I en systematisk översikt gjord av Bernadsson et al (2023) jämfördes fysioterapeutisk bedömning digitalt med bedömning på plats. Översikten visade att validitet och reliabilitet skiljde sig mellan olika typer av fysioterapeutiska insatser. För undersökningar som ledrörlighet i extremiteter, PROMs och muntlig vägledning fann översikten att validiteten var hög. Den lägsta validiteten bedömdes hos hållningsrelaterad undersökning samt kliniska observationer.

2.4 Digital rehabilitering av muskuloskeletala besvär

Cottrell et al. (2017) genomförde en meta-analys där de jämförde effekten av vård där patient möter vårdgivare i det verkliga rummet mot att vård gavs digitalt genom digital rehabilitering. Digital rehabilitering i realtid har visadesig vara effektivt när det kom till muskuloskeletala besvär (Cottrel et al., 2017). Även i studier där fysiska vårdbesök kombinerades med digital vård tenderade till att vara något effektivare än att bara använda sig av antingen enbart digital vård eller fysiska besök (Cottrel et al., 2017).

Celik & Tuncer (2024) utförde en randomiserad kontrollerad studie där 60 individer delades upp i tre lika stora grupper. Grupp ett fick ett hemträningsprogram, grupp två fick manuella mobiliseringstekniker utförda av en fysioterapeut samt styrketräning för rotatorcuffmuskulatur och scapula-stabiliserande muskulatur. Grupp tre genomgick videomöten med fysioterapeut där de instruerades samma träning som

grupp två samt självmobiliserande tekniker. Grupp två och grupp tre fick signifikant större minskning i smärta enligt VAS, än grupp ett. Fortsatt hittade författarna att Range Of Motion (ROM) ökat signifikant i grupp två och tre kontra hemträningsgruppen (Celik & Tuncer, 2024). I studien mättes även patienternas tillfredsställelse med behandlingen med VAS-skala. Detta utfallsmått visade att samma två grupper hade signifikant större tillfredsställelse jämfört med hemträningsgruppen. Enligt Quick version of the Disabilities of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (Q-DASH) visade gruppen som genomgick manuella mobiliseringstekniker samt styrketräning signifikant lägre poäng än både hemträningsgruppen samt telerehabiliteringsgruppen. En lägre poäng enligt Q-DASH representerar en högre funktion hos individen (Celik & Tuncer, 2024).

Dessa resultat kan tyda på att digital rehabilitering när det kommer till manuella mobiliseringstekniker, kan vara ungefär likvärdigt med att fysioterapeuten utför mobiliseringsteknikerna på plats när det kommer till ROM, smärta och patientens tillfredsställelse av behandlingen. Dock verkar mobiliseringsteknik på plats vara mer effektivt för att öka funktionalitet enligt Q-DASH (Celik & Tuncer, 2024).

Digital rehabilitering minskar kostnader och är mer tidseffektivt jämfört med vård som ges på plats, och kan ses som ett komplement när exempelvis personal eller tid inte räcker till att ge vård på plats (Molina-Garcia et al., 2024). En möjlig nackdel med digital rehabilitering är att den mänskliga kontakten förloras (Peretti et al., 2017).

En utmaning med digital rehabilitering är att det behöver finnas system som är bra anpassade för den enskilde patientens tillstånd. I vissa fall kan det sistnämnda vara svårt att uppnå på grund av höga kostnader. För att digital rehabilitering ska kunna utvecklas och bli mer effektiv behöver vårdgivare utbildas i hur det kan tillämpas på bästa sätt (Peretti et al., 2017).

2.4.1 Kunskapslucka

Studier har visat att digital rehabilitering kan användas som komplement till vård som ges på plats och i många fall med liknande resultat (Celik & Tuncer, 2024; Cottrell et al., 2017) Digital rehabilitering har visat sig spara både tid och resurser (Molina-Garcia et al., 2024). Detta får däremot inte ske på bekostnad av vårdkvalité (Perretti et al., 2017).

Kunskapsluckan som detta arbete syftar till att fylla kom från en primärvårdsverksamhet i region Östergötland. För att digital rehabilitering ska fungera behöver systemet som används vara användarvänligt och välanpassat till patientgruppen samt behandlaren. Att samla fysioterapeuters erfarenheter kring digital rehabilitering enligt Axelhjälpen är viktigt för att fånga upp eventuella förbättringsområden och fortsatt utveckla arbetet kring digital rehabilitering med Axelhjälpen.

3. Syfte

Syftet var att undersöka fysioterapeuters upplevelser av att behandla patienter med subacromial smärta inom primärvården enligt Axelhjälpen.

4. Metod

4.1 Design

Studiens design var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats där individuella intervjuer genomfördes (Alvehus, 2023). Detta innebar att intervjuerna var baserade på deltagarnas erfarenheter samt åsikter kring ämnet. Datainsamlingen bestod av individuella semistrukturerade intervjuer enligt intervjuguiden. Varje intervju inleddes med muntligt samtycke samt bakgrundsfrågor om informanten (Bilaga 3).

4.2 Urval och rekrytering

Inklusionskriterier för att kunna delta i studien var att fysioterapeuten är aktiv i sitt yrke, samt behandlat subacromial smärta enligt behandlingsprogrammet Axelhjälpen. Den behandlande fysioterapeuten skulle ha haft minst tre patienter som gått igenom behandlingsprogrammet Axelhjälpen i digitalt format. I urvalet av lämpliga behandlare var dessa spridda i olika länsdelar, likaså var det en spridning i kön, ålder samt erfarenhet inom yrket fysioterapeut vilket bidrog till en överförbarhet. I rekryteringsprocessen kontaktade vi vårdenhetschefen på Rehab väst, Region Östergötland med ett informationsblad (Bilaga 1). Vårdenhetschefen tillämpade ett strategiskt urval och kontaktade potentiella deltagare med informationsbladet, som resulterade i 10 potentiella deltagare (Alvehus, 2023). Därefter tillfrågades samtliga 10 fysioterapeuter varav åtta stycken tackade ja till deltagande i studien. De två som inte deltog var på grund av uteblivet svar och en informant som inte hade möjlighet inom tidsramen.

4.3 Datainsamling och datahantering

Datainsamlingen för studien pågick från 18 september till 16 oktober 2025. Intervjuerna genomfördes via den digitala plattformen Zoom där båda författarna deltog, intervjuerna tog i snitt 22,5 minuter att genomföra och totalt tre timmar. Det genomfördes individuella intervjuer med förutbestämda semi-strukturerade frågor. En författare genomförde intervjuerna och den andra observerade och ställde följdfrågor vid behov (Bilaga 3). Intervjuguiden testades med en provintervju för att säkerställa att frågorna lämpade sig mot studiens syfte, vilket frågorna gjorde och provintervjun kunde inkluderas i resultatet. Detta bidrog till en ökad trovärdighet av studiens resultat. Informanterna gav samtycke till inspelningen i en separat ljudfil innan intervjun startade (Bilaga 2), informanterna hade fått tillgång till avtalet om samtycke i god tid innan intervjun. De förutbestämda frågorna gav utrymme till följdfrågor för att leda konversationen vidare med informanterna och få ut den informationen som var relevant till studiens syfte. Intervjuerna spelades in i både ljud- och bildfil, bildfilen raderades direkt efter inspelning. Efter samtliga intervjuer

transkriberades inspelningen till löpande text. Datan förvarades pseudonymiserad och den transkriberade texten avidentifierades med kodnummer och förvarades säkert i en enskild Onedrive-mapp som erhölls av Linköpings Universitet.

4.4 Analysmetod

Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Efter att samtliga intervjuer genomförts transkriberade en författare intervjuerna ordagrant till en löpande som i sin tur granskades noggrant flera gånger av båda författarna för att hitta de meningsbärande enheterna. De delar av texten som bidrog till relevant information för studiens syfte kodades till meningsbärande enheter, övrig text som tillhörde meningarna kvarstod för att hela kontexten skulle kvarstå. De meningsbärande enheterna fördes in i ett Excel ark där båda författarna i samråd kondenserade meningarna till koder, för att uppnå triangulering (Granheim & Lundman, 2014). Koderna i sin tur kategoriserades och sammanställdes till under- och huvudkategorier (tabell 1).

Tabell 1: Exempel på analysprocessen, från meningsbärande enhet till huvudkategori.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsbärande enhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Huvudkategori**
”...men smidighet i som att det är få knapptryck för att komma in i systemet ehm till översiktligt när man väl kommer in så har man alla sina patienter direkt uppradade ehm så går man in på patienten och ser man också tydligt vad dem har gjort för några grejer, vad dem fyllt i och när dem fyllt i det.”	Systemet är smidigt eftersom det är få knapptryck, översiktligt, patienterna finns samlade och det finns tydliga data kopplade till varje patient.	Användarvänlighet av plattformen för fysioterapeuten.	Utformning av plattformen.	Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi och flexibilitet.

4.5 Etiska aspekter

I studier med en kvalitativ ansats finns en primär skyldighet att ta hänsyn till informanternas hälsa och rättigheter. I denna studie var det främst rättigheterna om att värna om informanternas integritet och att den personliga informationen hölls konfidentiell samt att svaren som gavs bibehölls anonyma. Det var extra viktigt i och med att författarna i en kvalitativ intervjustudie eftersträvar djupgående svar från informanten som annars kan upplevas som känsliga att svara på för individen. Med det i beaktande är det viktigt att ställa öppna frågor där

informanten själv får välja vilken information dem anser är nödvändig för att sen följa upp med lämpliga följdfrågor som fördjupar svaren.

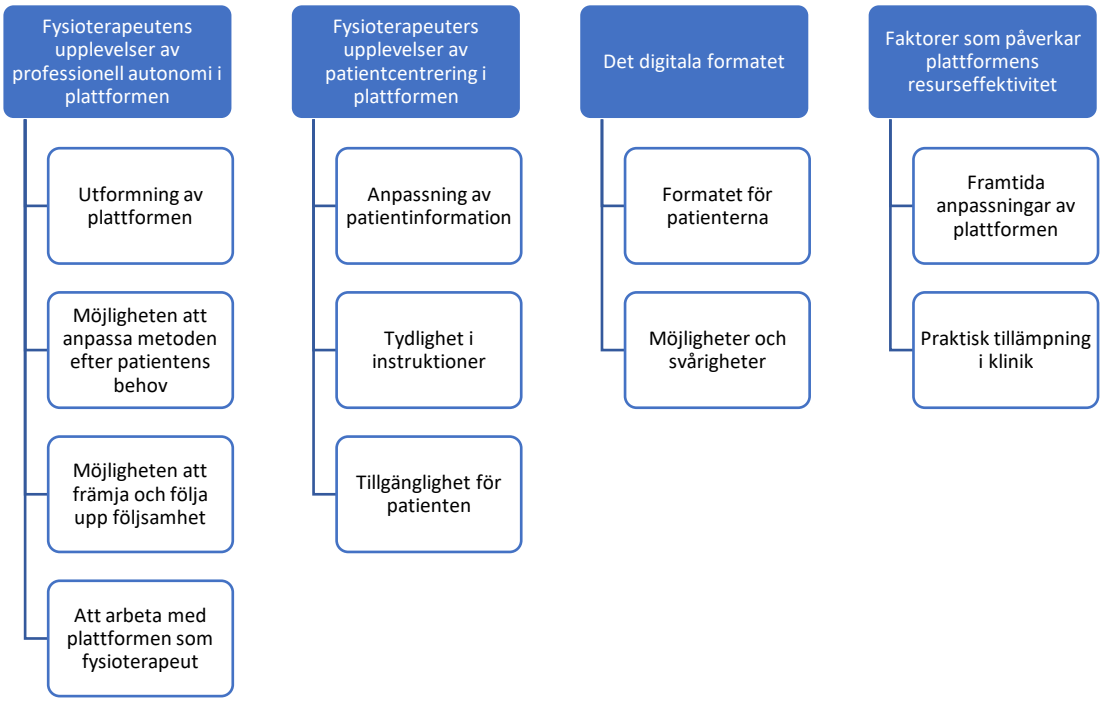
I informationsbladet (Bilaga 1) framgick ovanstående, vilket minimerade riskerna för att informanterna skulle få en påverkan i deras yrkesroll (World Medical Association, 2013). Studiedeltagarna informerades därför i god tid innan intervju om studiens syfte, eventuella risker med att delta samt vad som förväntades av dem. Samtliga deltagare behövde ge frivilligt samtycke till att delta och kunde under vilken tidpunkt som helst i studien dra sig ur utan att uppge orsak (Etikprövningsmyndigheten, uå). Varje deltagares data hanterades med säkerhet och endast av personer som var inblandade i studien (Riksdagen, 2018:218). Resultatet presenterades på gruppnivå utan att enskild individ kunde identifieras.

4.6 Författarnas förförståelse

Författarna till detta arbete läste under studiens gång termin fem och sex på fysioterapeutprogrammet vid Linköpings Universitet på kandidatnivå. Båda författarna har genomgått fem veckors praktik inom primärvård där de träffat enstaka patienter med axelbesvär. Ingen av författarna har genomfört en kandidatuppsats eller kvalitativ intervjustudie tidigare, men har genom utbildningen deltagit i introduktionsförelsäningar inom kvalitativ metod.

5 Resultat

Informanterna i denna intervjustudie bestod av 8 fysioterapeuter, inklusive informanten i provintervjun. Fem av informanterna var kvinnor och tre var män där åldersspannet låg på 28–55 år med ett medelvärde på 38 år. Samtliga fysioterapeuter arbetade i primärvården och hade arbetat där mellan 3–25 år med ett medelvärde på 10,5 år. Deltagarna hade varit med i en pilotstudie där Axelhjälpen testades och/eller så arbetade de aktivt med Axelhjälpen. Informanterna var geografiskt fördelade i region Östergötland på fyra olika enheter. Samtliga informanter hade arbetat med digital vård tidigare på olika sätt, exempelvis genom digital artrosskola och digitala besök via kamera. Studiens resultat sammanställdes enligt figur 1 där kategorier återfinns i de blå rutorna och tillhörande underkategorier presenteras under varje kategori.



Figur 1, översikt av kategorier och underkategorier.

5.1 Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi i plattformen

I denna kategori presenteras informanternas tankar och upplevelser kring utformningen av plattformen och hur det fungerade att arbeta i den rent tekniskt, kopplat till behandling men även dokumentation. Upplevelser kring individanpassning och följsamhet togs upp men även rent tekniska aspekter som underlättade eller hindrade fysioterapeuternas arbete i plattformen. Plattformen som används för Axelhjälpen är 1177 Stöd och behandling och olika informanter var olika vana vid att arbeta på denna plattform vilket gjorde att upplevelserna kring hur lättarbetad plattformen är, skiljde sig åt på olika sätt.

5.1.1 Utformning av plattformen

Inställningen hos informanterna var övervägande positiv till plattformens utformning. Flera informanter upplevde att det var enkelt att navigera sig på plattformen med tydliga knappar och tydliga överblickar i olika vyer. Ett exempel som lyftes gällande tydliga överblickar var att det fanns bockar på moment som patienten hade öppnat och de moment som patienten inte hade öppnat hade ingen bock. Detta upplevde flera informanter hjälpte dem att vara effektiva och snabbt få en överblick över vad patienten hade sett och inte. Ett annat exempel som lyftes var att självskattningsvärdena såsom smärtskattningar, som patienten fyllt i visades i tydliga och överskådliga figurer. En annan punkt som lyftes var att det upplevdes smidigt att välja ut och progrediera övningar i plattformen. Det är få knapptryck och tydligt hur detta ska utföras. En majoritet av informanterna beskrev att de övningar som fanns att tillgå i de olika modulerna stämde bra överens med de övningar som de brukade använda för att rehabilitera denna patientgrupp, utanför Axelhjälpen.

"…men smidighet i som att det är få knapptryck för att komma in i systemet ehm till översiktligt när man väl kommer in så har man alla sina patienter direkt uppradade ehm så går man in på patienten och ser man också tydligt vad dem har gjort för några grejer, vad dem fyllt i och när dem fyllt i det." Informant 7.

5.1.2 Möjligheten att anpassa metoden efter patientens behov

I majoriteten av intervjuerna framkom att informanterna upplevde att det gick att individanpassa till viss del. Exempelvis gick det att progrediera övningar snabbare om patienten upplevdes dra nytta av detta. Funktionen att kunna välja ut övningar i varje modul upplevdes generellt som bra. Något som flertalet informanter lyfte var att de önskade större övningsbanker i de olika modulerna för att ytterligare kunna individanpassa träningen efter individen. Några av informanterna upplevde att de främst önskade mer utmanande övningar för individer som hade lite bättre funktion. Något annat som upplevdes saknas var någon övning med manuellt stöd av scapula. En ytterligare aspekt som lyftes var att ett större urval av övningar skulle kunna bidra till mer variation i träningen och därmed kunna öka motivationen hos patienterna.

En annan aspekt som lyftes var att de första övningarna i Axelhjälpen upplevdes pågå under för lång tid. Samtidigt var en annan aspekt som lyftes att stegringen av programmet följde en rimlig kurva.

"…att det blir väldigt isolerat till just ehh amen rotatorcuff och visa specifika små muskler ehh och att för en kanske mer aktiv person att man också skulle behöva komplettera och utveckla det ännu lite mer ehh eftersom amen det inte bara vid rotationsövningar eller isometriska övningar eller amen såna isolerade rörelser som vi tränar axeln utan man gör ju även det när man gör mer komplexa övningar också!" Informant 6.

5.1.3 Möjligheten att främja och följa följsamhet

Något som lyftes som en svårighet med att arbeta i plattformen var att följa upp och främja följsamhet hos patienterna. Flera informanter upplevde det svårt att främja följsamhet hos patienter utöver att skriva i meddelandefunktionen. Dessutom lyftes att vissa patienter upplevdes ha låg följsamhet till att läsa fysioterapeutens meddelanden. Det upplevdes då svårt att nå patienten på annat sätt kopplat till plattformen. Något som lyftes som förslag var att ha en notisfunktion för patienterna för att på så vis medvetandegöra patienten om att fysioterapeuten hade skickat ett meddelande. Något som flera informanter upplevde var att de inte visste vart patienten befann sig i sin rehabilitering och hur patienten upplevde sin rehabilitering. Detta beskrevs som ett hinder i att följa upp patientens följsamhet och gjorde att det var svårt för fysioterapeuten att veta hur denne skulle främja följsamhet hos patienten.

”…eller jag har inte fått jättetydlig bild exakt vart dom är i…i.. i rehaben och hur.. hur pass bra dem känner sig efter liksom olika liksom perioder i rehab förloppet liksom.” Informant 4.

5.1.4 Att arbeta med plattformen som fysioterapeut

Flera informanter tog upp att de behövde skriva dubbla anteckningar. En anteckning i 1177 Stöd och behandling där Axelhjälpen finns och en anteckning i journalsystemet, för samma insats. Detta lyftes som ett hinder som gjorde att arbetet med Axelhjälpen tog längre tid och upplevdes som mer omständligt. Något som lyftes som en utmaning av flertalet informanter var att komma ihåg att skicka och svara på meddelanden från patienter samt att gå in på plattformen och progrediera varje patients träning vid rätt tidpunkt. Denna aspekt beskrevs kunna bli ännu mer påtaglig om patienters progressioner behövde individualiseras då tidsramen i detta fall ändrades från den ursprungliga.

”…det bli ju en del dubbelarbete för oss ehm där hade det ju varit önskvärt (Harklande) att det hade varit mer synkat mellan Stöd och behandling och Cosmic så att man hade kunnat få det i samma system frå.. Från början ehh så det är ju lite kan jag tycka lite dubbelarbete…” Informant 2.

5.2 Fysioterapeuters upplevelser av patientcentrering i plattformen

Denna kategori tar upp fysioterapeuternas upplevelser av hur väl innehållet på plattformen har anpassats efter patientgruppen. Tankar och upplevelser kring patientcentrering dök upp i alla intervjuer där informanterna beskrev sina upplevelser av hur patientinformationen är anpassad efter patientgruppen, samt vad de tyckte om instruktionerna som patienterna fick med sig. Även aspekter kring tillgänglighet för patientgruppen lyftes.

5.2.1 Anpassning av patientinformation

Samtliga informanter i denna studie upplevde att patientinformationen som följer med i Axelhjälpen är bra och väl anpassad för målgruppen samt att de som fysioterapeuter kunde stå för informationen som gavs ut på plattformen. En betydande majoritet av informanterna tryckte även på fördelarna med att patienterna fick informationen skriftligt, då detta innebar att informationen låg kvar till skillnad från muntlig information som ges i vanliga fall. Flera informanter upplevde att informationen innehöll flera dimensioner, däribland förklaringsmodeller om smärta och subacromial smärta, förväntad prognos för besväret samt tips i smärthantering och hur de kan tänka kring smärta i förhållande till träning. Denna information upplevde flera av informanterna motsvarade ungefär den informationen de brukade ge ut till denna patientgrupp. Vissa informanter menade att informationen var utförligare än den informationen de brukar ge ut men ändå på en bra nivå för patienten.

”Ja men jag tänker ju att det ändå informationen är bra och det är ju bra förklaringsmodeller runt om kring vad.. vad som kan orsaka dem här symtomen och att det är ju.. Att det ju är rehab och träning som är det primära för att hålla såna här symtom ehm bra så det tänker jag absolut är det budskap vi vill förmedla…” Informant 2

5.2.2 Tydlighet i instruktioner

En majoritet av informanterna beskrev att de upplevde instruktioner till övningarna vara bra och tydliga. De tryckte på att instruktionsvideorna var tydliga och ett väldigt bra tillägg till instruktionstexten. En upplevelse som beskrevs var att instruktionerna till övningarna fanns kvar för patienterna att gå tillbaka till och titta på, vilket lyftes som en underlättande faktor för patienterna.

”Alltså ändå ganska smidig, skulle jag väl ändå säga. Videorna är ju ändå väldigt pedagogiska och materialet går ändå lätt att smälta, så att så länge patienten i sig är engagerad så har det ändå gått bra liksom av majoriteten av dem patienter jag träffat eller som jag har behandlat genom Axelhjälpen…” Informant 1

5.2.3 Tillgänglighet för patienten

Något som lyftes av flera informanter var att plattformen är formad så att patienterna kan läsa information och instruktioner samt utföra sin träning när det passar dem. Detta eftersom materialet som patienten erhöll fanns kvar under en längre tid på plattformen till skillnad från sedvanlig rehabilitering. Detta upplevdes göra rehabiliteringen mer tillgänglig och flexibel för patienterna. Något mer som lyftes var att patienterna hade tillgång till meddelandefunktionen på plattformen, vilket innebar att de lätt kunde kontakta fysioterapeut om de undrade över något eller behövde hjälp med något.
En annan upplevelse som lyftes var att 1177 Stöd och behandling som system inte var speciellt användarvänligt för patienterna. En erfarenhet som kopplades till detta var att Joint academy var ett mer användarvänligt alternativ.

”…för patienten med att man kan själv välja när man går in och läser det här och att materialet är tillgängligt hela tiden och man kan läsa om och repetera hur många gånger man vill och man kan skriva ut om man vill det ehh så tillgängligheten är.. Är ju en stor fördel…” Informant 8

5.3 Det digitala formatet

I denna kategori lyfts fysioterapeuters upplevelser kring hur det digitala arbetssättet påverkade rehabiliteringen, både för patienterna och fysioterapeuterna. I underkategorin ”formatet för patienterna” beskrivs upplevelser om hur det digitala formatet samspelar med patientgruppen. Underkategorin ”Möjligheter och svårigheter” beskriver upplevelser av hur den digitala aspekten påverkade fysioterapeuten i sitt arbete.

5.3.1 Formatet för patienterna

Flera informanter beskrev sina tankar kring hur det digitala formatet kunde upplevas av patienterna. En tanke som uppkom var att det digitala formatet kunde underlätta för patienterna eftersom de inte behövde ta sig in till vårdcentralen. Detta beskrevs kunna vara till fördel för patienterna eftersom de kunde spara tid på att slippa transportsträckor samt att de kunde spara pengar på exempelvis drivmedel eller biljetter i kollektivtrafik.

Något som en majoritet av informanterna upplevde var att det digitala formatet inte passade alla patienter. Vissa informanter menade att det digitala formatet passade bra för patienter som var högmotiverade, förstod instruktionerna, utförde sin träning och inte fick några bakslag. Andra aspekter som lyftes var att det digitala formatet passade för patienter som inte hade mycket tid över eller individer som endast vill ha hjälp med övningar och stegring av dessa. Flera informanter lyfte aspekten att rehabilitering digitalt enligt Axelhjälpen ställde högre krav på patienten. Dessa krav innefattade att patienten själv behövde ta till sig informationen kring sitt besvär och träningen som skulle utföras, samt på vilket sätt den patientinformation som annars ges muntligt av fysioterapeuten under besök. Andra krav som beskrevs var att patienten behövde fylla i frågebatterier om bland annat sin smärta samt att ansvaret att höra av sig till fysioterapeuten om något inte fungerade låg på patienten.
En annan aspekt som lyftes var att det digitala formatet passade patienter med en viss typ av persona, de som hade bättre disciplin att utföra sin träning på egen hand upplevdes dra mer nytta av formatet än de patienter som generellt behövde mer stöttning. Exempelvis kunde det handla om stöttning i att tolka och förstå övningsinstruktioner. Det kunde även handla om att vissa patienter upplevdes ha behov av att prata med exempelvis sin fysioterapeut och inte bara trycka i en digital knapp när träningen gått framåt.

”…mycket hänger också på vilken typ av patient det har varit eller asså vilken ahh.. Man pratar ibland om olika persona liksom att man ehh amen vissa har mer behov av stöttning och andra klarar sig mer självständigt och där har väl varit den största faktorn upplevde jag att vissa kanske amen inte har förstått

övningarna korrekt och eller att dem inte har riktigt disciplinen att följa när det bara blir digitalt jämfört med när dem kommer till kli.. kliniken och man träffar dem ehm face to face liksom…" Informant 6

5.3.2 Möjligheter och svårigheter

Något som lyftes som en möjlig vinst med Axelhjälpen hos en stor majoritet av informanterna var att det digitala formatet gjorde att fysioterapeuten sparade mycket tid gentemot sedvanliga återbesök. Flera informanter uppskattade deras arbetstid till cirka 5–10 minuter per patient varannan vecka med digital rehabilitering enligt Axelhjälpen. En annan möjlighet som beskrevs med den digitala användningen av Axelhjälpen var att personal kunde frigöras, utöver den tid som den behandlande fysioterapeuten sparade. Detta genom att fysioterapeuten som behandlad i Axelhjälpen tog över återbesöken från flera fysioterapeuters patienter med subacromial smärta och på så sätt frigjorde tid i schemat för flera andra fysioterapeuter.

En svårighet kopplad till digital rehabilitering som lyftes av en majoritet av informanterna var att de upplevde det svårt att korrigera, instruera och bedöma rörelser över plattformen. Det vanligaste exemplet som togs upp var att det kunde tänkas vara svårt att korrigera övningsteknik. En annan aspekt som lytes var svårigheten att inte veta vad patienten gör eller hur de gör det. Detta upplevde flera informanter bidrog till att det kändes svårt att veta hur mycket och vilken typ av stöd som patienten behövde. En upplevelse var att det kändes distanserat att rehabilitera digitalt enligt Axelhjälpen och att det kändes svårare att säkerställa att patienten utförde den rehabilitering som denne blivit tilldelad. En annan aspekt som upplevdes kunna bli lidande av den upplevda distanseringen var utvärdering av patientens problem eller funktion. Detta för att det minskade antalet uppföljningar kunde bidra till minskad utvärdering.
En ytterligare aspekt som lyftes var att om fysioterapeuten såg att en patient inte blev bättre som förväntat upplevdes det svårt att veta vad detta berodde på. Denna ovisshet bidrog enligt flera informanter till att det var svårt att bedöma vilken åtgärd de som fysioterapeut skulle utföra, exempelvis kalla in patienten till ett fysiskt möte för ytterligare undersökning, skicka ett meddelande i meddelandefunktionen eller inget alls.

"Det jag tänker är väl egentligen lite tids.. Besparingen eller tids disponeringen dels så avlastar det oss i primärvården om man kan göra det där själv, jag får kanske lägga 5–10 minuter i varannan vecka på att gå in och öppna dem här momenten och kanske svara på någon fråga så ehm där vinner ju jag tid…" Informant 8

"…har vissa gånger tänkt liksom fungerar det så bra egentligen för patienten för dem skattat ganska hög smärta ibland på sina batteriskattningar ehm men dem fortsätter ändå liksom men fortfarande skattar dem en 5-6a hmm.. Hur fungerar egentligen.. Vill kanske in och fysiskt korrigera någonting, gör dem verkligen korrekt och sånt där…" Informant 7

5.4 Faktorer som påverkar plattformens resurseffektivitet

Denna kategori belyser fysioterapeuters upplevelser och syn på vad de anser kan förändras med plattformen för att denna ska kunna förbättras. Kategorin innehåller även fysioterapeuters tankar kring vad som kan vara viktiga aspekter att ta i beaktning vid eventuellt införande av digital rehabilitering enligt Axelhjälpen utifrån deras upplevelser av att använda systemet.

5.4.1 Framtida anpassningar av plattformen

I flertalet intervjuer delades upplevelser kring de tillgängliga övningarna i Axelhjälpens olika moduler. Flera informanter uttryckte att de saknade flexibilitet i övningsval för patienten. En aspekt som lyftes var att någon övning där scapula stöttas upp manuellt var önskvärd. En annan upplevelse var att de övningar som fanns var främst isolerade övningar till exempelvis rotatorcuffmuskulatur. Flera informanter önskade lite mer komplexa och funktionella övningar som främst var riktade mot patienter med en högre funktionsnivå för att kunna utmana dessa på ett bra sätt. Det uppkom även tankar om att inkludera övningar i gym med annan utrustning för att patienterna skulle få mer variation i sin träning. En ytterligare aspekt som togs upp var att fler övningar i varje modul önskades i syfte att som fysioterapeut kunna variera träningen mer för patienten samt individanpassa för patienter som exempelvis har andra funktionshinder eller svårigheter med vissa rörelser eller positioner.
En annan upplevelse som lyftes var att fysioterapeuten inte kände att denne fick tillräcklig information kring patienten. Den information som fysioterapeuten hade att tillgå var en kollegas journalanteckning från förstabesöket samt den information som patienten fyllde i på plattformen genom frågebatterierna. Fysioterapeutens upplevelse var att denna information i vissa fall inte räckte till för att individanpassa träningen för patienten utan hade behövts kompletteras med mer utförlig smärtbeskrivning.
En upplevelse som beskrevs var att progressionen i den första modulen upplevdes som något långsam jämfört med hur informanten vanligtvis progredierade denna patientgrupp.

”…sen övningarna är väl.. Det blir ju ganska vad ska man säga ehm ibland lite ehm enformigt! Kan jag tycka med just ehh sån typ av rehabilitering ehm att det blir väldigt isolerat till just ehh amen rotatorcuff och visa specifika små muskler ehh och att för en kanske mer aktiv person att man också skulle behöva komplettera och utveckla det ännu lite mer ehh eftersom amen det inte bara vid rotationsövningar eller isometriska övningar eller amen såna isolerade rörelser som vi tränar axeln utan man gör ju även det när man gör mer komplexa övningar också! Så det är väl en del som man skulle kunna bygga vidare på ehm för till visa patienter som amen kanske är mer aktiva ehh och inte bara behöver jobba isolerat rotatorcuff så mycket…” Informant 6

5.4.2 Praktisk tillämpning i klinik

En upplevelse som återkommande togs upp av flera informanter var att de upplevde arbetet med Axelhjälpen lite bökigt i och med studiens format att

patienterna som behandlas i Axelhjälpen endast skulle behandlas där. Informanterna tryckte på att rehabilitering digitalt enligt Axelhjälpen skulle vara ett bättre verktyg om detta skulle kunna kombineras med fysiska besök utifrån fysioterapeutens bedömning.
En annan upplevelse som lyftes av en majoritet av informanterna var att det fysioterapeutiska arbetet som digital behandlare i Axelhjälpen påverkades negativt av att inte först ha träffat patienten som behandlas. Många av informanterna lyfte att arbetet med Axelhjälpen skulle bli bättre om de som fysioterapeut hade det första besöket med patienterna som de sedan skulle behandla digitalt i Axelhjälpen. Flera informanter upplevde att arbetet som fysioterapeut tappade sin charm och inte kändes lika roligt när de inte hade fysiskt träffat patienten som de behandlade digitalt. En annan aspekt som beskrevs var att arbetet som fysioterapeut upplevdes som bökigare då fysioterapeuten inte fått en bild av personen samt gjort en egen bedömning av funktionsnivå. Exempel på vad som upplevdes som svårare var progrediering och individanpassningar i form av stöttning i rehabiliteringen.

”…för.. pilotprojektet jag varit med i så jag har ju fått patienter lottade till mig ehh jag tycker att de är en, det känns lite bakvänt sätt nu nu är de ju piloten så den får man väl ändå säga är lite konstlad men jag tror att jag skulle tyckt bättre om att jobba med de med patienter som jag faktiskt har träffat fysiskt en gång och fått lite relation till då tycker jag det är lättare att jobba vidare digitalt att köra allting digitalt där du inte har träffat patienten är lite ..Ähh.. De blir lite bökigare…” Informant 3

6 Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

6.1.1 Fysioterapeuters upplevelser av professionell autonomi i plattformen

Plattformen beskrevs ha tydligt innehåll i form av tydliga knappar, bra överblicksvyer och få knapptryck för behandlaren som använde plattformen. Detta bidrog till att plattformen kändes lätt och smidig att arbeta i och gjorde att informanterna kunde arbeta effektivt i den. Enligt Keel et al (2022) är infrastrukturen i ett digitalt verktyg viktigt för att verktyget ska kunna användas effektivt av vårdpersonal. En bristande infrastruktur i det digitala verktyget såsom otydliga vyer blir en barriär för användning av det digitala verktyget. Samtidigt är en bra och tydlig infrastruktur i verktyget en faciliterande faktor för att verktyget ska användas. I denna studie framkom att informanterna var övervägande positiva till den digitala plattformens infrastruktur och att detta bidrog till hög upplevd användarvänlighet. Detta skulle kunna betyda att plattformens infrastruktur bidrar till en ökad vilja hos fysioterapeuter i primärvården att använda sig av Axelhjälpen. I en studie utförd av van der Meer (2022) uppkom tankar från fysioterapeuter att något som underlättade användarvänligheten som fysioterapeut för ett digitalt verktyg var tydliga diagram eller andra figurer som visar patientens utveckling i träningen. Detta resultat stämmer bra överens med upplevelser som framkommit i denna studie eftersom figurer som visar på exempelvis patientens smärtutvecklings, har lyfts som positivt innehåll på plattformen.

6.1.2 Fysioterapeuters upplevelser av patientcentrering i plattformen

Över lag var informanternas syn på patientcentrering i plattformen positiv. De upplevde att information och träningsupplägg var likt ett upplägg som de själva hade använt sig av och att de därför kunde stå för innehållet i Axelhjälpen gentemot patientgruppen. En annan aspekt som lyftes av informanterna var att patienterna hade tillgång till information och sin träning när som helst eftersom detta låg kvar i plattformen för patienten samt att en positiv funktion var att övningarna fanns i videoformat för patienterna att se på. Kidd et al (2011) undersökte faktorer som var viktiga för att patienter skulle känna att den vård de fick var patientcentrerad. Studiens resultat visade att patienter upplevde det viktigt att få information om sin smärta, att det inte behöver vara farligt exempelvis. Deltagarna upplevde även att det var viktigt med transparens om prognos från vårdgivarens håll. Genomförd studie fann att informanterna upplevde patientinformationen som heltäckande och tydlig med mycket förklaringar kring smärta och smärthantering vilket enligt Kidd et al (2011) skulle kunna bidra till ökad patientcentrering i plattformen. Informanterna i denna studie lyfte även att patientinformationen innefattade förväntad prognos om besväret vilket enligt informanterna i studien av Kidd et al (2011) också lyftes som en viktig aspekt. I en annan studie av Jóhannsdóttir et al. (2021) rapporterades att patienter upplevde att skriftlig information samt videor kompletterade muntlig information på ett bra sätt då information som patienterna erhållit muntligt lätt glömdes bort. Detta resultat stämmer överens med resultatet i denna studie där informanterna hade tankar om att det fanns fördelar med att patientinformationen finns skriftligt på plattformen samt att instruktionsvideor finns för patienterna att tillgå.

6.1.3 Det digitala formatet

Något som lyftes återkommande i flera intervjuer var att digital rehabilitering passar olika bra för olika individer. Något som framkom var att patienter som hade hög motivation, högre självständighet i sin träning och en större disciplin upplevdes dra större nytta av att rehabiliteras digitalt. Denna observation går i linje med Roitenberg & Ben-Ami (2023) som utförde en kvalitativ intervjustudie där de undersökte fysioterapeuters inställning till digital vård i form av videosamtal samt telefonsamtal. Roitenberg & Ben-Ami (2023) fann att en viktig aspekt att ta hänsyn till vid digital rehabilitering var urvalet av lämpliga patienter att genomgå digital rehabilitering. Bland annat kom de fram till att telehälsa fungerade bättre för engagerade patienter som besatt en egen drivkraft i sin rehabilitering vilket stämmer överens med resultatet i denna studie.

Digital rehabilitering enligt Axelhjälpen upplevdes spara mycket tid för fysioterapeuten jämfört med sedvanlig behandling på plats. Det framkom även att upplägget med en digital behandlare som tar flera fysioterapeuters patienter med subacromial smärta kunde spara personal, utöver den tiden som sparades på själva besöken. Detta upplägg upplevdes dock som mindre roligt enligt flera informanter. Upplevelser om att digital rehabilitering sparar tid för fysioterapeuten framkom i en studie gjord av Nilsing Strid et al. (2023). Samma upplevelse återspeglas i denna studie där informanterna upplevde att de behövde lägga mindre tid på varje enskild patient.

Det upplevdes svårt för fysioterapeuten att veta vilket typ av stöd enskilda patienter behövde i olika faser av rehabiliteringen. Det digitala formatet gjorde att kontakten med patienten kändes mer distanserad och därmed blev det svårare att urskilja varför en patient inte blev bättre i sin rehabilitering och vilken åtgärd fysioterapeuten skulle använda sig av för att stötta patienten. Det upplevdes även svårare att guida patienter i exempelvis övningsteknik. Fernando & Lange (2025) fann att fysioterapi i primärvård digitalt gjorde det svårare att guida patienter i utförande av övningar. Samtidigt fann de att digitala möten med patienter var effektivt för att snabbt instruera, korrigera och progrediera övningar. I denna studie framkom att det digitala formatet försvårade guidning i övningsteknik likt Fernando & Langes studie men till skillnad från deras studie uppkom inte erfarenheter om att det digitala formatet bidrog till bland annat effektiva korrigeringar. Denna skillnad kan grunda sig i att Fernando & Langes studie inkluderade digital vård i form av digitala videomöten till skillnad från denna studie som enbart utvärderar det digitala verktyget Axelhjälpen vilket inte inkluderar digitala videomöten mellan fysioterapeut och patient.

6.1.4 Faktorer som påverkar plattformens resurseffektivitet

Informanterna saknade valmöjligheten att välja mer komplexa övningar för patienter som hade en högre funktion. De ansåg även att det vore bra med fler övningsalternativ med olika utgångspositioner exempelvis för individer som kunde ha problem med vissa positioner. Något som presenterades i resultatet av Nilsing Strid et al. (2023) var att möjlighet till individualisering upplevdes som en viktig aspekt att ta i beaktning i en digital plattform. I denna studie har flera faktorer som möjliggör individualisering framkommit som viktiga aspekter. Därmed går resultaten i denna studie i linje med ovanstående resultat i Nilsing Strid et al. (2023). Ett annat resultat som kan kopplas till detta är att brist på möjlighet till individanpassning på den digitala plattformen kan påverka vårdkvalitén negativt vilket nämns i Nilsing Strid et al. (2023). Detta är i linje med resultaten från aktuell studie eftersom vissa övningsval saknades enligt flera informanter jämfört med vården de brukade ge.

En generell upplevelse hos informanterna i denna studie var att de upplevde endast digital rehabilitering i Axelhjälpen bökig. Detta följdes av tankar om att en kombinerad behandlingsmetod med inslag av behandling på plats men även digitalt via Axelhjälpen vore ett bättre upplägg. Denna uppfattning delas i en annan kvalitativ intervjustudie genomförd av Van Der Meer et al (2021), som undersökte hur bland annat fysioterapeuter upplevde digitalt alternativ till sedvanlig behandling. Fysioterapeuterna såg positivt på det digitala alternativet men såg det främst som ett tillägg till den traditionella vården och inte som en ersättning, speciellt under pågående behandling när diagnos är fastställd. Även om det är två olika muskuloskeletala besvär som behandlas så delar fysioterapeuterna uppfattningen om att en kombinerad behandlingsmetod är att föredra för att uppnå önskvärda resultat med behandlingen.

Informanterna i denna studie behandlade patienter digitalt som de inte hade träffat på ett första besök. Detta upplevdes göra den digitala behandlingen svårare eftersom behandlaren inte hade någon bild av personen som denne behandlade

utöver det rent medicinska. Denna upplevelse går i linje med Roitenberg & Ben-Ami (2023) studie som lyfter att patientens engagemang och egen drivkraft påverkar resultatet av den digitala vården. Med andra ord vet inte den behandlande fysioterapeuten om patienten har lämplig personlighet för att digital vård ska fungera optimalt, en osäkerhet som skulle kunna undvikas med att tillämpa ett fysiskt besök. Individanpassningar och progrediering upplevdes mer komplicerat. Det strikt digitala upplägget gjorde att informanterna upplevde att arbetet som fysioterapeut tappade sin charm, på grund av att det inte upplevdes lika roligtbehandlaren inte fått träffa patienterna som denne behandlar i Axelhjälpens plattform. Arbetsformen där enbart digitalvård används har även lyfts i en annan kvalitativ studie som Hinman et al. (2017) genomförde där flera fysioterapeuter uttryckte att ett första besök är bäst och ta på plats i kliniken för att sedan kunna följa upp effektivare med det digitala verktyget under rehabiliteringsperioden för att i slutet träffas fysiskt igen och genomföra en slutbedömning på behandlingens resultat. Tankarna och upplevelserna som framkom i Hinman et al. (2017) studie, delas och stärks av resultatet som beskriv av informanterna i denna studie och en kombinerad arbetsform anses vara mest lämplig i rehabiliteringen.

6.2 Metoddiskussion

Den valda metoden för arbetet var en kvalitativ metod med en induktiv ansats för att fånga upp och beskriva fysioterapeuters upplevelse av att arbeta med det digitala verktyget Axelhjälpen. Metoden är vetenskapligt grundad och ger en fördjupad förståelse kring informanternas perspektiv och upplevelser. Därför anses vald metod vara lämplig för att besvara studiens syfte att fånga upp fysioterapeuters upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). De uppsatta inklusionskriterierna för att få delta var att fysioterapeuten var aktiv i sitt yrke och hade använt behandlingsprogrammet Axelhjälpen för att behandla minst tre patienter med subacromial smärta. Inklusionskriteriernahjälpte till att avgränsa och få med informanter som hade viss erfarenhet av projektet som är drivet av Region Östergötland. I rekryteringen kontaktades vårdenhetschefen på Rehab väst, Region Östergötland med informationsblad. Vårdenhetschefen återkom med en lista med 10 potentiella deltagare som var utspridda på regionens olika primärvårdsenheter: Rehab öst, Rehab väst och centrala Östergötland. Urvalet klassificerades som ett strategiskt urval då informanterna hade specifika erfarenheter som var relevanta för studiens syfte (Yin, 2013). Författarna kontaktade samtliga deltagare, åtta svarade och kallades till intervju. Det möjliggjorde den önskade spridningen av informanter. Överförbarheten påverkades både negativt och positivt i den valda metoden. En gynnsam aspekt är tillämpningen av det strategiska urvalet där informanterna bedömdes ha relevant kunskap som kunde förmedla specifik information om Axelhjälpen. Däremot skulle en mer omfattande rekrytering med bredare population varit bättre för att stärka överförbarheten, fler upplevelser och erfarenheter hade kunnat analyserats. Den tydliga beskrivningen av analysprocessen, datainsamlingen och hur det har illustrerats med tabeller, citat är av yttersta vikt för att stärka arbetets överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Samtliga intervjuer genomfördes via Zoom för att tillgängligheten skulle bli så bra som möjligt, det i kombination med att de olika enhetscheferna godkände att

intervjuerna kunde genomföras på arbetstid skapade goda förutsättningar för att kunna delta som tillfrågad informant. Det finns dock nackdelar med att genomföra intervjuerna digitalt med Zoom som möjligtvis skulle kunna ha påverkat resultatet. Det främsta är att digitala intervjuer kan försvåra den naturliga interaktionen i kommunikation, både i ett verbalt perspektiv och att det inte går att läsa av kroppsspråk i samma omfattning (Kvale & Brinkmann, 2014). Det skulle kunna resultera i ett tappat djup i informanternas svar. Detta var dock inget som författarna upplevde som något problem innan eller under intervjuerna och ansåg att fördelarna vägde tyngre än nackdelarna. Kvalitativa intervjuer via videolänk, likt Zoom, anses vara ett tillförlitligt alternativ till de fysiska intervjuerna (Saarijärvi & Bratt, 2021).

En intervjuguide i semistrukturerat format användes för att kunna anpassa följdfrågorna utifrån vad informanten svarade på huvudfrågan. Det var samma intervjuguide som användes under samtliga intervjuer för att uppnå ett trovärdigt resultat som också skulle kunna vara reproducerbart igen (Kristensson, 2014). Författarna genomförde en pilotintervju för att testa om guiden var lämplig i förhållande till syftet, därefter fördelades intervjuerna mellan författarna. Utfallet blev att författarna genomförde sex respektive två intervjuer på grund av omständigheter som omöjliggjorde en jämn fördelning mellan författarna. Det finns en risk med att båda författarna agerar intervjuledare, ett svar av informanterna kan tolkas olika vilket kan ha påverkat val av följdfrågor och därmed svarets djup på ställd fråga. En annan del som är väsentlig att ha i åtanke är att båda författarna saknade tidigare erfarenheter kring att intervjua informanter i detta format, vilket skulle kunna påverka pålitligheten negativt. Det skulle kunna bidra till en utvecklingskurva, en ökad förmåga att fånga upp detaljer mellan raderna från första till sista intervjun och det skulle kunna påverka djupet på respektive intervju. En annan aspekt som i stället kan vara fördelaktig är att olika intervjuer bidrar till mer varierande svar som kan ses som positivt i förhållande till studiens syfte gällande att fånga upp informantens upplevelser och erfarenheter (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

Den totalt insamlade tiden av inspelat material på tre timmar kan anses som delvis svagt och skulle kunna kräva att fler informanter skulle intervjuas för att uppnå en önskad kvantitet av data. Dock höll sig samtliga informanter och intervjuledaren sig till ämnet, inga irrelevanta samtal uppstod och intervjuerna var innehållsrika oavsett längd. Kvalitén i den insamlade datan bygger inte på hur lång intervjun är utan kvalitén och variationen i den diskussionen som förs (Kristensson, 2014). Antalet intervjuer bedömde författarna vara tillräckligt utifrån att ingen ny information framkom under den sista intervjun. Arbetsprocessen bestod av innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Efter att samtliga intervjuer genomförts påbörjades transkribering och därefter genomläsning av materialet för att plocka ut meningsbärande enheter. Dessa fördes in i ett Excel ark där bägge författarna sammanstrålade för triangulering där det kontrollerades att båda författarna kom överens om en gemensam tolkning av materialet. Därefter kondenserades och kodades innehållet för att sedan mynna ut i underkategorier som sedan kategoriserades i fyra kategorier. När detta genomförts gick författarna gemensamt igenom analysmaterialet och påbörjade presentationen av resultatet. Den tydliga strukturen i analysprocessen samt

trianguleringen mellan författarna deltog i analysprocessen medförde en stärkt tillförlitlighet och trovärdighet (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

7 Konklusion

I detta arbete har åtta fysioterapeuters upplevelser av att rehabilitera patienter med subacromial smärta digitalt enligt Axelhjälpen sammanställts. Det framkom flera positiva upplevelser där bland annat tidsbesparingar för vården och patienterna lyftes som tydliga vinster. Ett område som lyftes som ett förbättringsområde var fysioterapeuternas arbetssätt kopplat till Axelhjälpen. Ett annat område som lyftes som ett förbättringsområde var urvalet av lämpliga patienter att behandla enligt Axelhjälpen. Studiens resultat bidrar till kunskap om hur plattformen kan förbättras för att kunna implementeras i en större utsträckning i vården. En slutsats som kan dras av studien är att Axelhjälpen upplevs vara ett potentiellt verktyg som fysioterapeuter kan använda sig av vid behandling av berörd patientgrupp. Verktyget upplevs kunna effektivisera vården både på mikronivå och makronivå. Denna information kan bidra till en ökad förståelse kring viktiga aspekter av utformning av digitala plattformar inom vården samt hur dessa påverkar fysioterapeuters dagliga arbete.

Referenslista

Alvehus, J. (2023). Skriva uppsats med kvalitativ metod – En handbok (3 uppl). Liber.

Bernhardsson, S., Larsson, A., Bergenheim, A., Ho-Henriksson, C. M., Ekhammar, A., Lange, E., Larsson, M. E. H., Nordeman, L., Samsson, K. S., & Bornhöft, L. (2023). Digital physiotherapy assessment vs conventional face-to-face physiotherapy assessment of patients with musculoskeletal disorders: A systematic review. *PloS one*, *18*(3), e0283013. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283013

Catherine E. Hanratty, Daniel P. Kerr, Iseult M. Wilson, Martin McCracken, Julius Sim, Jeffrey R. Basford, Joseph G. McVeigh, Physical Therapists' Perceptions and Use of Exercise in the Management of Subacromial Shoulder Impingement Syndrome: Focus Group Study, Physical Therapy, Volume 96, Issue 9, 1 september 2016, Pages 1354-1363, https://doi.org/10.2522/ptj.20150427

Çelik, E. B., & Tuncer, A. (2024). Comparing the Efficacy of Manual Therapy and Exercise to Synchronized Telerehabilitation with Self-Manual Therapy and Exercise in Treating Subacromial Pain Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *12*(11), 1074. https://doi.org/10.3390/healthcare12111074

Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, *31*(5), 625–638. https://doi.org/10.1177/0269215516645148

Etikprövningsmyndigheten. (u.å.). *Forskningsperson*. Etikprövningsmyndigheten.se. https://etikprovningsmyndigheten.se/for-forskningsperson/#

Fernando M, Lange E. New ways of working as a physiotherapist in the digital era: A qualitative study. *Physiotherapy Practice and Research*. 2025;46(2):103–110. doi:10.1177/22130683251337337

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hinman RS, Nelligan RK, Bennell KL, Delany C. “Sounds a Bit Crazy, But It Was Almost More Personal:” A Qualitative Study of Patient and Clinician Experiences of Physical Therapist–Prescribed Exercise For Knee Osteoarthritis Via Skype. Arthritis Care Res. 2017;69(12):1834–44.

Holmgren T, Björnsson Hallgren H, Åberg B, Adolfsson L, Johansson K. Effect of specific excercise strategy on need for surgery in patients with subacromial

impingement syndrome: randomised controlled study *BMJ* 2012; 344 :e787 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.e787

Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (Red.). (2017). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (Tredje upplagan). Studentlitteratur.

Jiménez-Rodríguez, D., Ruiz-Salvador, D., Rodríguez Salvador, M. D. M., Pérez-Heredia, M., Muñoz Ronda, F. J., & Arrogante, O. (2020). Consensus on Criteria for Good Practices in Video Consultation: A Delphi Study. *International journal of environmental research and public health*, *17*(15), 5396. https://doi.org/10.3390/ijerph17155396

Jimmie Kristensson. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap (1:a uppl.). Natur & Kultur.

Jóhannsdóttir, T. B., Ingadottir, B., & Svavarsdóttir, M. H. (2021). Rural patients' experience of education, surveillance, and self-care support after heart disease related hospitalisation: a qualitative study. *International journal of circumpolar health*, *80*(1), 2007667. https://doi.org/10.1080/22423982.2021.2007667

Keel, S., Schmid, A., Keller, F., & Schoeb, V. (2022). Investigating the use of digital health tools in physiotherapy: facilitators and barriers. *Physiotherapy Theory and Practice, 39*(7), 1449–1468. https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2042439

Kidd, M, O., Bond, C, H., Bell, M, L. (2011). Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy, Volume 97, Issue 2, 154 – 162. DOI: 10.1016/j.physio.2010.08.002*

Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218). Justitiedepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218/

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun (Tredje). Studentlitteratur.

Lewis J. S. (2009). Rotator cuff tendinopathy. *British journal of sports medicine*, *43*(4), 236–241. https://doi.org/10.1136/bjsm.2008.052175

Luime, J. J., Koes, B. W., Hendriksen, I. J., Burdorf, A., Verhagen, A. P., Miedema, H. S., & Verhaar, J. A. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scandinavian journal of rheumatology*, *33*(2), 73–81. https://doi.org/10.1080/03009740310004667

Molina-Garcia, P., Mora-Traverso, M., Prieto-Moreno, R., Díaz-Vásquez, A., Antony, B., & Ariza-Vega, P. (2024). Effectiveness and cost-effectiveness of telerehabilitation for musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, *67*(1), 101791. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2023.101791

Morrison, D. S., Frogameni, A. D., & Woodworth, P. (1997). Non-operative treatment of subacromial impingement syndrome. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, *79*(5), 732–737. https://doi.org/10.2106/00004623-199705000-00013

Neer C. S., 2nd (1972). Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, *54*(1), 41–50.

Nilsing Strid, E., Gustafson, F., Peolsson, A., & Hermansen, A. (2023). Physiotherapists' experiences of internet-based neck-specific exercises for patients with chronic whiplash-associated disorders. *Digital health*, *9*, 20552076231159181. https://doi.org/10.1177/20552076231159181

Oudbier, S. J., Souget-Ruff, S. P., Chen, B. S. J., Ziesemer, K. A., Meij, H. J., & Smets, E. M. A. (2024). Implementation barriers and facilitators of remote monitoring, remote consultation and digital care platforms through the eyes of healthcare professionals: a review of reviews. *BMJ open*, *14*(6), e075833. https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1136/bmjopen-2023-075833

Peretti, A., Amenta, F., Tayebati, S. K., Nittari, G., & Mahdi, S. S. (2017). Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, *4*(2), e7. https://doi.org/10.2196/rehab.7511

Roitenberg, N., & Ben-Ami, N. (2023). Qualitative exploration of physical therapists' experiences providing telehealth physical therapy during COVID-19. *Musculoskeletal science & practice*, *66*, 102789. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102789

Saarijärvi, M., & Bratt, E. L. (2021). When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *European journal of cardiovascular nursing*, *20*(4), 392–396. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab038

Socialstyrelsen. (2018). *Digitala vårdtjänster riktade till patienter: kartläggning och uppföljning.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-15.pdf

van der Meer, H. A., de Pijper, L., van Bruxvoort, T., Visscher, C. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., Engelbert, R. H. H., & Speksnijder, C. M. (2022). Using e-Health in the physical therapeutic care process for patients with temporomandibular disorders: a qualitative study on the perspective of physical therapists and patients. *Disability and rehabilitation*, *44*(4), 617–624. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1775900

Virta, L., Joranger, P., Brox, J. I., & Eriksson, R. (2012). Costs of shoulder pain and resource use in primary health care: a cost-of-illness study in Sweden. *BMC musculoskeletal disorders*, *13*, 17. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-17

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 310(20), 2191–2194 https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yin, R. K. (2013). Kvalitativ forskning från start till mål (J. Retzlaff, Övers.; 1. uppl). Studentlitteratur.

Zischke, C., Simas, V., Hing, W., Milne, N., Spittle, A., & Pope, R. (2021). The utility of physiotherapy assessments delivered by telehealth: A systematic review. *Journal of global health*, *11*, 04072. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04072

Bilagor

Bilaga 1 – Informationsmejl

Rehabilitering digitalt för patienter med subacromial smärta

Information till dig som deltagare i ett examensarbete vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete som genomförs av studenter vid Linköpings universitet. I det här dokumentet får du mer information kring upplägget och om vad det innebär att delta.

Vad är det för examensarbete och varför vill vi att du ska delta?

Digital vård är ett område som växt fram och blivit allt större under senare år. Möjligheten att kunna erbjuda vård digitalt kommer med flera fördelar för både vårdgivare och patient, men det kommer även med utmaningar. Detta arbete syftar till att undersöka fysioterapeuters upplevelser av att behandla patienter enligt Axelhjälpen digitalt. Forskningen saknar fysioterapeuters perspektiv av att behandla patienter med subacromial smärta digitalt enligt Axelhjälpen. Du har blivit tillfrågad att delta eftersom du är en verksam fysioterapeut med erfarenhet av att ha behandlat minst 3 patienter enligt Axelhjälpen digitalt.

Ansvariga för examensarbetet är Martin Karlsson och Otto Fröding inom Fysioterapeutprogrammet som handleds av adjungerad universitetslektor Jenny Sjödahl, vid Linköpings universitet.

Hur sker genomförandet?

Ett deltagande i detta examensarbete innebär att du vid ett tillfälle medverkar i en individuell intervju som hålls digitalt via den digitala plattformen Zoom. Intervjun beräknas ta cirka 30–60 minuter (Avsätt 60 minuter i schemat för att kunna genomföra under arbetstid).

Utöver de förutbestämda frågorna kommer vi också vid behov ställa fördjupande frågor om det är något som vi vill höra mer om eller få en förklaring på. Som deltagare har du också möjlighet att delge extra information utöver frågorna om du upplever det vara relevant. Intervjuerna kommer att spelas in både i ljud- och bildfil via Teams, detta på grund av att det automatiskt skapas en bildfil vid inspelningen. Ljudfilen kommer sparas ned och bildfilen raderas direkt efter avslutat intervju.

Möjliga följder och risker med att delta

Vid deltagande kommer du som deltagare inte utsättas för några följder eller risker. Materialet som spelas in kommer att pseudonymiseras, vilket innebär att dina personuppgifter kommer kodas för att förhindra koppling mellan dig som person och dina svar. Din intervju kommer endast vara tillgänglig för de personerna som är involverade i studien. Kodnyckel för pseudonymiseringen förvaras hos författarna i enskild Onedrive-mapp.

Vad händer med mina uppgifter?

Inom ramen för examensarbetet kommer vi att samla in och registrera information om dig. De uppgifter som samlas in i samband med examensarbetet hanteras i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och ansvarig person för dina personuppgifter är Linköpings universitet. Syftet är examination av studerande

som använder uppgifterna i samband med sitt examensarbete. Vem som är ansvarig person för examensarbetet framgår nedan. Det är endast studenter och handledare samt till examensarbetet eventuellt kopplad statistiker (som ska analysera data inom examensarbetet) som har tillgång till de data som samlas in för examensarbetet. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas på så sätt att inte obehöriga kan ta del av dem. Sammanställningen som kommer att presenteras kommer inte att innehålla uppgifter som gör det möjligt att identifiera dig i sammanställningen. Uppgifterna kommer att användas för ovanstående ändamål och i enlighet med detta samtycke. Den rättsliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter är att du har gett ditt frivilliga samtycke. Samtycket är giltigt tills vidare. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta den ansvarige för detta examensarbete. Vi kommer i så fall sluta att behandla uppgifter som vi har samlat in med stöd av detta samtycke i examensarbetet. Vi kommer i så fall sluta att behandla uppgifter som vi har samlat in med stöd av detta samtycke relaterat till examensarbetet. Om dina uppgifter behövs för att slutföra examinationen kommer vi dock inte kunna radera dina uppgifter omedelbart. Vi kommer då att radera eller dem så fort som examinationen är avslutad. Det slutliga examensarbetet kommer att arkiveras enligt svensk lag och kommer att bevaras i som längst två år. Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att få felaktiga personuppgifter om dig själv rättade. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter som kan du kontakta vårt dataskyddsombud via dataskyddsombud@liu.se. Du har även rätt att inge klagomål till Datainspektionen om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Hur får jag information om examensarbetets resultat?
Deltagaren har möjlighet att ta del av data gällande deras egen intervju samt få de sammanställda resultaten av studien i sin helhet. Du som deltagare har ingen skyldighet att ta del av data eller resultat från studien om du inte önskar det.
Deltagandet är frivilligt
Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.
Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för examensarbetet (se nedan).
Ansvariga för examensarbetet
Ansvarig för examensarbetet är:
Martin Karlsson, kontaktas på Marka317@student.liu.se
Otto Fröding, kontaktats på Ottfr831@student.liu.se
Handledare, Jenny Sjödahl. Jenny.sjodahl@liu.se

Bilaga 2 – Muntligt samtycke till deltagande av studie

Intervju # med namn på informant och dagens datum.
Medverkan i intervjun är frivillig och du har möjlighet att avbryta intervjun när som helst. Allt material som sägs i intervjun kommer att hanteras konfidentiellt.
Nu läser vi upp samtycke till deltagande i arbetet.
Detta berör huruvida du har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Du får behålla den skriftliga informationen.

☐ Samtycker du till att delta i examensarbetet *Rehabilitering digitalt för patienter med subacromial smärta*?

☐ Samtycker du till att uppgifter om dig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen avseende examensarbetet?

Bilaga 3 - Intervjuguide

Samtliga intervjuer inleds med att vi studenter presenterar oss och berättar kort om studiens syfte. Idén är att samla in verksamma fysioterapeuters upplevelser kring att använda sig av en digital vårdprocess i stället för vård som sker fysiskt på plats. Vi fortsätter sedan med att informera om att deltagandet är helt frivilligt, deltagaren får när som helst avbryta utan att bli ifrågasatt och att den inhämtade informationen kommer hanteras konfidentiellt.

Kursiv text avser eventuella följdfrågor till ovanstående fråga.

Intervjufrågor:

Vad har du för utbildning? (universitets + påbyggnadsutbildningar inom fysioterapi)

Hur länge har du arbetat som fysioterapeut inom primärvården?

Hur gammal är du?

Vill du berätta om din upplevelse av att arbeta digitalt med patienter innan Axelhjälpen?

Berätta hur du brukade rehabilitera patienter med subacromial smärta på mottagningen innan du startade behandling i Axelhjälpen?

Hur är din upplevelse av att rehabilitera patienter med subacromial smärta digitalt enligt Axelhjälpen?
Upplever du att det finns några utmaningar kring rehabilitering enligt Axelhjälpen, i så fall vilka?
Upplever du att det finns några vinster i att rehabilitera enligt Axelhjälpen, i så fall vilka?

Vill du berätta om hur du introducerades till Axelhjälpen i ditt arbete?

Hur upplever du den tekniska användarvänligheten i Axelhjälpen i ditt arbete med denna patientgrupp?

Hur upplever du att innehållet i Axelhjälpen täcker behovet för patientgruppen?
Känner du att du kan stå för innehållet i Axelhjälpen gentemot patienterna du träffar digitalt?

Finns det något du vill tillägga innan vi avslutar denna intervju, som du upplever inte har fångats upp av frågorna?

<u>Öppna följdfrågor vid behov</u>

- Du nämner att.. Skulle du kunna utveckla det?

- Vad menar du med att..?
- Kan du ge några konkreta exempel på..?
- Varför/varför inte..?
- Hur påverkar detta ditt arbete?
- Finns det något mer du vill nämna, kopplat till denna fråga?
- Har du fler upplevelser du vill beskriva?
- Vill du berätta mer om...?
- Vill du dela med dig av...?