



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

SAHLGRENSSKA AKADEMIN  
ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

# FYSIOTERAPEUTERS UPPLEVELSE AV DISTANSKONTAKT VIA VIDEOLÄNK I PRIMÄRVÅRD

**Lena Zetterberg**

---

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Fysioterapeutprogrammet, FYS 304
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2019
Handledare:	Med dr, Leg Sjukgymnast, Malin Wiklund
Examinator:	Docent, Leg Fysioterapeut, Lena Zidén

# Abstrakt

Examensarbete:	15 hp
Program:	Fysioterapeut
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/ 2019
Handledare:	Med dr, Leg Sjukgymnast, Malin Wiklund
Examinator:	Docent, Leg Fysioterapeut, Lena Zidén
Nyckelord:	Fysioterapi, kvalitativ, primärvård, telerehabilitering, theoretical domains framework, video

---

Bakgrund:	Utvecklingen av digitala vårdtjänster pågår och distanskontakt via videolänk (DV) är en ny vårdkontakt inom primärvårdsrehabilitering i Västra Götalandsregionen. För att stödja utvecklingen behövs kunskap om vilka möjligheter och hinder finns i samband med implementering av DV.
Syfte:	Syftet med studien var att utforska fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av införande av DV i sin arbetsvardag för att identifiera faktorer för fortsatt implementering. Frågeställningen var vilka möjligheter och hinder som fysioterapeuterna har erfarit och därmed få en djupare förståelse om och hur DV påverkar yrkesrollen.
Metod:	Tio semi-strukturerade individuella intervjuer genomfördes. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Theoretical domains framework var utgångspunkt för intervjuguiden och användes som ramverk vid kodning när den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes.
Resultat:	Resultatet redovisas i 12 domäner. Möjligheterna med DV är att effektivisera mötet med patienten, främja arbetsmiljön och se patienten i hans miljö. Det besparar även patienten resor. Identifierade hinder är att få patienterna vilja ha DV och göra en bedömning av patientens behov utan att kunna fysiskt ta i patienten.
Konklusion:	Fysioterapeuterna upplever att DV är ett bra arbetssätt och att yrkesrollen inte har förändrats hittills. För fortsatt implementering framkommer att fler fysioterapeuter erbjuder DV, göra möjligheten till DV känt hos allmänheten. Även administrativt stöd samt stöd och prioritering från ledningen är viktigt vid implementering.

# Abstract

Bachelor thesis: 15 hp  
Program: Physical therapist  
Level: Bachelor  
Term/year: HT/ 2019  
Supervisor: PhD, RPT, Malin Wiklund  
Examiner: Associate Professor, RPT, Lena Zidén

Key words: Physiotherapy, primary care, qualitative, telerehabilitation, theoretical domains framework, video

---

**Background:** The development of digital healthcare services is taking place and telerehabilitation (TR) is a new care contact within primary care rehabilitation in the Region of Västra Götaland. To support the development, knowledge about the enablers and barriers associated with the implementation of TR is needed.

**Aim:** The aim of the study was to explore physiotherapists' experiences of incorporating DV into their work day to identify factors for continued implementation. The question was what enablers and barriers the physiotherapists have experienced and thus gain a deeper understanding if and how DV affects the professional role.

**Methods:** Ten semi-structured individual interviews were conducted. Interviews were audiotaped and transcribed. The Theoretical domains framework directed the interviewguide and was used as a coding framework in the qualitative content analysis.

**Results:** The results has been reported in 12 domains. The enablers with TR are to make the meeting with the patient more effective, promote the working environment and see the patient in their environment. It also saves patient travel. Identified barriers are to get the patients to want TR and make an assessment of the patients without being able to physically touch the patient.

**Conclusion:** Physiotherapists feel that DV is a good way of working and that the professional role has not changed so far. For further implementation, it appears that more physiotherapists offer DV, make the possibility of DV known to the public. Administrative support as well as support and prioritization from management are important.

# Bakgrund

Regeringen och Sveriges kommuner och regioners (SKR) styrelse har gemensamt tagit beslut om en vision för eHälsa (1). Ambitionen är att Sverige, år 2025, ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården. Fysioterapeuternas fackförbund har antagit den nationella utmaningen och har därmed skapat en strategi för eHälsa (2). I denna lyfts vikten av att ”Införandet av nya arbetssätt och teknologier ska vila på evidensbaserad praktik med fokus på upplevd nytta och effekt på hälsa.” Fysioterapeuterna anger vidare att digitalisering utmanar både arbetssätt och professionell kunskap, till exempel att möta en patient på distans och använda en palpationsrobot (3).

Enligt Roger Molin, ekonom och analytiker på SKR, är digitaliseringen en förutsättning för att möta framtida ökande behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med en minskande arbetsför befolkning (4).

Socialstyrelsen kom i november 2018 ut med en rapport som utifrån patientsäkerhet ger rekommendationer om vilka övergripande principer som gäller för att digitala vårdtjänster ska vara lämpligt för vård och behandling (5). Fyra aspekter identifieras; ”utifrån aktuell kunskap ska inte fysiskt möte vara en förutsättning(i), den digitala tjänstens funktionalitet ska vara god (ii), vårdgivaren har tillräcklig information om patientens hälsotillstånd för att ge en god och säker vård (iii) samt nödvändig uppföljning och samverkan med medaktörer är möjlig (iiii)”. I Socialstyrelsens rapport redovisas även resultatet av genomförd litteraturstudie av digitala vårdtjänster ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Två artiklar handlade om fysioterapi i primärvård (6, 7). I studierna jämfördes fysisk bedömning av ryggbesvär med telefonkonsultation i den ena och distanskontakt via videolänk (DV) i den andra. I studien avseende DV framkom stöd för likvärdiga bedömning med hjälp av en webbapplikation jämfört med en fysisk undersökning. Resultatet visar hög reliabilitet och validitet för webbapplikationen.

Den 1 oktober 2019 lämnade Göran Stiernstedt slutbetänkandet av den statliga utredningen Styrning för en mer jämlik vård, Digifysiskt vårdval (8). Bakgrunden är att i uppdraget ingick att särskilt belysa styrning av de ”så kallade nätläkarna” och i resultatet framgick att ”Den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all

hälso- och sjukvård”. Socialstyrelsen har i oktober 2019 publicerat en rapport om digitala vårdtjänster där beskrivs ”Utvecklingen inom området har på kort tid gått i riktningen mot en mer integrerad vård, dvs. en vård som utförs med både digitala och fysiska inslag (benämns ibland som ”digi-fysisk” vård)” (9).

Randomiserade kontrollerade studier, där fysioterapeutisk bedömning eller behandling utförd via DV jämförs med fysiskt möte finns för specifika diagnoser och specifika behandlingsmetoder (10–12). Som exempel har DV visats ha god effekt till exempel vid bedömning av armbågsskada, träning vid multipel skleros, MS och träning efter axelledsoperation.

En litteraturoversikt genomfördes 2019 av Jonsson avseende patienters upplevelse av fysioterapeutisk intervention, DV (13). Patienters upplevelse beskrivs som både positiva och negativa. Framför allt ses DV som ett komplement till fysiska möten. Vidare lyfter Jonsson att fördelarna med DV ansågs vara den höga tillgängligheten till intervention trots långa avstånd till behandlaren. Känslan av empowerment, egenkontroll, ökade för patienter men teknikens funktionalitet lyfts som viktig och distansmötet upplevdes begränsande avseende att fysioterapeuten inte kan undersöka fysiskt och hade svårighet att se hela patienten genom video.

Lawford B et al publicerade 2017 en artikel avseende fysioterapeuters inställning till att patienter med höft- och/eller knäartros behandlas med DV (14). Mer än 200 fysioterapeuter deltog i en enkätundersökning och resultatet var att majoriteten upplevde DV som tidsbesparande (82 %) och kostnadseffektivt för patienten (70%) samt att patientens integritet tillgodosågs (75%). Däremot upplevde endast 14 % av fysioterapeuterna det som en fördel att inte kunna göra en fysisk undersökning av patienterna.

## Primärvårdsrehabilitering i Västra Götalandsregionen

Inom Västra Götalandsregionens vårdval för primärvårdsrehabilitering, Vårdval Rehab, finns från och med 2019 möjlighet till ersättning för DV. Förutsättning är att ordinarie personal på rehabenheten genomför DV med ”sina patienter” efter överenskommelse med patienten (15). Under de första fem månaderna 2019 registrerades 61 DV till fysioterapeut, fördelat på 16 av

totalt 126 rehabenheter inom Västra Götalandsregionens Vårdval Rehab. Under samma period var det totala antalet besök genomförda till fysioterapeut 533 691.

Inom Närhälsan, Västra Götalandsregionens egen regi av primärvårdsrehabilitering, har under 2019 ett projekt pågått kallat RehabOnline. Projektet innefattade ett mindre antal fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logoped, som efter en kort introduktion i tekniken att genomföra DV, inför arbetssätt för DV.

Att ge patienter intervention via DV är ett nytt arbetsområde inom fysioterapi. Inom primärvården är det inte mycket beforskat. För fysioterapeuter innebär DV beteendeförändring, till exempel avsaknaden att kunna fysiskt ta på patienten i bedömning och behandlingssyfte.

## Syfte

Syftet med studien var att utforska fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av införande av DV i sin arbetsvardag för att identifiera faktorer för fortsatt implementering.

Frågeställningen var vilka möjligheter och hinder som fysioterapeuterna har erfarit och därmed få en djupare förståelse om och hur DV påverkar yrkesrollen.

## Definitioner:

### **Ehälsa**

”det innefattar i bred bemärkelse användning av informations- och kommunikationsteknologi med utgångspunkt i Världshälsoorganisationens hälsodefinition” (1).

### **Digitala vårdtjänster**

Socialstyrelsen definierar digitala vårdtjänster i rapporten enligt; ”...omfattar i detta fall alla former av digital kommunikation – både synkront (i realtid) och asynkront (med fördröjning) (5). Några exempel är telefoni, videolänk, chatt, e-post, textmeddelanden, bildmeddelanden och via mobilapplikationer. Tjänsterna kan antingen innehålla algoritmer vars utfall ger direkt återkoppling till patienten eller fungera som beslutsunderlag för hälso- och sjukvårdspersonal. Tjänsterna kan ofta kombineras, till exempel genom att en algoritm föregår en telefonavstämning eller att en chatt följs upp av en videokontakt”.

### **Distanskontakt via videolänk (DV)**

Enligt Socialstyrelsens termbank är definitionen för distanskontakt; ”vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda” och distanskontakt via videolänk är den rekommenderade termen för vårdkontakt med ljud och bild i realtid (16).

### **Theoretical domains framework (TDF)**

Michie et al har tagit fram ett verktyg utifrån beteendeförändringsteorier, theoretical domains framework (TDF) vars syfte är att identifiera möjligheter och hinder med fokus på beteendeförändring i samband med införande av nytt arbetssätt inom hälso- och sjukvården (17). Ramverket har använts för att få en djupare förståelse vilka faktorer som påverkar införande av nya riktlinjer och metoder (18, 19). TDF består av 14 domäner baserad på 33 teorier inom beteendeförändring (17).

## Metod

För att undersöka fysioterapeuters upplevelse av att genomföra DV i primärvården med fokus på möjligheter och hinder valdes en kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer av tio fysioterapeuter genomfördes och granskades deduktivt i enlighet med TDF (22). Enligt Lundman & Graneheim är deduktiv ansats en kodning av text (intervjumaterial) med analys utifrån en teoretisk modell med i förväg utarbetad mall (20).

## Deltagare

En förfrågan gick till Närhälsan och de privata vårdgivarna inom Vårdval Rehab i Västra Götalandsregionen via branschorganisationen PrimÖr Rehab. Närhälsan valde att delta i studien medan de privata vårdgivarna valde att avstå. En förfrågan om deltagande i intervjustudien skickades till de tio fysioterapeuter som deltar i Närhälsans projekt RehabOnline. För att inkluderas krävdes att fysioterapeuten under 2019 haft DV som återbesök efter bedömning vid fysiskt möte alternativt DV som första bedömning. Alla fysioterapeuter tackade ja till deltagande och intervjuades löpande under hösten. Informerat samtycke inhämtades. De intervjuade, varav sex kvinnor, hade en medelålder på 40 år (27–60) och erfarenhet som fysioterapeut var i medeltal 11 år (2–26). Antalet genomförda DV varierade mellan 1–14 besök (medeltal 6). Deltagarna arbetade på sju olika rehabmottagningar, spridning i geografi, stad till mindre samhälle samt olika stora rehabmottagningar.

## Datainsamling

Tio semi-strukturerade individuella intervjuer genomfördes med TDF som utgångspunkt löpande under hösten (22). I Damhus et al studie användes TDF inklusive en utvecklad intervjuguide för att identifiera möjligheter och hinder ur ett beteendeförändringsperspektiv (18). Metoden i Damhus studie svarade väl mot denna studiens syfte. Författaren har därför översatt och modifierat intervjuguiden för att användas vid intervjuerna. I bilaga 3 finns intervjuguiden med domäner och inledande frågor. För att få en djupare förståelse följdes svaren upp med sonderande frågor men även till exempel tystnad enligt Kvale och Brinkman (23). En pilotintervju genomfördes, transkriberades och diskuterades med handledaren. Beslut



togs att intervjun kunde inkluderas i studien och att intervjuguiden fungerade och svarade mot syftet i studien. Författaren höll alla intervjuerna på fysioterapeuternas arbetsplatser i ett enskilt rum. Intervjuerna varade mellan 35 och 60 minuter. Inledningsvis klargjorde författaren definitionen för DV. Intervjuerna spelades in, transkriberades och avidentifierades löpande under hösten.

## Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys genomfördes av de transkriberade intervjuerna. De lästes inledningsvis i sin helhet flera gånger. Därefter plockades meningsbärande enheter ut från intervjuerna. De meningsbärande enheterna analyserades deduktivt och delades in i domäner utifrån ramverket i TDF. I två domäner, beteendeförändring och mål framkom det inte något resultat av betydelse för studien som inte rymdes i de andra domänerna och redovisas därför inte. Om de meningsbärande enheterna hörde hemma i olika domäner har de viktats till den domän som väger tyngst, enligt den guide som tagits fram för forskning med TDF (22). Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna inom varje domän och de fick en kod. Avslutande analys av koderna ledde till kategorier. Se exempel på analysprocess i tabell 1. Redovisning av domänerna och kategorier beskrivs i resultatet med citat från intervjuerna. För att trovärdigheten ska säkras har två kollegor till författaren, en fysioterapeut och en arbetsterapeut tagit del i analysen genom att koda 23 stickprov av citat och jämförts med intervjuarens kodning. De enstaka skillnader i kodningen som uppstod har diskuterats med handledaren och resulterat i reviderad kodning.

Tabell 1. Exempel på analysprocess med meningsbärande enhet, domän, kondenserad mening, kod samt kategori.

Meningsbärande enhet	Domän	Kondenserad mening	Kod	Kategori
Positiva känslor eftersom jag har fått positiv respons av personerna som jag har haft besöket med inte lika stressad för att jag har tid till att koppla ner och sitta å skriva så sett eftersom det i snitt tar 10 minuter istället för ett halvtimmes-bokat besök	Känslor	Inte lika stressad haft tid att skriva	Positiva känslor	Positiva känslor, spännande och minskad stress

man måste vara lite strukturerad och förberedd, du kan inte nån minut innan du ska ha besöket hoppas att hörluren funkar, att din uppkoppling funkar, du får vara lite förberedd, så det kräver förberedelse	Minne, uppmärksamhet och beslutsprocess	Det krävs att vara förberedd och att tekniken fungerar	Förberedd	Fokusera på att hantera digital teknik
--	---	--	-----------	--

## Etiska överväganden

Villkoren för etisk prövning uppfylls inte och är därför inte aktuellt. Etiska överväganden har gjorts utifrån Helsingforsdeklarationen (24) och God forskningssed (25). Informanterna har informerats skriftligt och muntligt om studiens syfte och har samtyckt att intervjun spelas in, skrivs ut och används efter att de blivit avpersonifierade. Information lämnas att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Alla intervjuade fysioterapeuter har skrivit på informerat samtycke (se bilaga 2).

Som ensam intervjuare ställs krav på etiskt och självkritiskt förhållningsätt för att inte trovärdigheten ska äventyras. Med anledning av att uppföljning av rehabenheter är ordinarie arbetsuppgift för intervjuaren så tydliggörs det i samtycke med intervjupersonernas chef att syftet i studien inte är att säkerställa att korrekt registrering inom vårdval genomförts (se bilaga 1).

Att ta vara på de erfarenheter undersökningen kan ge i relation till risken för informanterna har bedömts som värdefull för att stimulera implementering av DV av god kvalitet. Att identifiera behov av utveckling för fysioterapeuter i form av utbildning, stöd och andra förutsättningar är ytterligare nytta som kan komma ur projektet.

# Resultat

Tio genomförda intervjuer har analyserats, kondenserats, kategoriserats och delats in i 12 av 14 domäner enligt TDF. Domänerna och kategorier redovisas nedan och illustreras genom citat<sup>1</sup> direkt hämtade från intervjuerna. Sammanställning av domäner och kategorier redovisas i bilaga 4.

## Kunskap och skicklighet

Domänen avser vilken kunskap och skicklighet som krävs för att genomföra DV på ett tillförlitligt sätt. Tre kategorier identifierades; digital teknik, intresse och pedagogisk kompetens samt trygghet i yrkesrollen.

Fysioterapeuterna upplevde i hög grad att ny teknisk kunskap krävs framför allt för att praktiskt kunna hantera tekniken, till exempel vara trygg i hur webbkamera och skärm fungerar. Även patienterna behöver kunna hantera digital teknik, såsom mobilt bankID och aktuell app för DV.

*man behöver introduktion i systemet, i programmet, så man vet vilken knapp man ska trycka på och hur det digitala väntrummet fungerar och hur man kan växla information, man kan ju skicka över bilder till varandra (h)*

*Det handlar tekniskt hur man ska kolla in i kameran så att man får ett trevligt bemötande som patient. så det inte blir att man kollar ner på patienten som kan bli om man kollar på datorskärmen istället för webbkameran som sitter tio centimeter längre upp men det är sådant som vi har tränat på innan vi satte igång (a)*

Andra förmågor är att ha intresse och en pedagogisk kompetens att förklara och visa på ett annat sätt. Någon lyfte även ökad kunskap liknande den som sjuksköterskorna har när de i telefonrådgivning arbetar med triagering.

När det gäller klinisk erfarenhet så lyfte flera fysioterapeuter att erfarenhet är bra men trygghet i sin roll är väl så viktig. Någon trodde att erfarenhet skulle kunna vara ett hinder, att det kan vara lättare att anpassa sig till ny teknik som nyutexaminerad.

---

<sup>1</sup> Redaktionellt förtydligande anges inom parenteser. Bortklipp del av citat anges ---

*du bör vara trygg i din roll som yrkesutövare, kanske inte alltid att du har mängden år utan snarare trygg i vem du är som behandlare och i den kunskap du har (j)*

## Minne, uppmärksamhet och beslutsprocess

Domänen avser vad fysioterapeuterna upplevde var komplicerat att komma ihåg i samband med DV. Kategorier som identifierades; fokusera på att hantera digital teknik, vara förberedd och nyfiken samt att komma ihåg att erbjuda DV.

Fysioterapeuterna lyfte att fokus till stor del handlar om att hantera digital teknik, hantera dubbla bokningssystem administrativt och vara förberedd för att inte teknikstrul ska förstöra.

*vara lite förberedd, ha med sig grejerna som man har tänkt använda till exempel om man har tänkt använda gummiband till någon övning man ska visa, att man kanske har med sig det och inte gör som vi gör när vi är i behandlingsrummen, att man springer ut och hämtar och så springer tillbaka. Det känns lite så där när man har ett digitalt besök att bara lämna rummet så det känns som man vill vara lite mer förberedd och ha alla grejer med sig som man behöver (c)*

*Det komplicerade är att det är två olika kalendrar, nu får man ju boka i appen eller på nätet och samtidigt ska jag ha patienten bokad på min kalender på datorn det är det här som är rörigt tycker jag, att jag behöver boka ett extra besök, det är samma om de nu inte skulle kunna komma så behöver de också bokas av på två ställen så administrationen behöver ha koll på olika kalendrar (i)*

Det är även viktigt att vara förberedd, intresserad och nyfiken för att mötet ska bli bra och anamnesformulär är ett verktyg som används för att fånga det som annars naturligt fångas på väg till behandlingsrummet.

*man kan inte på samma sätt riktigt se hur patienten rör sig, utan du sitter egentligen redo de är redo för att diskutera det som är problemet så man kan egentligen inte se. Har dom ont eller rör dom sig konstigt eller är det nåt annat, eller hur mår dom rent psykiskt. Dom kan ju förstå sig framför kameran och säga att allt är bra så om du då inte frågar vidare så är det klart att du missar det, om du ska koppla tillbaka till det du fråga du kan ju missa nyanser om du inte frågar så det gäller att vara nyfiken ... spännande det här, för jag har inte tänkt på det själv, ja, bra, men så tror jag det är (j)*

Att få rutin och komma ihåg att erbjuda DV är något som fysioterapeuter lyfte.

*det är ingen rutin än så länge, att det ska vara för oss i rehab ännu, så märker jag själv att jag glömmer dels av att, det här kan vi erbjuda, vilket gör att man kanske tappar flera som egentligen hade tyckt det var bra och det är bara för att man är inne i sitt gamla (g)*

## Omgivningsfaktorer och resurser

Domänen identifierar förutsättningar för DV avseende funktionalitet, miljö och resurser. Fem kategorier identifierades; bra lokal och fungerande digital teknik, patientens miljö påverkar, behov av administrativt stöd och stöd från ledningen, fler fysioterapeuter behöver erbjuda DV och skapa medvetenhet hos allmänheten om DV.

Bra lokal och fungerande digital teknik var väsentligt. Erfarenheterna varierande mellan fysioterapeuterna och det uttrycktes förslag på förbättringar.

*om jag tänker rent fysiska resurser med rum och teknisk utrustning, wifi och hela den biten så har det funkade jättebra (f)*

*man skulle kunna ha en stor skärm istället för att stå med den här lilla och göra det mycket bättre rent tekniskt så blir det en bättre liksom upplevelse för patienten lite mer proffsig (i)*

Patientens miljö var också den viktiga och anhörigas delaktighet lyftes som en resurs.

*familjemedlemmar runt om har sett det som en positiv del i det hela för att dom kan höra vad jag säger för att kunna hjälpa patienten i fråga vidare i rehabilitering (a)*

*utifrån patientens miljö så är det viktigt att dom också befinner sig i en lugn miljö där det inte är för mycket brus och liknande, det är framförallt för att vår kommunikation ska bli bättre sen är det ju upp till patienten själv om dom vill ha folk runtomkring sig som hör vad vi diskuterar om (a)*

Fysioterapeuterna lyfte även vikten av att ledningen bekräftade att införa nytt arbetssätt tar tid i anspråk. Delaktighet från cheferna för stöd och motivation att implementera ett DV var viktigt.

*om chefen tycker att det är någonting vi ska gå vidare och jobba med, att man får uppmuntran och stöd därifrån, att man får tidsmässigt den möjligheten också, så att det inte blir att det är något som ska tryckas in utöver, utan att det faktiskt ingår i min arbetstid så att det får vara istället för ett vanligt återbesök (f)*

*beteendeförändringar ska nog ske högre upp i organisationen, --- jag tror att vi måste få med alla uppifrån först så ...dom vet vad det handlar om, så dom kan säga, nämen så här mycket tid ska vi lägga på det eller så här ska vi inte (j)*

Att patienterna ska känna till att DV är en möjlighet såg fysioterapeuterna som nödvändigt. Det kan stimuleras dels genom marknadsföring men även att fler medarbetare erbjuder DV och att det är en stående punkt på enhetens gemensamma möten. Administrativt stöd med bokning och instruera patienten i tekniken lyftes som en önskvärd förändring.

*att patienterna vet det är någonting som man kan få och att det inte bara är jag som har utbildningen på mottagningen, att man utbildar alla på mottagningen sätter upp det så att patienten själv kan välja (g)*

*Ft: även om jag kan bedöma att ett digitalt besök kan vara rimligt så ser man att man bara har tre minuter kvar på besöket till när jag behöver träffa nästa person och då drar jag mig för att säga det, för att då blir det stressigt i mitt eget schema att hinna med nästkommande patient*

*I: För du måste förklara hur:et?*

*Ft: Ja Det är ingen annan som gör det på den här mottagningen så det jag som får instruera och visa och be personen ladda ner appen och liknande (a)*

## Sociala influenser/attityder

Domänen avser vilka attityder fysioterapeuterna mötte från kollegor och resulterade i en kategori; övervägande positiva.

Fysioterapeuternas upplevelser av kollegors attityder var övervägande positiva, nyfikna men också skeptiska. Någon upplevde att äldre kollegor hellre ville använda telefonkontakt för att inte patienterna ska behöva betala patientavgift.

*de flesta är positiva till vissa delar av det, men en del är också väldigt skeptiska till om det verkligen blir tillräckligt bra (h)*

## Professionell roll och identitet

Domänen avser fysioterapeuternas upplevelsen av på vilket sätt DV påverkat professionell roll och identitet. Två kategorier identifierades; ingen förändring men ser i framtiden mer coachande roll samt yrket är fysiskt därför en risk med bedömning digitalt.

Fysioterapeuterna upplevde inte att deras professionella roll och identitet har förändrats efter att de använder sig av digitala vårdmöten med patienter.

*Tycker inte det (rollen) har förändrats så sätt utan de är mer att jag ser att det verkligen finns möjligheter kring att göra vården mer tillgänglig så sätt utan att det blir*

*ett ökat stressmoment generellt i vardagen för en fysioterapeut, men utifrån min egna aspekt så tycker jag inte att jag har förändrats eller ändrat någonting (a)*

Någon såg att DV i framtiden kan leda till en utveckling av yrkesrollen, till att bli ytterligare mer coachande. Någon lyfte att rådgivning till patient kommer att öka och det kan bli en framtida inriktning på utbildningen. Däremot trodde flertalet inte att DV kommer att förändra vilka som söker utbildning till fysioterapeut.

*annan definition av sjukgymnast, att det är mycket mer rådgivning, bara ren rådgivning att man kan renodla det digitalt. Att man kan lätt tänka sig att vårt yrke blir mer synligt kanske hur mycket vi ger råd, hur verbala vi är egentligen och att de kan bli en inriktning i utbildningen (d)*

Någon uttryckte att det finns en risk att tyngden i bedömningen urholkas med för stort nyttjande av DV, då fysisk undersökning av patient är viktig.

*...det är ett fysiskt arbete vi har och vi behöver träffa personer öga mot öga för att få en fysisk bild kring olika besvär, axelbesvär knäbesvär och liknande. Så jag tycker inte att man ska dra det allt för långt så att majoriteten ska vara digitala besök för då tror jag att vi går ifrån vår profession faktiskt (a)*

## Tro på förmåga

Domänen avser fysioterapeuternas upplevelse av sin förmåga att genomföra DV. Fyra kategorier identifierades; nöjd med dialog och förmåga att visa övningar, svårigheter att bedöma utan fysisk undersökning, ovana att använda den digitala utrustningen och svårighet att få patienter att vilja ha DV.

Fysioterapeuterna var i hög grad nöjda med sin förmåga att genomföra DV. Till exempel förmågan att visa övningar och kunna ha en bra dialog med patienten.

*I: vad är du nöjd med, om du berättar  
Ft: ja men dels att det kändes som att vi fick till en bra dialog på samma sätt som man får vid ett fysiskt möte och att det funkade bra att visa övningar för det tänkte jag med kameran att hur ska det här gå, men jag tyckte faktiskt att man fick till det bra, jag tyckte det mesta det flöt på och jag tror det är mest tekniken man är lite orolig för att det ska strula men sen när man väl är igång och pratar så tycker jag att det funkar bra (c)*

Fysioterapeuterna berättade om svårigheter att vid DV kunna göra bedömning utan att fysiskt undersöka patienten, vilket ibland kunde leda till fysiskt besök. Någon upplevde det ovant att använda kameran och hantera digital teknik.

*det var ett nybesök som jag inte tyckte jag var helt nöjd med---och det var en sådan patient där jag kände att jag inte får riktigt kontakt över det här digitala, jag får inte riktigt grepp om helheten, jag är inte säker på att vi förstår varandra så vi det tillfället valde jag att boka in ett fysiskt besök ganska snart igen men det är nog den som jag inte har varit nöjd med (e)*

*sen kommer det svåra när man ska göra en sorts bedömning på det där, det är då man normalt kanske går in och testar av lite grann det kan man inte göra riktigt, där kommer utmaningen (h)*

Fysioterapeuterna upplevde i hög grad en svårighet att få patienten att vilja ha ett DV istället för ett fysiskt besök.

*Det svåra var som sagt att få patienter --- att vilja göra det här man känner sig lite som en säljare man försöker sälja att "ja men ska vi inte pröva"(ft) "nej, jag kommer hellre hit"(patient) (i)*

## Förväntningar

Domänen avser vilka förväntningar fysioterapeuterna hade på DV i sin vardag, när det är lämpligt. Kategorierna i denna domän är två; bra arbetssätt för rätt patient och optimister men patienterna är tveksamma.

Alla upplevde sig vara optimister avseende inställning till DV men lyfte att patienterna var tveksammare än förväntat. Fysioterapeuterna upplevde att DV är ett bra arbetssätt och förväntningar på när DV är en lämplig vårdkontakt är framför allt uppföljningar med justering av träningsprogram.

*men överlag ändå optimist jag tycker att det är ett bra verktyg och ett bra arbetssätt i dom situationerna när det funkar (f)*

*det är väldigt smidigt för oss, ett sådant besök går snabbare än vad ett fysiskt besök gör och tillgängligheten att det är bättre både för patienterna och för oss, för många har ju arbeten och det är inte jättelätt att gå ifrån, det här att transportera sig med bil hit, sen vara här en halvtimme och sen bil tillbaka till arbetet, det går åt ganska mycket tid för dom, så på så sätt tänker jag att det är bättre även för dom, att dom sparar tid (c)*

*jag kan inte se att det skulle vara inaktuellt för någon på det sättet, jag tror att varje individ på nått sätt skulle ha nytta utav det (g)*



För patienter med nedsatt syn eller i behov av tolk är det inte aktuellt. När det gäller nybesöksbedömningar råder olika uppfattningar. Några upplevde att ett första besök med patienten fysiskt är viktigt andra menade att ett första besök skulle öka möjligheten att patienten väljer DV. Några lyfte att nyopererade patienter i behov av uppföljning är en lämplig patientgrupp.

*det blir bättre om man får göra det som ett första besök. Jag tänker att patienterna som vill ha lite information, men jag vill ändå visa vad mitt besvär är, men inte att jag behöver kontakten på plats, att man kan erbjuda dom att ha det som ett första besök då tror jag det är bra för oss för då kanske det kommer in patienter som då själva har valt det, det kommer från patienten, vi får lov och ta besöken vilket gör att vi liksom får mer rutin på det och kan erbjuda som en återbesöksversion också (g)*

### Konsekvenser – möjligheter

Domänen avser vilka möjligheter fysioterapeuterna ser med att använda DV i sin vardag. Fyra kategorier identifierades; effektivitet både för behandlare och patienter, uppgradering av telefonkontakt med patient, arbetsmiljön kan påverkas positivt och att se patienten i sin miljö.

Fysioterapeuterna ser många möjligheter med DV, exempelvis effektivitet både tidsmässigt för behandlare men också för patienten som inte behöver resa. De upplevde en uppgradering av telefonkontakt med patient.

*nå patienter som inte har möjlighet att ta sig hit av olika anledningar om det beror på tid eller att dom inte fysiskt har möjlighet att ta sig hit och där telefonbesök inte kan ersätta besöket utan att man ändå behöver se patienten (f)*

*att det går att tidseffektivisera det för oss som behandlare, att man får bort det här att gå in i rummet att hänga av sig jackan dom döminuterna --- att man kanske kan träffa någon extra istället (e)*

Även arbetsmiljön för fysioterapeut kan påverkas positivt. Effektivare och kortare möten med patienten kan ge utrymme för administration eller återhämtning.

*så inser jag, att jag är inte lika stresstålig eller orkar lite mycket, så jag tänker nog såhär att ha online-återbesök kan skapa tid för att kunna orka med arbetet (j)*

De såg även möjlighet att triagera och att kunna se patienten i sin miljö. Att utveckla DV till patientutbildning i grupp var ytterligare en framtida möjlighet.

*så kan vi ta en kort konsultation kanske börja ge lite råd att de kan börja med de här grejerna och sen boka in ett möte lite längre fram så man då kan prioritera vilka patienter som måste komma in snabbast på ett fysiskt besök (e)*

*jag ser väldigt stora möjligheter i att kunna se en patient på en arbetsplats, alltså istället, tidigare kunde man ha arbetsplatsbesök, det finns inte längre, men att se en patient i en sådan situation skulle kunna underlätta för att förstå vad det är för besvär patienten har. Kanske lättare justera vad det är som behöver göras (b)*

## Konsekvenser - svårigheter

Domänen avser vilka svårigheter fysioterapeuterna ser med att använda DV i sin vardag. Fem kategorier identifierades; att patienterna hellre kommer till mottagningen, att inte kunna undersöka patienterna fysiskt, begränsningar i den digitala utrustningen, patienter med särskilda behov och lägre ersättning är ett hinder.

Svårigheterna som alla fysioterapeuter lyfte var att tillfrågade patienter i hög grad hellre ville komma till mottagningen.

*det har varit ganska svårt att få patienterna att vilja ha det här med digitalt för de bor ganska nära så dom tycker "nej jag kan ta mig dit det är lättare att göra det än att ladda ner den här appen och fixa det här" (i)*

De lyfte även tekniska begränsningar och fysioterapeutens behov av att kunna ta i patienten vid behandling och undersökning. Även för patienter med särskilda behov som till exempel nedsatt syn. Någon menade att den idag en tredjedel lägre ersättning för DV jämfört med fysiskt besök är ett hinder.

*vi har ett väldigt fysiskt yrke man vill ofta känna och ibland kanske bara för att stärka sin egen hypotes men att den delen försvinner och sen patienter som man inte haft tidigare, vissa funkar jättebra att få kontakt med, men upplever nog ändå det kan vara lite svårare att få kontakt och få en helhetsbild (e)*

## Förstärkning

Domänen avser vilka faktorer motiverar fysioterapeuterna att använda DV i sin vardag. Tre kategorier identifierades; effektivitet och patienten slipper resa, ge utrymme för reflexion, bättre arbetsmiljö samt nytt och spännande.

Samtliga fysioterapeuter lyfte att effektivitet och att patienten slipper resa är det som motiverar dem. Någon framhöll även klimatperspektivet.

*enkelhet, jag tror att alla inte behöver komma rent fysiskt till mig och dom som behöver kan jag då lägga mer fokus på (j)*

*klimatmässigt är det helt klart positiva... eller det är bra, för man behöver inte åka från Göteborg för att göra ett återbesök och sedan åka tillbaka 10 mil extra, det behöver man inte (j)*

*när jag tycker att nu vore det bra för den här patienten om den inte träffar mig något mer för nu klarar den sig så bra själv så att man liksom kan ha det som en fas i avslutningsprocessen (f)*

Fysioterapeuterna lyfte också att det är nytt och spännande, att det var viktigt att följa med utvecklingen men också att ersättningen från 2020 kommer att vara lika som vid ett fysiskt besök. Någon lyfte att kan det kan skapa utrymme, tid för reflexion och en bättre arbetsmiljö om det inte bara leder till att ta fler patienter.

*Jag tycker det är kul med nya saker, jag tycker det är roligt att försöka se möjligheterna i saker som är nya och jag tror att man behöver på något sätt följa med i den utveckling som är och så får man hitta sina egna vägar och göra det på det viset som det är möjligt (b)*

*om jag kan påverka min egen arbetssituation, en fördel om man ser att mötena blir mer korta, koncisa, att det blir mer effektivt att det inte bara blir att jag ska ta tjugo istället för tio men att de också kan liksom ge mig lite space --- det är ingen kritik av enheten för vi trivs, men stanna upp och kanske få läsa, få förkovra sig i något --- så bättra arbetsmiljön på det sättet (d)*

## Intentioner

Domänen avser hur viktigt det är att använda DV, hur ofta fysioterapeuterna föreslår DV. Två kategorier identifierades; ökad arbetsbelastning och patienternas tveksamhet minskar användandet samt fysioterapeutens aktuella patienter.

Intentionerna att erbjuda DV till patienterna var något som varierade för fysioterapeuterna. Initialt när projektet startade var det aktuellt och erbjöds i hög grad men när patienter hellre kom till mottagningen eller att arbetsbelastningen ökade så minskade uppmärksamheten på DV. Det påverkades även av vilka patienter som fysioterapeuten har, om DV var aktuellt.

*när vi började med projektet, så var det fokus på det, det var hajp och vi var laddade och sen kom vardagen med våren, med mycket besök, och då gick jag tillbaka till det som är tryggt och det var som jag alltid har jobbat så att jag kan nog säga att jag gör mycket mindre nu än jag gjorde i början, sen har jag inte just nu den typen av patienter där det har varit så (j)*

## Känslor

Domänen avser vilka känslor som fysioterapeuterna upplevde i samband med digitala vårdmöten. Två kategorier identifierades; positiva känslor, spännande och minskad stress samt osäkerhet och stress.

Fysioterapeuternas känslor var i hög grad positiva. Dels spännande och kul, men även minskad stress och skönt med distans någon gång.

*det är lite stimulerande när det pirrar lite i magen, och det blir som en liten happening varje gång så jag är ganska positiv, det känns ganska roligt (h)*

*jag är en känslomänniska, så jag kanske inte blir lika dränerad av ett digitalt besök, när det blir ett fysiskt filter, vilket jag inte har under ett fysiskt besök, så jag kan kanske känna att jag ger mer av mig själv som person i ett fysiskt besök så jag är nog tröttare efter ett fysiskt besök än efter ett digitalt besök tror jag, intressant det har jag inte tänkt på faktiskt men så är det nog... Det är nog egentligen positivt faktiskt med digitalt besök och skapa lite distans för att jag är en så inkännande person från början hade jag inte varit det så är det dumt med ett extra filter tänker jag men just för mig så är det nog kanske bra faktiskt, spännande (f)*

Det fanns även en osäkerhet och ökad stress över när det var dags att avsluta mötet eller om tekniken krånglade.

*en osäkerhet när det är lagom att avsluta det, som aldrig finns liksom när man ses fysiskt, där känner jag att oftast så fångar man upp någonting i mötet i rummet, så att verkligen hålla kvar tills jag känner att patienten är färdig och inte avslutar för fort (b)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Valet av intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys gjordes för att få en djupare förståelse av fysioterapeuternas upplevelse. För att identifiera möjligheter och hinder vid implementering av nya arbetssätt finns ett validerat ramverk av teoretiska domäner, theoretical domains framework (TDF) (17, 21). Det grundar sig på teorier inom beteendeförändring. Intervjuerna har utgått från detta ramverk. Se bilaga 3. En styrka i studien är att använda ett validerat teoretiskt ramverk, TDF, då frågeställningen var att identifiera möjligheter och hinder för implementering av DV. Att utgå från ramverket avseende intervjufrågorna med uppföljande frågor har bidragit till att belysa många aspekter avseende fysioterapeuternas upplevelser av att införa ett nytt arbetssätt.

En styrka med studien är att fysioterapeuterna hade genomfört olika antal DV. Deltagande fysioterapeuter har också variation i erfarenhet, ålder och kön vilket är värdefullt för trovärdigheten. Variation föreligger också var mottagningarna är placerade, storstad, kranskommun men även glesbygd.

En svaghet med urvalet är att inga privata vårdgivare valde att delta i studien och alla deltagande fysioterapeuter arbetar i samma koncern och deltar i projektet Rehab Online. Detta kan ha begränsat resultatet då olika vårdgivare kan haft ytterligare erfarenheter. En alternativ metod för kontakt med de privata vårdgivarna kunde varit att tagit personlig kontakt med alla som registrerat DV. Trots att inga privata vårdgivare deltog i studien kan överförbarheten av resultatet vara hög, detta då ingen rehabenhet bedriver DV i hög utsträckning.

Det är ett mindre antal fysioterapeuter som intervjuats. De är alla i framkant och deltar i utveckling av nya fysioterapeutiska metoder, att delge svårigheter såväl som framgångsfaktorer kräver mod och resultatet har krävt ansvarsfull hantering, bland annat genom att undvika att personerna som deltagit identifieras, konfidentialitet har säkerställts. Att få möjlighet att berätta om erfarenheter och upplevelser samt reflektera över sin yrkesroll har gett möjlighet till egen utveckling.

Författaren har inte själv arbetat med DV vilket ses som en styrka då det varit viktigt att förhålla sig neutral till fysioterapeuternas upplevelser för att inte påverka resultatet.

Författaren arbetar inte i verksamheten vilket kan bidra till att fysioterapeuterna fritt kan berätta om sina upplevelser. Vid de sista två intervjuerna framkom ingen ny information vilket pekar på datamättnad.

Det kan vara en svaghet i studien att författaren varit i huvudsak ensam i analysarbetet. I artikeln som är en guide för att använda TDF lyfter författarna svårigheter med att koda meningsbärande enheter i domänerna (22). För att öka trovärdigheten har i analysen två kollegor genomfört analys av 23 utvalda stickprov av citat och delat in dessa i domäner och handledaren har deltagit i diskussion för att få samsyn vid de fåtal olikheter som uppstod.

## Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie har redovisats i 12 av 14 domäner enligt TDF.

Enligt guiden till TDF är ett analyssteg att identifiera de mest betydande domänerna för att identifiera hinder och möjligheter med betydelse för att implementera DV (22).

Studien har visat att fysioterapeuterna som använt DV är optimistiska och har en positiv attityd till att DV är ett bra arbetssätt för rätt patient. Alla fysioterapeuter anser att DV bör vara en del av den ordinarie vården vilket också Göran Stiernstedts utredning har visat (8). Alla lyfter att DV framför allt är bra vid återbesök efter ett första fysiskt besök. Detta har också visats i tidigare studier (13, 18, 19).

Fysioterapeuterna har olika syn på om patienten ska erbjudas DV som ett första besök. Flera lyfter svårigheter att göra en första bedömning utan att fysiskt undersöka patienten. Någon annan fysioterapeut anser att fler patienter kommer att välja DV om det är enkelt att boka själv på nätet som ett första besök. Det framkommer även att om patienter kan välja DV för sitt första besök kan arbetssättet utvecklas genom triagering så patienter som behöver besök på mottagning kan prioriteras. Någon fysioterapeut menar att det är viktigt att förhålla sig till Socialstyrelsens rekommendationer för vad ett DV ska innehålla så att det inte endast blir rådgivning (5). Författaren ser svårigheter med att patienter kan ha ett DV som första besök, dels för att det i hög grad behövs fysisk undersökning vid ett första besök för att besöket inte enbart ska innehålla generella råd vilket inte motsvarar ett besök.

Fysioterapeuterna ser flera möjligheter med DV som ytterligare ett verktyg i patientarbetet. Effektivitet för behandlaren kan påverka arbetsmiljön för fysioterapeuten genom att DV skulle kunna utföras på distans även för behandlaren. DV tar kortare tid jämfört med ett fysiskt besök vilket kan ge utrymme för patienter med behov av längre tid på mottagningen. Alternativt kan tiden användas till reflexionstid och kvalitetsutveckling i högre grad vilket främjar arbetsmiljön, men det fanns också farhågor att effektiviteten skulle leda till att enbart ta fler patienter, ”springa fortare”. Rimlig prestation är något som ledningen behöver ta ansvar för.

Att kunna se patienten i hans miljö ses som något positivt och patienterna slipper resa, vilket även är värdefullt ur klimatsynpunkt. Minskat resande har visats i tidigare studier och i Jonssons litteraturgranskning av patienters upplevelse av DV i hemmet visar att flertalet patienter upplevde eliminerad restid positivt (13, 18, 19).

Identifierade hinder var att vid bedömning inte kunna undersöka patienterna fysiskt, vilket också visats i tidigare studier (14, 18, 19). Dessutom lyfte fysioterapeuterna svårigheter med att patienterna i hög grad föredrog att komma till mottagningen istället för DV.

Fysioterapeuterna själva hade olika förklaringar till vad det kunde bero på, bland annat att det inte var känt hos patienterna, digital ovana, socialt trevligt att komma till mottagningen samt en förväntan att fysioterapeuter behöver fysiskt ta i patienterna. Att vidare undersöka orsakerna återstår.

För att kunna utföra DV krävs att praktiskt kunna hantera digital teknik såsom webbkamera och programvara. Däremot ansågs lång erfarenhet som fysioterapeut inte nödvändig, även om det var viktigt att vara trygg i sin roll och nyfiken, kreativ att hitta lösningar som till exempel att visa övningar framför kameran. För att stärka införandet av DV är det värdefullt om fysioterapeututbildningen skapar förutsättningar för studenterna att vara bekväm med digital teknik och kunna genomföra ett patientmöte framför skärm.

Fysioterapeuterna anser att digital teknik fungerar bra men det finns utvecklingsmöjligheter avseende omgivningsfaktorer och resurser, till exempel kan webbkamera och datorskärm

utvecklas för att lättare uppleva ögonkontakt vid mötet. Att internetuppkoppling och behandlingsrummet fungerar är väsentligt både för fysioterapeuten men även för patienten, där hen väljer att ha sitt DV. Tidigare studier har visat att välfungerande digital teknik är viktigt (26). Att hantera dubbla bokningssystem och att fysioterapeuterna själva introducerar patienten i tekniken lyfts som tidskrävande och en orsak till att DV inte erbjuds i önskad omfattning. Att få administrativt stöd lyfts av flertalet fysioterapeuter. Det visade sig även i tidigare studier (13, 18, 26).

Det som fysioterapeuterna identifierade som viktigt för att implementera DV inom Vårdval Rehab var att flertalet fysioterapeuter erbjuder DV och marknadsföring till allmänheten genomförs. Att ledningen ger stöd och prioriterar arbetssättet sågs som en framgångsfaktor. Enligt Dannapfel et al har ledarskapet betydelse för implementering av evidensbaserade riktlinjer för fysioterapeuter, vilket kan vara indikation på att det kan gälla även vid införande av nytt arbetssätt (27).

### Tillämpning av resultaten

Resultatet visar möjligheter och hinder vid införande av ett nytt arbetssätt, DV inom fysioterapi. Resultatet kan därför vara värdefullt för aktörer som vill stimulera digitalisering inom rehabilitering i primärvård. Resultatet kan vara ett stöd för Närhälsan men även andra vårdgivare inom rehabilitering för att identifiera faktorer som påverkar implementering av digitala vårdmöten.

### Förslag på fortsatt forskning

DV är ett nytt arbetssätt och i Sverige inom primärvårdsrehabilitering är det ännu inte en vanligt förekommande vårdkontakt. Denna intervjustudie undersöker fysioterapeuters upplevelser av DV inom primärvård. Det skulle vara värdefullt att undersöka patienters upplevelse av DV men även orsaker till att flertalet patienter hellre vill komma till mottagningen.

Det finns även behov av att undersöka om DV är effektivt och att resultatet blir bra för patienten. Att göra jämförande studie mellan patienter som fått intervention genom enbart



fysiska besök och patienter som fått en kombination av DV och fysiska besök, men även undersöka om antalet besök per patient förändras med nytt arbetssätt.

## Konklusion

Resultatet av studien visar att alla fysioterapeuterna upplever att DV är ett bra ytterligare verktyg. DV effektiviserar mötet med patienten och kan främja arbetsmiljön. Det besparar patienten resor till mottagningen och fysioterapeuten kan se patienten i hans miljö.

Det tydligaste hindret är att få patienterna att vilja ha DV, de föredrar ännu i hög grad att komma till mottagningen. Ytterligare hinder är att göra en bedömning av patientens behov utan att fysiskt kunna ta i patienten.

Fysioterapeuterna upplever inte att yrkesrollen har förändrats hittills med anledning av DV men såg en risk att bedömningen urholkas om DV används i för hög grad. Att rollen i framtiden utvecklas att bli än mer rådgivande och coachande lyftes.

För fortsatt implementering framkommer vikten att fler fysioterapeuter erbjuder DV, att göra möjligheten till DV känt hos allmänheten, utveckling av teknisk utrustning och fortsatt stöd och prioritering från ledningen. Fortsatt forskning behövs för att tydliggöra när DV är lämpligt.

## Tillkännagivanden

Författaren vill tacka alla medverkande fysioterapeuter som så öppet och generöst har delat med sig av sina upplevelser av DV i sin kliniska vardag.

Författaren vill också tacka Malin Wiklund, för handledning, stöd, uppmuntran och givande diskussioner om digitalisering inom fysioterapi samt de två kollegor som deltagit i analysarbetet.

## Referenslista

1. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. Stockholm: Regeringskansliet; 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2016/03/overenskommelse-om-vision-e-halsa-2025/>
2. Fysioterapeuterna. Utveckling pågår Fysioterapeuternas strategi för e-hälsa och digitalisering. Stockholm: Fysioterapeuterna; 2018. Hämtad från: [https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/om\\_forbundet/e-halsa-folder2018.pdf](https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/om_forbundet/e-halsa-folder2018.pdf)
3. Eriksson L. Telerehabilitering: sjukgymnastik på distans i hemmet (Doktorsavhandling på Internet). Luleå: Institutionen för hälsovetenskap; 2011 (citerad 10 Juni 2019) Hämtad från: <http://ltu.diva-portal.org/smash/get/diva2:999898/FULLTEXT01.pdf>
4. Molin R. Effektiviseringsutmaningen-sammanfattning (Internet). Stockholm: Nätverket hälsa och demokrati; 2017 (citerad 10 Juni 2019). Hämtad från: <http://www.natverken.se/media/8008/roger-molin-effektiviseringsutmaningen-sammanfattning-nhd-170420.pdf>
5. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. 2018-11-2. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>
6. Palacin-Marin, F, Esteban-Moreno, B, Olea, N, Herrera-Viedma, E, Arroyo-Morales, M. Agreement between telerehabilitation and face-to-face clinical outcome assessments for low back pain in primary care. Spine (Phila Pa 1976). 2013;38(11):947-52.
7. Salisbury, C, Foster, NE, Hopper, C, Bishop, A, Hollinghurst, S, Coast, J, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. Health Technol Assess. 2013;17(2):1-157.
8. Regeringen. Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet Stockholm: Regeringskansliet; 2019. SOU 2019:42. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/10/sou-201942/>
9. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. 2019-10-6431. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-10-6431.pdf>
10. Lade H, McKenzie S, Steele L, Russell TG. Validity and reliability of the assessment and diagnosis of musculoskeletal elbow disorders using telerehabilitation. J Telemed Telecare. 2012 Oct;18(7):413-8.
11. Dlugonski D, Motl RW, Mohr DC, Sandroff BM. Internet-delivered behavioral intervention to increase physical activity in persons with multiple sclerosis: Sustainability and secondary outcomes. Psychol Health Med. 2012;17(6):636-51.
12. Eriksson L, Lindström B, Gard G, Lysholm J. Physiotherapy at a distance: a controlled study of rehabilitation at home after a shoulder joint operation. J Telemed Telecare. 2009;15(5):215-20.
13. Jonsson Marika. Litteraturoversikt om patienters upplevelse av fysioterapeutisk behandling genom distanskontakt via videolänk (Examensarbete internet), Luleå:

- Institutionen för hälsovetenskap; 2019 (citerad 10 Juni 2019) Hämtad från:  
<http://ltu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1291088&dswid=9341>
14. Lawford BJ, Bennell KL, Kasza J, Hinman RS. Physical Therapists' Perceptions of Telephone- and Internet Video-Mediated Service Models for Exercise Management of People with Osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018 Mar;70(3):398-408.
  15. Västra Götalandsregionen. Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2019 (Internet). Vänersborg: Vårdgivarwebben; 2018 (citerad 10 Juni 2019) Hämtad från:  
<https://www.vgregion.se/vardvalrehab>
  16. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank (Internet). Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 (citerad 10 juni 2019). Hämtad från:  
<http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=780&SrcLang=sv>
  17. Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence-based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(1):26–33.
  18. Damhus CS, Emme C, Hansen H. Barriers and enablers of COPD telerehabilitation - a frontline staff perspective. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018 Aug 17;13:2473-82.
  19. Goddard SL, Lorencatto F, Koo E, Rose L, Fan E, Kho ME, Needham DM, Rubenfeld GD, Francis JJ, Cuthbertson BH. Barriers and facilitators to early rehabilitation in mechanically ventilated patients—a theory-driven interview study. *J Intensive Care*. 2018 Jan 23;6:4.
  20. Granskär M, Höglund Nielsen B (red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2017.
  21. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7(1):37.
  22. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, Foy R, Duncan EM, Colquhoun H, Grimshaw JM, Lawton R, Michie S. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 2017 Jun 21;12(1):77.
  23. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun Studentlitteratur Lund, 2014.
  24. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (Internet). WMA; 1964 (senast uppdaterad oktober 2013, citerad 10 Juni 2019) Hämtad från:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
  25. Vetenskapsrådet. God forskningssed (Internet). Stockholm: Vetenskapsrådet; 2017. 978-91-7307-352-3 (citerad 10 Juni 2019) Hämtad från: <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>
  26. Brouns B, Meesters J L, Wentink M, de Kloet A J, Arwert H J, Vliet Vlieland T P M, Boyce L W, van Bodegom-Vos L. Why the uptake of eRehabilitation programs in stroke care is so difficult—a focus group study in the Netherlands. *Implement Sci*. 2018; 13:133.
  27. Dannapfel P, Peolsson A, Nilsson P. What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implement Sci*. 2013; 8:31.

# Bilagor

## Bilaga 1



## SAHLGRENSKA AKADEMIN ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

### Brev om samtycke till Primärvårdschef Rehab Helen Jarl

Jag är student vid Fysioterapiprogrammet vid Göteborgs Universitet och planerar göra en kvalitativ intervjustudie inom ramen för min c-uppsats.

Ämnet är Fysioterapeuters upplevelse av distanskontakt via videolänk inom primärvård.

Syftet är att undersöka fysioterapeuters upplevelser av distanskontakt via videolänk med patienter inom Vårdval Rehab. Fokus kommer att vara på möjligheter och svårigheter av att införa ett nytt arbetssätt.

Metoden är att göra en kvalitativ intervjustudie av ett antal fysioterapeuter som deltar i Närhälsans pågående projekt RehabOnline. Planen är att varje intervju kommer att ta upp till en timme. Intervjuerna kommer att äga rum individuellt, spelas in, transkriberas och avidentifieras. I analysarbetet kommer intervjuerna att analyseras och resultatet kommer att publiceras med eventuella citat från intervjuerna i en rapport.

Resultatet kan komma att tillföra ny kunskap och ge stöd i fortsatt implementering av digitalisering av primärvårdsrehabilitering av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Jag är medveten om att uppföljning av rehabenheter är ordinarie arbetsuppgift för mig och vill tydliggöra att syftet i studien inte är att säkerställa att korrekt registrering inom vårdval genomförts.

Ansöker här om samtycke att få kontakta projektledare Irene Holmberg-Jonasson för att och med hennes hjälp tillfråga fysioterapeuter för intervju. Jag kommer även att begära samtycke av varje fysioterapeut som kommer att intervjuas.

Med vänlig hälsning

Lena Zetterberg  
Student vid fysioterapiprogrammet, GU  
Regionutvecklare, Västra Götalandsregionen  
Tel: 070 082 54 94



# SAHLGRENSSKA AKADEMIN ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

## Information till deltagande i studien – Fysioterapeuters upplevelse av distanskontakt via videolänk i primärvård

### Bakgrund och syfte

Att ge patienter intervention med distanskontakt via videolänk är ett nytt arbetssätt inom primärvården. Syftet är att undersöka fysioterapeuters upplevelser av distanskontakt via video med patienter inom Vårdval Rehab. Fokus kommer att vara på möjligheter och svårigheter av att införa ett nytt arbetssätt. Resultatet kan komma att tillföra ny kunskap och ge stöd i fortsatt implementering av digitalisering av primärvårdsrehabilitering av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

### Förfrågan om deltagande

Du som haft distanskontakt via videolänk med patienter tillfrågas härmed om att delta i denna studie. Deltagandet är frivilligt och innebär att Du vid ett tillfälle blir intervjuad under en timme på din rehabenhet. Ingen ersättning betalas för deltagandet i studien.

### Hur går studien till?

Under vecka 35–37 kommer Du att delta vid en intervju som pågår upp till en timme. Intervjun kommer att utgå från frågor som handlar om din upplevelse av att behandla patienter genom distanskontakt via videolänk. Intervjun kommer att äga rum på Din rehabenhet och spelas in. Därefter kommer intervjuerna att skrivas ut och avidentifieras.

### Risker

Vissa av frågorna i intervjun kan uppfattas som personliga eller av känslig natur, men vår erfarenhet är att så inte är fallet. Att delta i denna studie innebär inte några risker.

### Hantering av data

All information som samlas in om Dig behandlas enligt Dataskyddsförordningen, 2018:218 (DSF/GDPR). De personuppgifter som hanteras är kontaktinformation samt uppgifter Du själv lämnar i studien. Data kommer att avidentifieras och alla resultat kommer att presenteras på gruppnivå så att ingen information kommer gå att härleda till Dig som person. Ansvarig för Dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Enligt Dataskyddsförordningen har Du rätt att kostnadsfritt ta del av de uppgifter om Dig som hanteras i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om Dig raderas samt att behandlingen av Dina personuppgifter begränsas. Om Du vill ta del av uppgifterna ska Du kontakta Lena Zetterberg (via kontaktuppgifterna nedan).

Dataskyddsbud är Kristina Ullgren tel. 031-786 1092, dataskydd@gu.se. Om Du är missnöjd med hur Dina uppgifter hanteras har Du möjlighet att inge klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet. Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Data kommer att förvaras i stöld- och brandsäkra skåp på institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, enheten för Fysioterapi.

**Frivillighet**

Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta utan att Du behöver ange något skäl till detta. Om Du vill delta i studien kommer vi be Dig att underteckna nedan samtycke.

**Projektansvarig**

Ansvarig forskare för studien är  
Malin Wiklund  
Leg sjukgymnast, Medicine doktor  
Koncernkontoret  
Västra Götalandsregionen  
Tel: 073 638 75 47

**Frågor?**

Om du har några frågor är du välkommen att höra av dig till  
Lena Zetterberg  
Student vid fysioterapiprogrammet GU  
Regionutvecklare, Västra Götalandsregionen  
Tel: 070 082 54 94

**Samtycke till att delta i studien**

Jag har fått skriftlig och muntlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien ” Fysioterapeuters upplevelse av distanskontakt via videolänk i primärvård”
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i deltagarinformationen.

Plats och datum	Underskrift

## Bilaga 3

### Fri översättning av "theoretical domains framework"

<b>Teoretisk domän</b>	<b>Exempel på frågeställning</b>
Kunskap och skicklighet	Vilken (teoretisk) kunskap anser du behövs för att genomföra digitala vårdmöten (DV)? Har du skicklighet/förmåga att genomföra ett DV?
Minne, uppmärksamhet och beslutsprocess	Beskriv vad som är komplicerat att komma ihåg i samband med DV?
Beteendeförändring	Vilka beteendeförändringar ser du som nödvändiga för att DV ska implementeras på ett bra sätt?
Omgivningsfaktorer och resurser	Beskriv resurser och funktionalitet i "miljön" för DV?
Sociala influenser/attityder	Vilka attityder möter du från kollegor avseende DV?
Professionell roll och identitet	Upplever du att DV är en del av din yrkesroll?
Tro på förmåga	I vilken utsträckning upplever du ha förmågan att genomföra DV?
Förväntningar	Vilka förväntningar har du att DV kan göra skillnad för patienten?
Konsekvenser - möjligheter	Vilka möjligheter ser/tänker du med DV?
Konsekvenser - svårigheter	Vilka svårigheter ser/tänker du med DV?
Förstärkning	Vilka faktorer motiverar dig att genomföra DV?
Intentioner	Hur viktigt är det för dig att nyttja DV i din intervention?
Mål	Vad uppnår du med att/när du genomföra DV?
Känslor	Beskriv dina känslor som du upplever i samband med DV?

## Bilaga 3

### Domäner och kategorier

Kunskap och skicklighet	Digital teknik Intresse och pedagogisk kompetens Trygghet i yrkesrollen
Minne, uppmärksamhet och beslutsprocess	Fokusera på att hantera digital teknik Vara förberedd och nyfiken Komma ihåg att erbjuda DV
Omgivningsfaktorer och resurser	Bra lokal och fungerande digital teknik Patientens miljö påverkar Behov av administrativt stöd och stöd från ledningen Fler fysioterapeuter behöver erbjuda DV Skapa medvetenhet hos allmänheten om DV
Sociala influenser/attityder	Övervägande positiva
Professionell roll och identitet	Ingen förändring men ser i framtiden mer coachande roll Yrket är fysiskt därför en risk med bedömning digitalt
Tro på förmåga	Nöjd med dialog och förmåga att visa övningar Svårigheter att bedöma utan fysisk undersökning Ovana att använda den digitala utrustningen Svårighet att få patienter att vilja ha DV
Förväntningar	Bra arbetssätt för rätt patient Optimister men patienterna är tveksamma
Konsekvenser – möjligheter	Effektivitet både för behandlare och patienter Uppgradering av telefonkontakt med patient Arbetsmiljön kan påverkas positivt Att se patienten i sin miljö
Konsekvenser – svårigheter	Att patienterna hellre kommer till mottagningen Att inte kunna undersöka patienterna fysiskt Begränsningar i den digitala utrustningen



	<p>Patienter med särskilda behov</p> <p>Lägre ersättning är ett hinder</p> <p>Effektivitet och patienten slipper resa</p> <p>Ge utrymme för reflexion, bättre arbetsmiljö</p> <p>Nytt och spännande</p>
Förstärkning	
Intentioner	<p>Ökad arbetsbelastning, patienternas tveksamhet</p> <p>minskar användandet</p> <p>Fysioterapeutens aktuella patienter</p>
Känslor	<p>Positiva känslor, spännande och minskad stress</p> <p>Osäkerhet och stress</p>