



**Digital gemenskap med hjärtat i mitten - en fokusgruppsstudie om digitalisering, delaktighet och tillgänglighet för kvinnor med begränsande nack- eller rygg tillstånd**

**Digital community with the heart at the centre - a focus group study on digitalisation, participation and accessibility for women with limiting neck or back conditions**

Examensarbete för magisterexamen med huvudområdet Folkhälsovetenskap

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2023

Student: Åsa Carbeskär

Handledare: Sara Svanholm

Examinator: Ninitha Maivorsdotter

## **Författartack**

För det första vill jag rikta ett stort tack till de 18 kvinnor som valde att delta i följande examensstudie om digital delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Tack för era värdefulla inlägg som bidrog till många intressanta gruppdiskussioner och ett betydelsefullt resultat. Tänkvärt att digitalisering har potential att möjliggöra delaktighet, tillgänglighet och framförallt digital gemenskap för målgruppen.

Sen vill jag särskilt tacka den ordförande i en av patientföreningarna som aktivt deltog i rekryteringen av informanterna till denna examensstudie. Din medverkan möjliggjorde kontakt med ett stort antal informanter och en ytterligare patientförening. Dessutom har du varit ett värdefullt bollplank under examensarbetet eftersom du besitter så många värdefulla kunskaper.

Vidare vill jag tacka Sara Svanholm för alla givande handledningsstunder och dina kloka råd! Väldigt värdefullt att ha haft förmånen att få din support och samtidigt dela mina tankar kring examensarbetet om digital delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd med dig.

Dessutom vill jag tacka Ninitha Maivorsdotter för alla intressanta föreläsningar gällande digitaliseringen och digital folkhälsa under mina folkhälsovetenskapliga studier på Högskolan i Skövde (HS). Stort tack också för dina sakliga tips i syfte att lyfta detta examensarbete.

Slutligen vill jag rikta ett hjärtligt tack till min fina familj som har stöttat och följt mig genom mitt examensarbete och hela magisterprogrammet, inom studieämnet digital hälsa och kommunikation, och som funnits där med både värme och en stor dos omtanke.

## SAMANFATTNING

Titel:	Digital gemenskap med hjärtat i mitten - en fokusgruppsstudie om digitalisering, delaktighet och tillgänglighet för kvinnor med begränsande nack- eller rygg tillstånd
Författare:	Carbeskär, Åsa
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation - magisterprogram, Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation A1E, 15 hp
Handledare:	Svanholm, Sara
Examinator:	Maivorsdotter, Ninitha
Nyckelord:	Digital delaktighet, digital tillgänglighet, digital inklusion, digitalt klyfta, egenmakt.

---

### Sammanfattning

**Introduktion** Digitaliseringens påverkan på samhället och individen är omfattande – samt genomsyrar samtliga dimensioner av folkhälsans bestämningsfaktorer. Därtill tillskrivs digital inkludering som en betydande social bestämningsfaktor för människors hälsa. Digital delaktighet och tillgänglighet är betydelsefulla faktorer för personer med ryggsmärtor i och med att fysiska begränsningar försvårar möjligheten till delaktighet i samhället. Delaktighet är en betydelsefull komponent i ett rättvist och demokratiskt samhälle.

**Syfte** Studiens syfte var att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för kvinnor med begränsande nack- eller rygg tillstånd.

**Metod** Studiens design var kvalitativ – i vilket 3 fokusgruppsintervjuer och innehållsanalys med en induktiv ansats var studiens metoder. Urvalet bestod av totalt 18 kvinnor ifrån olika patientföreningar – med erfarenheter eller kunskaper av begränsande nack- eller rygg tillstånd.

**Resultat** Studien visade att digitaliseringen *främjar social och samhällelig delaktighet* för målgruppen. Dessutom framkom att digitaliseringen *främjar egenmakt att delta, skapar en känsla av gemenskap, förtydligar informations- och kommunikationsmöjligheterna* samt *förtydligar utanförskap*. *Digital gemenskap med hjärtat i mitten* är den modell som bäst beskriver studiens resultat och digitaliseringens betydelser för människan bakom datorskärmen. Att digitaliseringen både främjar och underlättar delaktighet inom flera betydelsefulla sammanhang samtidigt som individens egenmakt stärktes förtydligades.

**Slutsats** Studiens slutats är att digitaliseringen har stor potential att främja delaktighet, tillgänglighet och gemenskap för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Det fina med digital delaktighet är dess inkluderande och hälsofrämjande inverkan på individen och individens livssituation. Dock finns det flera utmaningar med digitaliseringen som behöver belysas – såsom utanförskap och den digitala klyftan.

# ABSTRACT

Title: Digital community with the heart at the centre - a focus group study on digitalisation, participation and accessibility for women with limiting neck or back conditions

Author: Carbeskär, Åsa

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Digital health and communication A1E, 15 ECTS

Supervisor: Svanholm, Sara

Examiner: Maivorsdotter, Ninitha

Keywords: Digital participation, digital accessibility, digital inclusion, digital divide, empowerment.

---

## Abstract

**Introduction** The impact of digitization on society and the individual is extensive – and permeates all dimensions of the determinants of public health. In addition, digital inclusion is attributed as a significant social determinant of people's health. Digital participation and accessibility are important factors for people with back pain in that physical limitations make it difficult to participate in society. Participation is an important component of a democratic society.

**Aim** The purpose of the study was to investigate how digitization affects participation and accessibility for women with limiting neck or back conditions.

**Methods** The study's design was qualitative – in which 3 focus group interviews and content analysis with an inductive approach were the study's methods. The selection consisted of 18 women from various patient associations – all with experience or knowledge of limiting neck or back conditions.

**Results** The study's results showed that digitization *promoted social and societal participation* for the target group. In addition, it emerged that digitization *promotes empowerment to participate, creates a sense of community, clarifies the information and communication possibilities and better reveals exclusion*. Digital community with the heart in the middle describes the results of the study and the implications of digitization for the person behind the computer. It was made clear that digitization both promotes and facilitates participation within several important contexts while strengthening the individual's empowerment.

**Conclusion** The study concluded that digitization has great potential to promote participation, accessibility and community for people with limiting neck or back conditions. The beauty of digital participation is its inclusive and health promoting impact on the individual and the individual's life situation. There are several challenges with digitization that need to be highlighted – such as the digital divide.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION .....	1
1.1	Inledning .....	1
1.2	Folkhälsovetenskaplig relevans .....	4
1.3	Teoretisk ram .....	5
1.3.1	Folkhälsans bestämningfaktorer .....	5
	SYFTE .....	7
2	METOD.....	8
2.1	Studiedesign.....	8
2.2	Studiepopulation.....	8
2.3	Urval.....	8
2.4	Datainsamling.....	9
2.4.1	Semistrukturerad frågeguide.....	9
2.4.2	Fokusgruppsintervjuer .....	10
2.5	Analys.....	11
2.6	Etiska överväganden .....	12
3	RESULTAT .....	14
	Kategori 1. Främjar social och samhällelig delaktighet .....	15
	Kategori 2. Främjar egenmakt att delta .....	17
	Kategori 3. Skapar en känsla av gemenskap .....	19
	Kategori 4. Förtydligar informations- och kommunikationsmöjligheterna.....	20
	Kategori 5. Förtydligar utanförskap.....	21
4	DISKUSSION .....	26
4.1	Resultatdiskussion .....	26
4.2	Metoddiskussion .....	32
5	REFERENSER.....	35
6	BILAGOR.....	43
	Bilaga 1. Studieprotokoll för datainsamling.....	43
	Bilaga 2. Rekryteringsparametrar & digitala förberedelser .....	44
	Bilaga 3. Frågeguide .....	45
	Bilaga 4. Informations- och samtyckesbrev .....	46
	Bilaga 5. Kodningsark.....	49
	Bilaga 6. Koder, underkategorier och kategorier (totalt 367 koder).....	50
	Bilaga 7. COREQ.....	57

# 1 INTRODUKTION

## 1.1 Inledning

Digitaliseringen framställs allt mer som en magisk kula – vilken delvis syftar till att nå socialt och samhälleligt deltagande för alla (Seifert & Rössel, 2021). Därtill tillskrivs digital inkludering som en betydande social bestämningssfaktor för människors hälsa och välbefinnande (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). Schroerer et al. (2021) menar att ett jämlikt deltagande kan minska ojämlikheter i hälsa, stärka sociala nätverk och minska känslor av social isolering. Digital delaktighet och tillgänglighet är därmed betydelsefulla faktorer för personer med nack- och ryggsmärtor i och med att fysiska begränsningar försvårar möjligheten till delaktighet socialt och i samhället (Amorim et al., 2019; Andersson & Leden, 2000; Horvath et al., 2018; Riczo, 2023; Rosemont, 2014). I och med detta kan digitaliseringen utgöra en betydelsefull resurs för målgruppen (Franchini et al., 2022). Men den ökade digitaliseringsgraden i samhället har både möjliggjort och försvårat tillgång till information, kommunikation och tjänster för personer med ryggsmärtor (Franchini et al., 2022). Den aktuella examensstudien, även kallad studien, belyser därmed digitalisering, delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- och ryggstillstånd.

### 1.1.1 Delaktighet och tillgänglighet

Under 1960-talet beforskade Arnstein (1969) betydelsen av medborgardeltagande – som handlade om att ge utsatta grupper mer inflytande över samhällsplanering och förvaltning. Denna framgångsrika forskare utvecklade deltagandestegen – vilken belyser samhällsmedborgarnas inflytande- och deltagandeprocesser utifrån olika steg: från manipulation, via icke-makt, medborgarmakt, partnerskap och delegerad makt till medborgarkontroll. Vidare utvecklade Rocha (1997) delaktighetsmodellen utifrån ett empowermentperspektiv som stegvis beskriver individuella och kollektiva former av gemenskapsmakt i samband med ett demokratiskt beslutsfattande. Rättvisa som paritet för deltagande kan definieras som *”the social arrangements that enable people to participate as peers in public life”* - enligt Fraser (2009, refererad i Blue et al., 2019, Abstract, stycke 1).

Delaktighet och tillgänglighet är i nutid två centrala och rättighetsbärande principer i ett välfungerande och modernt samhälle, som handlar om att främja inkludering och jämlikhet för alla medborgare – så också för personer med funktionsnedsättningar – i enlighet med den internationella konventionen om medborgliga och politiska rättigheter (United Nations [UN], 2018, 2022). Enligt konventionen handlar ett fullständigt och effektivt deltagande om en känsla av att tillhöra och vara en del av samhället – men också om rättigheten att få uttrycka sina åsikter och bli hörd. För att främja människors rättigheter till tillräckligt handlingsutrymme, ett självständigt liv och egenmakt behöver personer med funktionsnedsättningar – utöver tillgång till fysiska miljöer och transporter – även tillgång till information och kommunikation samt informations- och kommunikationsteknologi och digitala system (UN, u.å.-a). En viktig faktor för digital delaktighet är därmed tillgänglighet till teknik och digitala verktyg. Digital tillgänglighet handlar om att säkerställa att digitala verktyg och teknologier är tillgängliga för alla, oavsett eventuella funktionshinder (UN, u.å.-a). Utöver tillgång till det tekniska och digitala möjliggör digitaliseringen också till digitalt deltagande – som bland annat handlar om människors användning av informations- och kommunikationstekniken, såsom internet och olika onlinetjänster (Seifert & Rössel, 2021).

Utöver ovanstående har delaktighet och medborgardeltagande stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande (Piškur et al., 2014) – samt för människors upplevelse av egen förmåga (*self-efficacy*), självbestämmande (autonomi) och egenmakt (*empowerment*) (Schroerer et al., 2021). *Empowerment* ses också som en betydelsefull princip i det hälsofrämjande arbetet, enligt Eriksson (2015). Denna princip handlar om att möjliggöra och stärka människors egenmakt och medinflytande över sin livssituation och hälsoutveckling. Forskning visar att människors möjligheter att självständigt kontrollera och styra över sina liv och fatta hälsofrämjande beslut är förknippat med ökad livskvalitet och en god hälsa (Eriksson, 2015).

### 1.1.2 Digital inkludering versus digital exkludering

Forskningen om digitalisering visar att skillnaderna mellan de som har tillgång till digitaliseringens möjligheter och de som saknar denna möjlighet är ojämnt fördelad – vilket ökar hälsoskillnaderna i befolkningen (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). Därmed kan digitaliseringen bidra till en känsla av socialt deltagande för människor som är digitalt aktiva – och en känsla av social utestängning för de som saknar möjligheter att delta i det digitala samhället, menar Seifert och Rössel (2021). I och med detta påverkar och förändrar digitaliseringen människors sociala beteenden, men även kravet på samhällets anpassning till digitaliseringen (Gidlund, 2020; Iacobaeus et al., 2019).

Att främja digital inkludering anses vara betydelsefullt för människors hälsa och hälsoutveckling (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). Digital inkludering handlar till stor del om att skapa strategier för att främja digital kompetens och digital läskunnighet, samt möjliggöra tillgång till digitala enheter, anslutningsmöjligheter och tekniskt stöd (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). För det första är digital kompetens en betydelsefull bestämningsfaktor för hälsa. Digital kompetens inbegriper olika dimensioner – såsom informations- och datakompetens, kommunikation och samarbete, skapande av digitalt innehåll samt säkerhet och problemlösning, enligt Sieck et al. (2021). För det andra kan digitala medier stödja människors hälsa och välbefinnande förutsatt att människor har tillräckliga digitala färdigheter – såsom digital läskunnighet, hälsokompetens och digital hälsokompetens, enligt van Kessel et al. (2022). För det tredje är digital läskunnighet en grundläggande färdighet för att kunna delta i det moderna samhället – och innebär *”the ability to use information and communication technologies to find, evaluate, create, and communicate information, requiring both cognitive and technical skills”* - enligt American Library Association (2017, refererad i van Kessel et al., 2022, stycke 2). För det fjärde är hälsokompetens och digital hälsokompetens elementära faktorer för att ta till sig och förstå hälso- och sjukvårdsinformation samt för att kunna göra tillräckligt medvetna hälsobeslut – i syfte att förebygga sjukdom och främja hälsan, enligt van Kessel et al. (2022). Dessutom inbegriper digital hälsokompetens också tillgång till relevant hälsoinformation, möjlighet att bedöma informationen och använda informationen samt åsyftar till att kunna interagera med sjukvården (van Kessel et al., 2022).

Digital inkludering är en komplex process som människor av olika anledningar kan hamna utanför, enligt Iacobaeus et al. (2019). Digitalt utanförskap och exkludering beskrivs som en motsatt process gentemot digital delaktighet och inkludering. Vidare menar forskarna att digitalt utanförskap och digital exkludering är samhällspolitiska och demokratiska utmaningar – i och med att allt fler samhällstjänster digitaliseras. Dessutom beskrivs att flertalet faktorer bidrar till digitalt utanförskap och exkludering – såsom bristande motivation, bristande

infrastruktur och tillgång, bristande kunskap och färdigheter, låg socioekonomisk status, bristande tillit och självtillit samt bristande samhällelig styrning och ledning (Iacobaeus et al., 2019). Borg et al. (2019) menar att otillräcklig kompetens att hantera informations- och kommunikationstekniken samt otillräckliga färdigheter att värdera och tillgodogöra sig informationen är bidragande orsaker till digital exkludering. Samtidigt belyser Sieck et al. (2021) att adoptionsfrekvensen skiljer sig mellan olika grupper i samhället – exempelvis att fler med högre utbildning är benägna att ta till sig och använda digital teknik i jämförelse med lågutbildade.

### 1.1.3 Digitaliseringens möjligheter och utmaningar

Det digitala genomsyrar många områden i människors vardag – såsom daglig kommunikation och interaktion via mobiltelefoner, surfplattor, datorer samt mindre enheter med sensorer, till exempel aktivitets- och hälsoarmband (Lupton, 2018; World Health Organization [WHO], 2021a). Dessutom möjliggör digitala plattformar möten via chatt, mobiltelefon och video. Dessa ersätter många gånger fysiska möten både privat och i arbetssammanhang, men också i kontakten med offentliga verksamheter, till exempel hälso- och sjukvården. Därutöver skapar digitaliseringen andra möjligheter, såsom att studera och arbeta ifrån olika platser eller hemifrån, vilket dock kan leda till ett mer gränslöst levnadssätt i och med obegränsad tillgänglighet. Digitaliseringen har därmed en bred och djup påverkan på samhället och individen (Myndigheten för digital förvaltning [Digg], 2023). Detta sammantaget med den allt snabbare digitala transformationen skapar oändligt med möjligheter, men också flertalet utmaningar för samhället att hantera (Lupton, 2018; SOU 2016:85; Turkle, 2017; WHO, 2019).

Enligt *The Digital Economy and Society Index (DESI) 2022* hade svenska befolkningen goda förutsättningar för digital delaktighet och tillgänglighet (European Commission, 2022). Dels var Sveriges samhälle till stor del digitaliserat och flertalet samhällstjänster digitaliserade. Dels var svenska befolkningen i hög grad digitalt mogna. DESI-rapporten visade att cirka 67 % av befolkningen hade god digital kompetens och att cirka 36 % hade grundläggande digitala kunskaper år 2021. Vidare visade den årliga mobiltäcknings- och bredbandskartläggningen att 97 % av hushållen och företagen i Sverige hade tillgång till fiber eller annan teknik som medförde tillräcklig mobil täckning år 2022 (Post- och telestyrelsen [PTS], 2023). Trots universell tillgång till internet – som är ett grundläggande verktyg för social integration – visar forskning att tillgång till internet är ojämnt fördelat, vilket i sin tur skapar ojämlikheter i samhällsdeltagandet (van Deursen & van Dijk, 2019).

Samtidigt som många människors användning av digitala enheter ökade, i och med covid-19-pandemin, tydliggjordes den digitala klyftan i samhället (Borg et al., 2019; Sharma & Patten, 2022). Digital klyfta innebär orättvisa och ojämlika skillnader vad gäller tillgång till digital teknologi, digital hälsa eller låg digital användningsgrad eller bristande digital infrastruktur (Borg et al., 2019). Den digitala klyftan kan inte förklaras av underliggande hälsotillstånd, utan orsakas av systematiska och ojämlika strukturer i samhället (UN, 2022; WHO, 2022a). Och trots att den svenska digitaliseringsstrategin anger att alla ska ha möjligheter att delta i det digitala samhället (Digitaliseringsrådet, u.å.) står en betydande andel människor utanför digitaliseringens möjligheter och därmed otillräcklig digital delaktighet (Forskning & framsteg, 2020; Iacobaeus et al., 2019; PTS, 2023; UN, 2022; van Deursen & van Dijk, 2019) – vilket är en samhällelig utmaning som strider mot konventionen om mänskliga rättigheter (WHO, 2022a).



### 1.1.4 Begränsad delaktighet för personer med olika nack- och ryggstillstånd

Cirka 70-80 % av befolkningen i Sverige drabbas någon gång av nack- eller ryggsmärta (Horvath et al., 2018). Och 22 % av all funktionsförlust (Years Lived with Disability - YLD) i Stockholms län orsakas av smärta i rygg, nacke och huvud (Andersson & Bartelink, 2019). Olika muskuloskeletala tillstånd (tillhörande rörelsesystemet bestående av skelett, leder, muskler och intilliggande bindväv) är den ledande orsaken till funktionshinder i världen, varav ländryggssmärta är det vanligaste sjukdomstillståndet (WHO, 2022b). Sammantaget innebär ländryggssmärta en hög ekonomisk börda för samhället och individen (Dutmer et al., 2019; Franchini et al., 2022): I form av direkta kostnader – såsom läkemedel och sjukhusvistelser, i form av indirekta kostnader – såsom produktionsförlust, funktionsjusterade levnadsår, kronisk smärtutveckling och funktionsnedsättning samt i form av immateriella kostnader – såsom minskad livtillfredsställelse och begränsad delaktighet (Franchini et al., 2022).

Tidigare forskning har uppmärksammat att funktionsnedsättningar påverkar människors livskvalitet och sociala deltagande negativt (Pawłowska-Cyprysiak & Konarska, 2013). Dessutom har forskningen uppmärksammat att personer med funktionsnedsättningar fortsatt möter hinder för ett fullständigt och effektivt deltagande i samhället (UN, 2018). Och omfattande ryggrelaterade besvär medför många gånger fysiska begränsningar i vardagen och oförmåga att interagera med andra (Franchini et al., 2022; Riczo, 2023) – såsom ett begränsat socialt deltagande och arbetskraftsdeltagande på grund av nedsatt arbetsförmåga och hög sjukfrånvaro (Amorim et al., 2019; Andersson & Leden, 2000; Horvath et al., 2018; Rosemont, 2014), samt begränsad delaktighet i vårdssammanhang (Franchini et al., 2022).

Trots sjukdomstillståndets omfattning och genomgripande individuella och samhällliga kostnader (Franchini et al., 2022; Rosemont, 2014) saknas tillräcklig vetenskaplig grund för målgruppens möjligheter till digital tillgänglighet socialt, men också otillräcklig evidens gällande främjande av ett jämlikt samhällsdeltagande genom digitala aktiviteter (Digitaliseringsrådet, u.å.; WHO, 2019). Därmed belyser den aktuella examensstudien området digital delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- och ryggstillstånd.

## 1.2 Folkhälsovetenskaplig relevans

Digital folkhälsa är ett relativt nytt folkhälsoområde med stor potential för samhällen att främja jämlikt samhällsdeltagande och digital hälsa för alla – vilket även gäller personer med begränsande ryggstillstånd (Franchini et al., 2022). Digitaliseringen anses vara ett betydelsefullt medel för att främja folkhälsan (Odone et al., 2019) och digital folkhälsa handlar om att digital teknologi och digitala koncept integreras i folkhälsoarbetet (Seaton et al. 2022). Därmed kan digital folkhälsa understödja de befintliga folkhälsomålen (Iyamu et al., 2021).

I Folkhälsomyndighetens (2023) formulering av det folkhälsopolitiska målområdet 7 betonas vikten av att främja alla människors möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet för att åstadkomma en god och jämlik hälsa – oavsett socioekonomisk bakgrund eller funktionsförmåga. För att uppfylla målsättningen är det av stor vikt att inkludera människor som står utanför föreningar, organisationer och nätverk. Att vara en del av ett socialt sammanhang samt att ha inflytande och kontroll över sitt liv har betydelse för människors hälsa. Dock påverkas hälsan också av den egna upplevelsen av självbestämmande, kontroll, inflytande och delaktighet (Folkhälsomyndigheten, 2023).

Digitaliseringen är tänkt att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa, samt stärka människors egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet (Regeringskansliet & Sveriges Kommuner och Landsting, 2016). Digitaliseringsstrategierna globalt understöds genom Agenda 2030 (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). I sammanhanget digitala strategier och social hållbarhet kan följande av de globala målområdena explicit lyftas: 3) god hälsa och välbefinnande – som påverkas av ekonomiska, ekologiska och sociala faktorer, 4) god utbildning för alla – att livslångt lärande gynnar god hälsa, jämställdhet och deltagande i samhällslivet, 8) anständiga och inkluderande arbetsvillkor och hållbar ekonomisk tillväxt, 10) minskad ojämlikhet – genom att främja alla människors jämlika möjlighet såsom att delta i samhällsutvecklingen och 16) fredliga och inkluderande samhällen – genom att främja mänskliga rättigheter, rättvisa möjligheter och social utveckling (UN, u.å.-b).

I och med ovanstående framhåller Världshälsoorganisationen betydelsen av att identifiera ojämlikheter i hälsa och de drivkrafter som är avgörande för att uppnå rättvis hälsa (WHO, 2021b). Samtidigt betonas att forskningsbevisen för digitaliseringens fördelar och konsekvenser för människors hälsa är otillräckliga (WHO, 2019). Dessutom betonas behovet av att utvärdera digitaliseringens effekter och säkerställa att den omfattande investeringen inte kapar resurser från icke digitala alternativ – som bättre kan främja människors hälsa. Därmed finns det goda skäl att utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv identifiera tillgänglighet, delaktighet och det digitala stödet – med målgruppens hälsa och livskvalitet i fokus.

## 1.3 Teoretisk ram

Enligt Bryan (2009) skapar teorier ett ramverk och ett sammanhang för nya kunskaper. Genom en översiktlig litteraturgenomgång inom området presenterar denna uppsats en sammanfattning av de viktigaste rönerna gällande digital delaktighet och tillgänglighet samt en vidare förståelse kring digitaliseringen som en superhalsodeterminant (Kickbusch et al., 2021; Sieck et al., 2021). Eftersom forskningsläget är begränsat vad gäller digital delaktighet och tillgänglighet med koppling till målgruppen har ett induktivt analysförfarande valts – vilket innebär att studien i förhand icke är styrd utifrån någon specifik teori (Elo & Kyngäs, 2008). Att lägga den egna förståelsen åt sidan i analysprocessen och försöka analysera data mer öppet var därmed avsikten, i enlighet med Fejes och Thornberg (2019). Dock lyfts betydelsefulla begrepp och aktuell forskning in i resultatdiskussionen - samt med folkhälsans bestämningsfaktorer och den digitala transformationsprocessen i beaktande.

### 1.3.1 Folkhälsans bestämningsfaktorer

Regnbågsmodellen beskriver folkhälsans bestämningsfaktorer utifrån ett holistiskt perspektiv (Dahlgren & Whitehead, 1991). Denna modell synliggör såväl frisk- och skyddsfaktorer som riskfaktorer – såsom ålder, kön, ärftliga faktorer, individuella livsstilsfaktorer, samhälleliga och lokala strukturer, levnadsvillkor och arbetsförhållanden samt generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Sammantaget har dessa faktorer en ömsesidig betydelse för utvecklingen av människors hälsa och välbefinnande respektive utveckling av ohälsa och sjukdom (Sengupta, 2009). Därtill belyser Kickbusch et al. (2021) att den digitala transformationsprocessen genomsyrar samtliga dimensioner av folkhälsans bestämningsfaktorer. Forskarna beskriver att integrationen av digital teknik och plattformar påverkar människors vardag och livets alla områden. Dessutom har digitaliseringen potential

att främja människors hälsa, förbättra länders hälso- och sjukvårdstjänster och öka universell hälsotäckning, samtidigt möjliggöra digitaliseringen effektivisering och hantering av folkhälsokrisen. Utöver dessa faktorer framhålls att den digitala transformationen drivs av kärnvärdena hälsa för alla, demokrati, rättvisa, solidaritet, inkludering och mänskliga rättigheter. Dock betonar forskarna vikten av att belysa konsekvenserna av att vi lever och verkar i en digital värld (Kickbusch et al., 2021).

### 1.3.2 Forskningsfältet digital delaktighet

I nutid visar Schroerer et al. (2021) att det finns stora kunskapsluckor gällande digitalt deltagande. Vidare menar forskarna att forskningsstudier gällande digital delaktighet främst belyser området digital hälsa och att individen ses som en passiv medskapare i samband med den egna vården. Exempelvis belyser forskning på vilket sätt hälsosystemen kan utnyttja teknik för att engagera patienter i sin egen vård (Alpay et al., 2011; Harris et al., 2019; McAlearney et al., 2016; Sieck et al., 2021). Även Franchini et al. (2022) uppmärksammar vikten av det digitala stödet i vårdsammanhang, men i syfte att förbättra livskvaliteten för patienter med kronisk smärta i muskuloskeletal systemet. Dessutom belyser Franchini et al. (2022) att digitala hälsoverktyg kan stärka människors egenmakt och självförvaltning i syfte att främja kommunikation, information, utbildning, beslutshjälpmedel, egenvård och kontakt med medpatienter. Utöver detta belyser Sieck et al. (2021) att användningen av digitala verktyg och applikationer kan stödja hälsoinformationsbehov. Dock lyfter forskarna att skillnader i användningen av digital hälsoteknik förtydligar och förstärker de befintliga sociala ojämlikheterna mellan människor. Seifert och Rössel (2021) visar på en komplexitet av sociala faktorer för att uppnå fullt socialt och samhälleligt deltagande digitalt. En ytterligare studie belyser olika etiska dilemman kopplat till användning av sociala medieplattformar utifrån ett medborgarperspektiv (McCarthy et al., 2023). Vidare belyser Seaton et al. (2022) att gemenskapsintressen driver teknologilösningar mot jämlik hälsa.

I och med covid-19-pandemin har forskningsfältet digital delaktighet utökats med flera studier. En studie belyser att pandemin främjade utvecklingen av olika onlineinitiativ, såsom sociala aktiviteter och meningsfullt deltagande (Tan & Tan, 2021). En annan studie belyser möjligheten att delta i fysiska aktiviteter via digitala plattformar under pandemin (Parker et al., 2021).

Det är av stor vikt att fortsatt tillämpa ett kritiskt teoretiskt perspektiv när det kommer till forskning om digitalisering och hälsa (N. Maivorsdotter, föreläsning i kursen "IT och hälsa", 2021). Den aktuella examensstudien kan därmed generera underlag för forskning som kan öka de samhälleliga diskussionerna och förståelsen kopplat till digital delaktighet, tillgänglighet och social hållbarhet – med betoning på rättvis delaktighet – men också tillräcklig tillgång till digital hälsa för personer som dagligen kämpar med begränsande nack- och ryggstillstånd. Forskning om digital delaktighet och tillgänglighet samt digitalt utanförskap kan även stödja digitaliseringsstrategin – att Sverige ska bli bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter (Digitaliseringsrådet, u.å.).

## **SYFTE**

Studiens syfte var att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för kvinnor med begränsande nack- eller rygg tillstånd.

## 2 METOD

### 2.1 Studiedesign

Studiens design var kvalitativ – i vilket fokusgruppsintervjuer och innehållsanalys med induktiv ansats var examensstudiens metoder. Forskningsdesignen speglar forskarens val av metoder som bäst besvarar studiens syfte (Svensson & Ahrne, 2022). Målsättningen med metodvalet var att skapa en fördjupad förståelse för empiriska fenomen i ett specifikt sammanhang samt för att möjliggöra ett informationsrikt resultat (McGrath, 2019). Studiemetoden syftade till att fånga det unika och subjektiva perspektivet i intervjupersonernas berättelser snarare än att generera generaliserbara resultat – samtidigt som intervjuetodiken har potential att ge röst till studiens målgrupp (McGrath, 2019).

### 2.2 Studiepopulation

Studiepopulationen omfattade vuxna personer (18+) som var medlemmar i olika patientföreningar med kunskaper om, eller erfarenhet av, begränsande nack- eller ryggstillstånd med koppling till sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven inom klassifikationskoderna M00-M99. Detta i enlighet med internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem ICD-10-SE (Socialstyrelsen, 2023). Exempelvis diskbräck, kotkompression, kotförskjutning, ischias eller kronisk ryggsmärta.

### 2.3 Urval

Strategiskt urval användes som metod i den aktuella examensstudien. Denna icke-randomiserade urvalsmetod är vanlig inom kvalitativ forskning, i vilken studiedeltagare rekryteras utifrån specifika kunskaper som personerna innehar (Bowling, 2014). Enligt Bowling (2014) skapar denna metod potential att studera det unika, i vilket resultatet möjliggör nya insikter. Detta urvalsförfarande skapade dock ett resultat som ej kan generaliseras till den totala populationen som studerades (Bowling, 2014).

Urvalet bestod av totalt 18 kvinnor i åldrarna 38-62 år – varav 9 uppgav att de hade genomfört högskolestudier och 9 uppgav att de hade genomfört gymnasieutbildning eller annan eftergymnasial utbildning. 15 kvinnor var bosatta i en större stad eller tätort och 3 var bosatta inom ett glesbygds- eller landsbygdsområde. Samtliga kvinnor innehade god datorvana, digital teknik samt internetuppkoppling. Dessutom var samtliga studiedeltagare medlemmar i en eller två patientföreningar som representerade studiepopulationen.

Rekryteringsprocessen påbörjades genom att olika rekryteringsparametrar etablerades. Sedan utvecklades ett rekryteringsformulär för screening: Generella specifikationer, som också inkluderade ett artikulationstest och demografiska frågor (bilaga 2), i enlighet med Greenbaum (2000). Inför studiens urvalsförfarande skapades även ett studieprotokoll (bilaga 1), som innefattade nyckeldiskussionsfrågor, fokusgruppsammansättning, genomförande och moderatorns roll, i enlighet med Dahlin-Ivanoff (2022).

Vidare kontaktade studieledaren Åsa Carbeskär (tillika moderatören) en för studien ämneskunnig ordförande ifrån en patientförening. Sedan medverkade denna ordförande i rekryteringen av informanterna genom direktkontakt med medlemmar från flera

patientföreningar som representerar målgruppen. Ordförande förmedlade sedan kontaktuppgifter för de som kunde tänka sig att delta i studien till studieledaren som i sin tur kontaktade respektive informant via e-post eller mobiltelefon – och ett för studien anpassat informations- och samtyckesbrev ([bilaga 4](#)) skickades till presumtiva informanter. Efter insamling av muntligt och skriftligt samtycke kontaktades varje informant som samtyckt till att delta i studien via mötesverktyget Zoom eller mobiltelefon i syfte att etablera en första kontakt inför fokusgruppsintervjuerna. Screeningsamtal genomfördes med flertalet informanter, förutom med de informanter som studieledaren träffat genom tidigare kontakt via patientföreningarna.

Inklusionskriterierna omfattade vuxna personer (+18) med erfarenheter eller kunskaper om någon form av begränsande nack- eller rygg tillstånd – enligt ICD-10-SE koderna M00-M99. Dessutom innefattade inklusionskriterierna att studiedeltagarna hade ett tydligt tal – som var att föredra inför transkriberingen av gruppdiskussionerna. Endast de som uppfyllde kriterierna för studien inkluderades ([bilaga 1](#)). Samtliga som samtyckt till att delta inkluderades i studien – dock var det ett antal (n = 2) som inte kunde delta när gruppssessionerna startades. Det fanns inget krav på att uppge skäl till att avböja deltagande.

## 2.4 Datainsamling

Datainsamling genomfördes genom fokusgruppsintervjuer med stöd av en semistrukturerad frågeguide ([bilaga 3](#)). Enligt Greenbaum (2000) är fokusgruppsforskning en beprövad och användbar kvalitativ datainsamlingsmetod. Fokusgruppsintervjuer lämpar sig för forskning inom disciplinen hälsa och syftar till att skapa en djupare förståelse för människors tankar och erfarenheter inom ett specifikt ämne, exempelvis att leva med kroniska hälsotillstånd. Enligt Kallio et al. (2016) är semistrukturerade intervjuer en vanlig datainsamlingsmetod vid gruppintervjuer och en lämplig metod vid studier om människors olika uppfattningar och åsikter. Denna metod lämpar sig också när studiefrågorna är komplexa eller när studieämnet är nytt för de som ska intervjuas.

### 2.4.1 Semistrukturerad frågeguide

I den aktuella studien användes en femstegsprocess för utvecklingen av den semistrukturerade frågeguiden, i enlighet med Kallio et al. (2016): 1) identifiera förutsättningar för användning av en semistrukturerad frågeguide, 2) inhämta förkunskaper, 3) formulera den preliminära frågeguiden, 4) pilottesta frågeguiden och 5) presentera den fullständiga frågeguiden.

I det första steget skapades en förståelse för studiens syfte i relation till att använda en semistrukturerad frågeguide som datainsamlingsmetod (Kallio et al., 2016).

Det andra steget handlade om att söka tillräckligt med förkunskaper – där tidigare kunskaper skapade ett ramverk för utveckling av frågeguiden, i enlighet med Kallio et al. (2016). För att söka information till studiens bakgrund användes en förenklad sökstrategi i syfte att hitta fakta och rapporter via myndigheters och organisationers webbsidor. Dessutom genomfördes en traditionell sökstrategi via olika databaser i syfte att hitta relevanta artiklar kopplade till ämnet. Därtill gjordes sökning via referenslistor i de artiklar som hade tydlig koppling till studiens syfte. Fakta till studien inhämtades även från relevant kurslitteratur.

Under det tredje steget formulerades frågeguiden – som enligt Kallio et al. (2016) bör vara flexibel och öppna upp för nya diskussioner, insikter och åsikter. Guiden ska också stödja utvecklingen av nya koncept. Uppmuntrande frågor startades genom ordval som ”vad”, ”hur”, ”på vilket sätt” eller ”kan ni beskriva”. Frågorna startades med lättare frågor – så kallade ”bryta-isen-frågor” – för att sedan gå över till studieämnets kärnfrågor, som slutligen kompletterades med följdfrågor. Frågeguiden i den aktuella studien utgick från följande teman: ryggsjukdomar (bakgrund), digitalisering, digital delaktighet, digital tillgänglighet och avslutande frågor – som digitaliseringens motsättningar och en avslutande fråga (bilaga 3).

Det fjärde steget handlade om att genomföra en pilotintervju, i enlighet med Kallio et al. (2016), i syfte att undersöka om frågeguiden var heltäckande och fångade det relevanta för studiens syfte. Detta förfarande skapade möjlighet att justera och förbättra frågeguiden. Detta steg skapade också möjligheter att överväga etiska aspekter med frågeguiden och intervjun, samt möjliggjorde övning inför intervjun. Pilotintervjun genomfördes i en grupp med 3 personer med erfarenheter och kunskaper gällande begränsande nack- och ryggstillstånd – samtliga med god datorvana. Pilotstudien resulterade i att två frågor lades till, i syfte att få informanterna att berätta mer. En fråga om digitaliseringen kan lösa allt och en fråga om hur informanterna skulle uppleva om alla digitala möjligheter försvann (bilaga 3). Efter detta skede behövdes även ett expertutlåtande för utvecklingen av frågeguiden, i enlighet med Kallio et al. (2016) – i vilket examenshandledare från Högskolan i Skövde (HS) och ordförande i en av patientföreningarna konsulterades.

Det sista steget innebar att färdigställa frågeguiden så att den skulle uppfylla kriterierna för en tydlig och logisk frågeguide. I detta steg gjordes en logisk utvärdering om frågeguiden faktiskt mätte det som var avsett att mätas, enligt Kallio et al. (2016).

## 2.4.2 Fokusgruppsintervjuer

Data samlades in genom fokusgruppsintervjuer. Moderatoren (diskussionsledaren) genomförde digitala förberedelser inför fokusgruppsessionerna (bilaga 2). I den aktuella studien samlades data in genom tre fokusgruppsessioner – med 5–7 informanter per fokusgrupp (två grupper representerade genetiska grundorsaker och en grupp representerade genetiska grundorsaker och/eller traumaorsakade nack- eller ryggstillstånd). Vardera fokusgruppsessionen tog cirka 1,5 timme att genomföra. Fokusgruppsmetodiken som användes innebar att kvalitativ data samlades in utifrån specifika frågeställningar genom gruppdiskussionerna, i enlighet med Greenbaum (2000) – med stöd av den utvecklade semistrukturerade frågeguiden (bilaga 3). Gruppintervjuerna genomfördes via mötesverktyget Zoom – som också nyttjades för inspelningarna av intervjuessionerna. Samtliga informanter delgav skriftligt samtycke för insamling av intervjudata. Studiedeltagarna valde själva varifrån de anslöt sig till den digitala gruppssessionen. Stämningen mellan deltagarna upplevdes som god under gruppssessionerna. Informanterna var stödjande gentemot varandra under gruppdiskussionerna. Digitalt avbrott eller störande faktorer förekom i viss omfattning under genomförandet av fokusgruppsintervjuerna.

Efter en presentationsrunda ställde moderatoren en öppnande fråga, i syfte att inleda en uppvärmdiskussion (Greenbaum, 2000) samt för att etablera ett tillåtande samtalsklimat (Dahlin-Ivanoff, 2022). Samtliga informanter delgavs definitioner av digitalisering, delaktighet och tillgänglighet inför gruppintervjun (bilaga 3). Under hela gruppssessionen lyssnade moderatoren aktivt, samt att gruppen gavs förutsättningar att utveckla en kreativ konversation med understöd från moderatoren (Greenbaum, 2000). Aktivt lyssnande syftade

till att uppmuntra informanterna att berätta mer (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne, 2022). Exempelvis uttryckte moderatorn sitt intresse för informanternas svar genom icke-verbal probing genom bekräftande uttryck i syfte att utvidga och fördjupa diskussionerna ytterligare (Dahlgren & Johansson, 2019). Dessutom användes öppna frågor och tekniken verbal probing för ytterligare utveckling av informanternas svar såsom ”på vilket sätt” eller ”hur” (Dahlgren & Johansson, 2019). Vidare nyttjades samtalstekniken spegling – som handlar om att återge det som sagts med egna ord i syfte att visa förståelse för det som uttryckts (Lindh & Lisper, 1990). Utöver dessa tekniker lyssnade moderatorn på gruppdiskussionerna med målet att undvika ett auktoritärt förhållningssätt gentemot de som deltog i gruppintervjuerna (Eriksson-Zetterqvist & Ahrne, 2022). Ingen informant var tvungen att delta i gruppdiskussionerna – vilket är en fördel i jämförelse med individuella intervjuer där informanten kan känna sig tvingad att besvara alla frågor som ställs (Greenbaum, 2000). Samtliga informanter deltog i gruppdiskussionerna i olika omfattning.

Slutligen transkriberades ordagrant inspelad data från gruppdiskussionerna. I de utskrivna intervjuerna – det empiriska materialet (Svensson & Ahrne, 2022) – bibehölls talspråk, men identifierbara detaljer anonymiserades (som namn på personer eller orter).

## 2.5 Analys

Kvalitativ innehållsanalys är en systematisk och icke-linjär metod, som användes för att analysera det empiriska materialet från gruppintervjuerna (Lindgren et al., 2020). Enligt Lindgren et al. (2020) blir intervjutexter oftast ordrika, vilket ökar möjligheterna att både abstrahera och tolka insamlad textdata. Syftet med innehållsanalysen var att förstå både orden som yttrats och personen bakom orden (Lindgren et al., 2020).

Den induktiva innehållsanalysprocessen i den aktuella examensstudien innefattade tre steg: 1) förberedelse och val av betydelseenheter, 2) kondensering och kodning – inkluderade abstraktion och öppen kodning, 3) underkategorier och kategorier skapades och slutligen rapportering i det aktuella examensarbetet.

Den aktuella dataanalysen startade med att den transkriberade texten genomlästes ett flertal gånger grundligt, i syfte att lära känna textens innehåll och kontextuella betydelse. Den första utmaningen med innehållsanalysen var att välja meningsenheter. Meningsenheterna som valdes speglade ett avgränsat och specifikt innehåll och enheten avslutades då innebörden skiftade över till ett annat sammanhang, i enlighet med Lindgren et al. (2020). Allt för korta meningsenheter ökar risken att fenomenets innebörd och dess sammanhang går förlorat – särskilt om innehållet belyser komplexa fenomen om människors upplevelser, såsom människor som lever med kroniska sjukdomar (Lindgren et al., 2020). Inledningsvis färgmarkerades de valda meningsenheterna i ett Word-dokument med originaldata. Sedan fördes meningsenheterna över till ett separat kodningsark ([bilaga 5](#)).

Det andra steget startades genom att valda meningsenheter kondenserades – vilket innebar att ord och upprepningar togs bort och utan att originaltexten abstraherades nämnvärt, i enlighet med Lindgren et al. (2020). Efter textkondenseringen kodades betydelseenheter med studiens syfte som utgångspunkt. Enligt Lindgren et al. (2020) ska koden tydligt beskriva originaltexten och innefatta en låg grad av abstraktion och tolkning. Inledningsvis togs det manifesta innehållet (de synliga och uppenbara komponenterna) med i analysen i syfte att bibehålla närhet till textdata (Lindgren et al., 2019). Forskarna föreslår att längre och informationsrika meningsenheter kodas med fler koder – alternativt delas textdata in i mindre



meningsenheter som endast innefattar en kod. Den aktuella kodningsprocessen innefattade båda angreppssätten i syfte att spegla originaltextens betydelser, vilket illustrerades i en kodningstabell. I detta skede var kodningen öppen – vilket innebar att kodningen var reversibel och att olika dimensioner togs fram successivt ur det empiriska materialet, i enlighet med Lindgren et al. (2020). En kod är ett sammanfattande begrepp eller uttryck, som systematiskt överfördes till ett kodningsark ([bilaga 5](#)).

Det tredje steget handlade om att sortera de valda koderna i underkategorier sedan under kategorier – samtidigt sattes koderna tillbaka i sitt specifika sammanhang, i enlighet med Lindgren et al. (2020). Underkategorierna formulerades i syfte att illustrera innebörden av originaldata och kategorierna formulerades för att spegla det mer generella. Detta förfarande inbegrep en ökad grad av tolkning – i vilket det latent innehåll inkluderades allt mer i och med abstraktionsprocessen (Lindgren et al., 2020). Vid kategoriseringen sammanfördes koderna i syfte att sammanfatta det som koderna beskriver ([bilaga 6](#)). Sedan sammanfördes dessa underkategorier utifrån samband som identifierades till kategorier. Koder som blev över värderades och de som inte överensstämde med syftet sorterades bort. Dock inkluderades koder som indirekt påverkade informanternas användning av digitaliseringens möjligheter – i syfte att följa det induktiva förhållningssättet och för att bibehålla värdefulla insikter, i enlighet med Lindgren et al. (2020). Dessutom bibehölls koder som beskrev symptom och begränsningar för deltagande kopplat till målgruppen i syfte att skapa en förståelse för kopplingen till digital delaktighet och tillgänglighet. Slutligen utvecklades definitionerna för varje kategori, underkategori och kod. Avslutningsvis sammanställdes analysen, resultatet och en illustration i det aktuella examensarbetet.

## 2.6 Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets (2017) etiska kodexar är forskning angelägen för samhället och medborgarna i syfte att förbättra människors hälsa och livskvalitet (*forskningskravet*), samtidigt som studiedeltagarna ska skyddas från skada och kränkning (*individskyddskravet*). Enligt Högskolan i Skövdes (2020) riktlinjer för examensarbete på avancerad nivå krävs ingen etikprövning av forskning som avser människor. Lagar om etiska aspekter ska dock alltid beaktas, i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer (Vetenskapsrådet, 2017).

Denna studie har bedrivits i samråd med olika patientföreningar, med omtanke om målgruppens bästa i beaktan. Samtliga steg i den aktuella examensstudien genomfördes av Åsa Carbeskär som har filosofie kandidatexamen inom disciplinerna folkhälsovetenskap och studie- & yrkesvägledning – samt långvarig erfarenhet av vägledning enskilt och i grupp, likaledes av arbete för personer med olika funktionsnedsättningar. Det finns ingen personlig eller ekonomisk beroendeställning gentemot patientföreningarna eller deltagarna i den aktuella examensstudien som kan påverka studiens resultat.

Studiedeltagarnas personuppgifter behandlades utifrån grundläggande principer för examensarbetet, i enlighet med högskolan i Skövdes riktlinjer (HS, 2023), och gällande säkerhetsföreskrifter, i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) artikel 5 i Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) 2016/679: 1) laglighet, korrekthet och öppenhet, 2) ändamålsbegränsning, 3) uppgiftsminimering, 4) lagringsminimering och 5) integritet och konfidentialitet. De personuppgifter som samlades in i den aktuella examensstudien var namn och e-postadress. Dessutom samlades ålder och andra demografiska uppgifter av betydelse för studien in i syfte att beskriva studiedeltagarnas

sammansättning övergripande. Men inga känsliga personuppgifter samlades in – såsom etnicitet, politiska åsikter, religiös eller sexuell läggning (HS, 2023).

Vidare inbegrep den aktuella examensstudien följande forskningsetiska principer och krav av betydelse (Bryman, 2018). I enlighet med *informationskravet* delgavs informanterna studiens syfte, upplägg och etiska aspekter. Dels informerades informanterna att deltagandet var frivilligt, dels att de kunde avbryta sin medverkan utan att det skulle medföra negativa påföljder. Därtill lämnade samtliga informanter samtycke att delta i studien, i enlighet med *samtyckeskravet*. Även *konfidentialitetskravet* beaktades, i vilket behandling av personuppgifter och andra personliga data genomgående behandlades konfidentiellt.

*Personlig integritet* och *anonymitet* har också beaktats. Studiens informanter var strikt anonymiserade i analysen. Berörda patientföreningar har ett stort antal medlemmar utspridda över landet och från andra länder – vilket minimerade risken att andra som läser examensarbetet kan urskilja respektive informant. Fokus i gruppintervjun var digitaliseringens möjligheter till ökad tillgänglighet och delaktighet för målgruppen. Inga frågor berörde informanternas privata förhållanden, personliga situation eller hälsa. Dock berördes ämnet hälsa eftersom examensarbetet skrivs inom området folkhälsovetenskap.

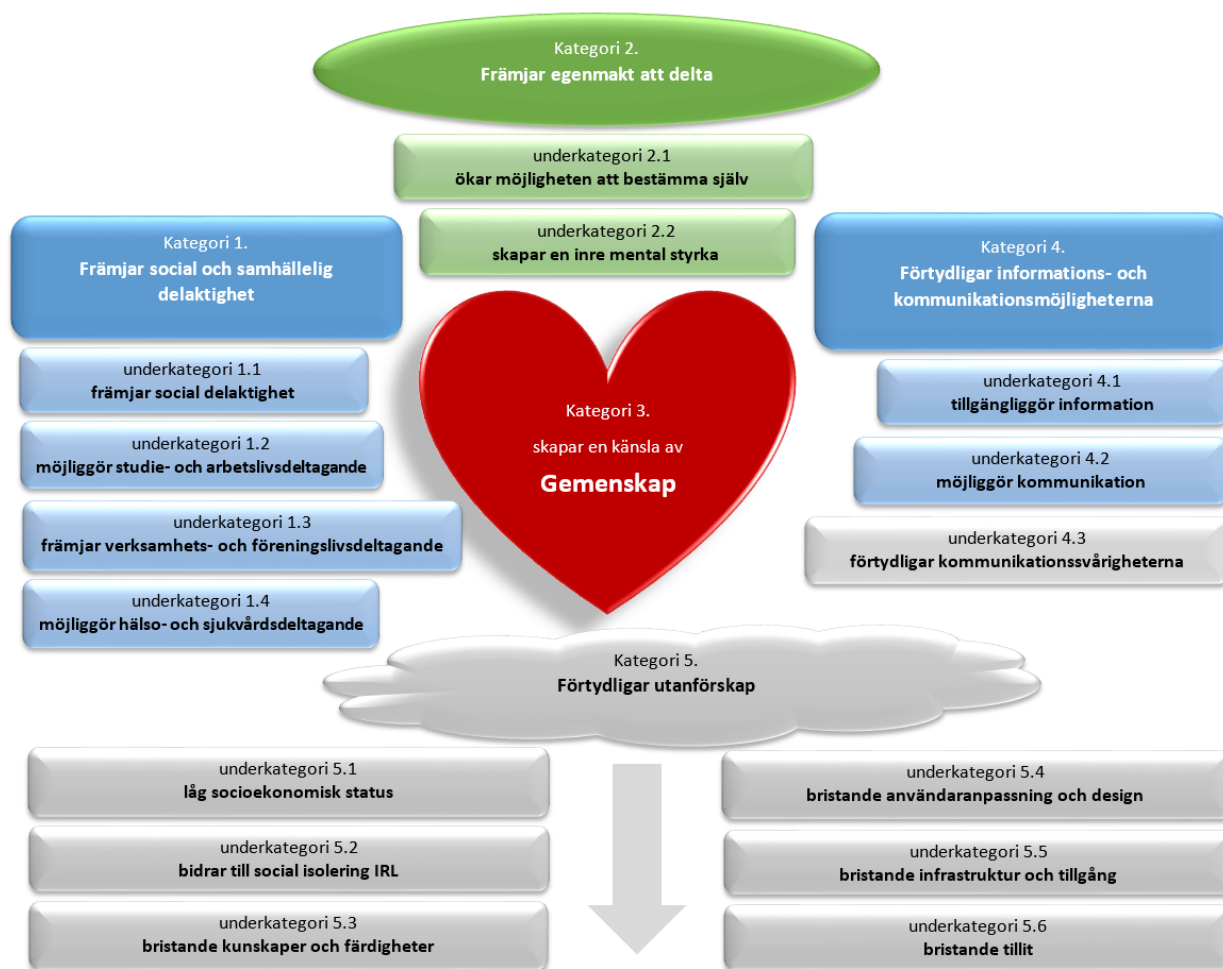
Dessutom har *datasäkerhet* och dataskydd tagits hänsyn till, i enlighet med högskolans riktlinjer (HS, 2023). Data samlades in via det digitala mötesverktyget Zoom. Dator som användes för den aktuella examensstudien skyddades genom uppdaterat viruskydd. Inspelad data och personuppgifter lagrades separat via för studien avsedda enheter, med specifika kodningsnycklar. All data har avrapporterats så att enskilda personer ej kan identifieras. Samtliga person- och kontaktuppgifter samt inspelad data (video) destruerades när studien var genomförd och godkänd för publicering.

Slutligen beaktades *nyttjandekravet*, i vilket insamlad data (gruppdiskussionsdata) enbart användes med koppling till den aktuella studien. Informanterna gavs även möjlighet att läsa igenom resultatet innan examensarbetet sammanställdes. Därtill informerades informanterna om när och var examensarbetet publicerades.

### 3 RESULTAT

Studiens syfte var att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Den aktuella examensstudien belyste digital delaktighet och tillgänglighet utifrån fem kategorier: *främjar social och samhällelig delaktighet, främjar egenmakt att delta, skapar en känsla av gemenskap, förtydligar informations- och kommunikationsmöjligheterna* och slutligen *förtydligar utanförskap*. Samtliga kategorier och dess underkategorier illustreras i figur 1.

**Figur 1.** Digital gemenskap med hjärtat i mitten - digitaliseringens påverkan på delaktighet och tillgänglighet för kvinnor med begränsande nack- eller rygg tillstånd.



Denna inledning beskriver kortfattat informanternas kännedom om de begränsningar som olika nack- och rygg tillstånd bidrar till och hur dessa påverkar individens möjligheter till ett aktivt deltagande IRL (In Real Life – som syftar till fysiska möten i verkliga livet utanför internet). Informanterna vittnade om att olika faktorer orsakar nack- och rygg tillstånd – såsom skador, sjukdomar eller arftliga faktorer. Nack- och rygg tillstånd begränsar individen mentalt och fysiskt – till exempel kognitiv påverkan, mycket smärta, extrem trötthet och begränsad energinivå. Men informanterna vittnade också om att olika nack- och rygg tillstånd många gånger orsakar en begränsad livssituation, flertalet sjukskrivningar och läkarbesök samt begränsningar att delta både socialt och i samhällslivet. De sade att man mister många i sin omgivning, exempelvis kontakten med sina arbetskamrater – vilket i förlängningen kan bidra till mycket ensamhet eller att man isoleras ifrån sin omgivning och samhället.

## Kategori 1. Främjar social och samhällelig delaktighet

Den första kategorin, *främjar social och samhällelig delaktighet*, belyste att de med begränsande nack- eller rygg tillstånd kan delta och vara en del av samhället med hjälp av digitaliseringen. Dessutom vittnade informanterna om att pandemin hade främjat digitalt deltagande. Informanterna menade att digitaliseringen hade gjort stor skillnad för dem med ryggproblem och som en informant uttryckte att digitaliseringen är energisparande för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Denna kategori innefattade totalt fyra underkategorier: *främjar social delaktighet*, *möjliggör studie- och arbetslivsdeltagande*, *främjar verksamhets- och föreningslivsdeltagande* samt *möjliggör hälso- och sjukvårdsdeltagande*.

### Underkategori 1.1 Främjar social delaktighet

Den första underkategorin, *främjar social delaktighet*, handlar om att digitaliseringen har främjat delaktighet med andra människor – som att genomföra olika typer av Zoomträffar, sociala träffar, gruppträffar och digitala möten. Informanterna menade att digitaliseringen möjliggjorde digitalt umgänge, såsom fikat träffar hemifrån med vänner eller föreningsmöten – som också har möjliggjort stöd för olika grupper. En informant berättade att familjen till och med firade pandemijulen via Zoom. Dessutom främjade digitaliseringen möjligheten att umgås med ny och oväntad vänskap enligt informant 6 i grupp 2.

**Informant 6:2** [...] digitaliseringen har ju också gjort att man träffas och får vänner - med folk som man aldrig hade träffat annars kanske [...] och om de bor i fel stad eller med de som man inte skulle tro att man skulle umgås med och man kanske hade valt bort [...]. (Citat informant 6 i grupp 2)

Digitaliseringen främjade också kontakter över hela världen – inklusive kontakter med släktingar som bor utomlands. Digitaliseringen hade därmed även skapat möjlighet att träffa personer från andra länder och tidszoner. En informant menade också att det var lätt att hitta likasinnade. Digitaliseringen hade därmed möjliggjort olika typer av sociala kontakter, allt ifrån utbildning, symöten till patientdiskussioner.

**Informant 4:3** Ja det är ett intresse och så är det en grupp och så växer det och så blir det mer och mer - och folk går på utbildningar och lite såna här grejer. Det har varit kanonroligt [um].

**Informant 2:3** [...] är man det minsta lilla nördig inom nånting så är det så mycket lättare å hitta likasinnade online - än att det ska bo ett antal på samma lilla ort [um] med samma nördiga intresse liksom [um] däå för det är lätt att hitta likasinnade idag tack vare digitaliseringen [um um].

**Informant 3:3** Och också om man inte har släkt i samma - i ett annat land - jag har inte kunnat resa utomlands på många år - då är de ju det ännu bättre faktiskt - för att man kan få kontakt med släktingar [um]. (Citat informant 2, 3 & 4 i grupp 3)

Dessutom nämndes att digitaliseringen hade möjliggjort att personer med begränsande och smärtsamma rygg tillstånd kan hitta andra personer i omgivningen och vården med liknande erfarenheter. Utöver detta så belystes att det digitala även når hemmasittare.

### Underkategori 1.2 Möjliggör studie- och arbetslivsdeltagande

Den andra underkategorin handlar om att digitaliseringen *möjliggör studie- och arbetslivsdeltagande* för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Informanterna i samtliga grupper vittnade om att digitalt arbete hemifrån främjar arbetsförmågan och underlättar arbetsdeltagandet. Samtidigt möjliggör digitaliseringen fysiskt mer lämpliga

arbetsuppgifter. Dessutom belyste informanterna att covid hade främjat hemarbete digitalt.

**Informant 4:2** Jag tänkte på en aspekt - om man ää inte kan jobba längre så mister man ju den kontakten med tidigare arbetskollegor [mm mm] äää. Är men väldigt sjuk så kanske man isolerar sig och inte orkar gå ut - eller trötthet, kognitiv svikt - träffa andra - så blir ju livet väldigt litet. Man mister många liksom. Så det är ju...

**Informant 1:2** Där måste jag bara haka på lite också [...] - men jag tänker just på det här med digitaliseringen [...] äää den tycker jag har underlättat. Jag jobbar ju alltid eller har liksom gjort det länge men jag har också börjat bli sämre också om man tänker så - men just det här att kunna jobba både hemifrån och kunna jobba liksom digitalt [JA] har ju underlättat jättemycket. Jag tror inte att jag hade liksom kunnat jobba alltid om jag inte hade fått lov att - man både styr tid och en hel del själv också [...] att jobba hemifrån. (Citat informant 1 & 4 i grupp 2)

Därtill belystes möjligheten att delta i digitala utbildningar och studier hemifrån.

**Informant 4:1** Okej men jag tänkte kanske - oavsett om man är sjuk så kan man ibland - så kan man koppla upp sig digitalt och det är möten för oss vuxna eller skolarbete för de som är yngre och jag bara tycker att det är underbart [...]. (Citat informant 4 i grupp 1)

### Underkategori 1.3 Främjar verksamhets- och föreningslivsdeltagande

Den tredje underkategorin beskriver att digitaliseringen *främjar verksamhets- och föreningslivsdeltagande* för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. En informant berättade att hon själv hade blivit mer aktiv i digitala verksamheter, medlemsmöten och politiska möten än före pandemin. Digitaliseringen hade möjliggjort att patientföreningarna har kunnat genomföra digitaliserade träffar, tematräffar, årsmöten och föreläsningar genom Zoom. En digital förening kan ha fler föreningsmöten, kan nå ut till fler och värva fler medlemmar – även från andra länder – än en fysisk förening. Dessutom främjade den digitala föreningstidningen medlemskap i och med att denna publiceringsform möjliggjorde en lägre medlemsavgift.

**Informant 3:3** [...] jag startade en patientförening samtidigt som den här föreningen - som är med här och äää den här är väldigt digital - åå våran var det inte. Jag var jättemycket för digitaliseringen - men flera i styrelsen där ää det inte. Och jag ser ju skillnaden på våran förening hur dom når ut och hur denna har nått ut som jag är med i [föreningsnamnet] och i [föreningsnamnet] och det bara sprider sig [informanten visade utvidgningen med armarna rakt ut] med det digitala med den förening som jag startat då - inte alls når ut på samma sätt - så det är så tydligt - så att jag liksom - jag har tagit [föreningsnamnet] som ett gott exempel på hur långt man kan nå [...]. (Citat informant 3 i grupp 3)

Dessutom belyste en av informanterna att den digitala patientföreningen som hon medverkar i har mycket informationsmaterial på nätet, kan ge socialt stöd till medlemmar samt stöd att hitta material och föreläsningar.

### Underkategori 1.4 Möjliggör hälso- och sjukvårdsdeltagande

Den fjärde underkategorin, *möjliggör hälso- och sjukvårdsdeltagande*, beskriver att digitaliseringen hade bidragit till ökad delaktighet och tillgänglighet till digitala hälso- och sjukvårdstjänster – exempelvis beskrevs att pandemin bidrog till att sjukvårdskontakterna fortsatte digitalt och att den kontinuerliga kontakten med vården var räddningen. Informant 3 i grupp 1 menade att digitala läkarbesök är en nödvändighet och att det inte hade gått att göra vårdbesök utan digitaliseringens möjligheter.

**Informant 4:2** [...] sjukvårdskontakter under pandemin - det blev ju sjukterapi fast behovsstyrt ää och då hade jag haft en lång kontakt ää hon som jag hade då och vi fortsatte i och med digitalt då med Zoom ää och det tyckte jag [...] - och det var liksom inga problem - och vi fortsatte diskussionerna liksom med dator

och Zoom [...] För efter ää under ett tag så hade jag [...] att man absolut inte fick träffas på mottagningen [um] men ää så att då var man van vid personen och så - så var det helt okej [um] och ää det var nog räddningen stundtals - så att man kunde ha den kontinuerliga kontakten. (Citat informant 4 i grupp 2).

Vidare menade informanterna att digitaliseringen möjliggjorde användning av digitala hälso- och sjukvårdstjänster. Exempelvis nämndes att flera vårdmöten var digitala – såsom digitala läkarbesök, föreläsningar online och också digitala träffar med fysioterapeut samt möjlighet att genomföra onlineträning och fysioterapiträning hemifrån på distans. Informant 6 i grupp 1 menade att det är smidigt med digitala vårdkontakter - men informanterna menade också att digitaliseringen hade bidragit till ökad delaktighet i deras vård. Dessutom har nya digitala lösningar för vårdkontakter utvecklats - såsom nedladdningsbara vårdappar – till exempel läkarkontakt via KRY-appen - eller hemsjukvård med hjälp av kamera. Det framkom också att digitaliseringen hade främjat tillgång till snabb och smidig diagnostisering och svarshantering. En utmaning som framkom för målgruppen var dock svårigheten att genomföra kliniska och fysiska undersökningar digitalt.

**Informant 2:3** Jag ää skulle kunna träffa även min fysioterapeut på ää distans - för dom flesta övningar som jag testat eller gör med henne ää e ju övningar som jag ska göra hemma. Jag är inte nere och tränar på fysioterapeutens gym eller så utan det är hemövningar [um] ää och så kollar vi ju av dom och så får jag nya övningar hem - för att det... utvärdera hur det har gått och så vidare ää och även det borde gå att göra på distans [...]. Och tittar man då på ja men okej ska man sätta akupunktur eller ge massage eller undersöka nån då måste man vara fysisk - men ska du inte själv hålla på oo känna och bända och vrida i någon ta det digitalt da [um] det sparar tid för patienten och det sparar ää tid för vården - det finns väl bara fördelar med de ja [um um]. Jag deltar dessutom med en ää annan studie just nu [um] ää där det ää forskare på SU som ää håller på och göra en ää dom vill ta fram ett digitalt verktyg för personer som lever med kronisk smärta [um] för att kunna få bättre hjälp mää vad, vad kan jag göra liksom - nu behöver jag den här hjälpen av vården och så och hitta digitala verktyg kring det och så just dem - vården börjar fatta men det är långt kvar [um um]. (Citat informant 2 grupp 3)

Den största utmaningen med digital vård som fler informanter uppgav var att det är svårt med manuell behandling digitalt – exempelvis nämndes att det är svårt med massage. Dock menade fler informanter att det inte var några problem med psykiatribesök digitalt.

## Kategori 2. Främjar egenmakt att delta

Den andra kategorin belyser att digitaliseringen *främjar egenmakt att delta* utifrån egna förutsättningar och behov – vilket beskrivs genom underkategorierna *ökar möjligheten att bestämma själv* och *skapar inre styrka*.

### Underkategori 2.1 Ökar möjligheten att bestämma själv

Underkategorin *ökar möjligheten att bestämma själv* beskriver att digitaliseringen har ökat möjligheten för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd att själv bestämma över sitt deltagande oavsett livssituation, dagsform, mående och plats. Dessutom uttrycktes valmöjligheten att bestämma hur aktiv man är som positivt. Bland annat uttrycktes att livet upplevdes som lite lugnare i och med det digitala och att det digitala spar energi och ork. Att kunna välja digitala möten är smidigt, underlättar och förenklar vardagen jättemycket, är mindre ansträngande och krävande och är helt nödvändigt för vissa av informanterna – i jämförelse med att vara iväg på en föreläsning IRL. Informanterna lyfte det positiva med att deltagandet hade förändrats från långa resor och telefonmöten till digitala möten och webinarier. Utöver förbättrad ork och kraft menade informanterna att digitala möten också spar tid (särskilt restid) och pengar - och informanterna uttryckte att restid påverkar orken och

att fysiska möten påverkar både orken och körförmågan negativt. En informant nämnde fördelen med att slippa ta ledigt för läkarbesök. Annat som underlättade enligt informanterna var att det är möjligt att se föreläsningar i efterhand när man orkar.

**Informant 2:3** [...] personligen så gör det ju att jag en dålig dag kan delta i vissa saker ää en dag som jag annars hade varit helt utestängd från - vare sig det handlar om att jag har ett inbokat läkarbesök eller att jag egentligen skulle ää delta på en föreläsning eller amen `what ever` tack vare digitaliseringen - så för mig var pandemin fantastisk utifrån de tekniksprånget som togs i samhället i stort [um um] ää jag ju fått mycket större möjligheter att kunna delta hemifrån i min ställbara säng - som just nu [um um] ää katten ligger på mina ben och sover - ja ee inkruken under mitt duntäcke mää ää kuddar och grejer runt om hela mig - men det behöver inte alla se - alla behöver inte fundera över det [uum] ää och så kan jag få vara med [um] och det betyder jättemycket för mig.

**Informant 1:3** Jag tänker precis som [pratar till Informant 2 i grupp 3] att det är väl egentligen ää jag sa det till dig Åsa [pratar till moderatoren] när vi pratade första gången att det är det goa med pandemin har fört med sig - ää de var en eländig tid - men just det här att digitaliseringen gjorde att även vi med mä begränsningar, svåra begränsningar, och att vi med begränsningar kan delta och vara en del av samhället - även en dålig dag kan man delta åtminstone en stund och man behöver inte alltid visa bild på sig själv heller och man kan lyssna, och man kan lyssna en stund eller man kan slå av eller man kan gå ifrån och så vidare och så ää det har gjort en enorm skillnad ää för väldigt många och har man dom här ryggsproblemen. Och i mitt fall så har jag svårt att resa till exempel och man tittar på det ur flera aspekter - både rent miljömässig och ekonomiskt och på alla sätt och vis så är ju digitaliseringen ää verkligen nånting positivt [um um], man behöver inte resa för att se - utan man kan göra det ää på det här sättet. Vi sparar både pengar och miljö he he och ork och kraft och så hos oss och så som är begränsade i vår... att delta [um um] så att [um].

**Informant 3:3** De ää just det här man det - den digitala biten då - som jag - då jag har kontakt med sjukvården då och att jag har möjlighet att välja - om jag har en dålig dag idag eller mår du inte så bra - vi kan ta det digitalt nästa gång [um]. Jag menar att det var första gången jag var där och dom sa det att det var möjligt att välja [um] men [storstadsnamn] är väldigt långt framme i det tror jag [um] känns det som [um]. Det är jag väldigt tacksam för [um]. (Citat informant 1, 2 & 3 i grupp 3)

Utöver att det digitala möjliggjorde deltagande när måendet begränsar, belystes också möjligheten att välja på vilket sätt möten genomförs utifrån mående och dagsform. Det kan handla om att kunna sitta eller stå hur man vill, kunna gå ifrån, stänga av eller lyssna en stund och till och med delta hemifrån sängen eller när man tar en promenad. Dessutom framkom att deltagandet underlättades i och med att man slapp städa och som en informant uttryckte att mötesdeltagare inte behöver se alla grejer i bakgrunden. Annat positivt som framkom var att det var enkelt att beställa mat och få hemkörning av matvaror som var viktigt för att slippa gå och släpa tungt. Två informanter uttryckte att om digitaliseringen försvann skulle livet bli svårare.

**Informant 4:3** Det är superbra - man slipper ta en heldag för att ... jag måste till till läkaren - orkar jag det idag [ja ja] - bara den tanken lättar ju [Ja].

**Informant 5:3** Bara en restid till läkare påverkar ju en [um um] och så sitta i bilen ii aa nio mil [aa] tur och retur och då är man ju helt färdig [ja det är ju klart].

**Informant 2:3** Och då finns det ju inte en enda sked kvar - skulle de ha börja böja lite på en eller nåt då - ursäkt jag ska kunna köra hem också [um um]. (Citat informant 2, 4 & 5 i grupp 3)

Dock skapade digitaliseringen även en betungande känsla av att vara tillgänglig dygnet runt.

## Underkategori 2.2 Skapar en inre mental styrka

Den andra underkategorin, *skapar en inre mental styrka*, framkom främst i intervjugrupp 1. För det första vittnade informanterna om att digitaliseringen har bidragit till en känsla av att kunna vara sig själv bakom skärmen, skapat en tro på sig själv, gett mer självkänsla och självstyrka, stärkt och utvecklat sig själv samt skapat en större förståelse för sig själv och även

en form av frihetskänsla.

**Informant 6:1** [...] och det har blivit bättre med digitaliseringen än det va innan corona och att vi har möjligheten till att vara hemma mer - det har gjort att i alla fall för mig och jag kan jobba mer och jag kan plugga mer och jag har mer energi och när jag har en dålig dag så behöver inte all veta att jag har en dålig dag [Nää] och då får jag lite mer så här - då då kan det fortfarande - ja vara mitt hälsoproblem och inte nånting som jag måste dela med alla och så jag kan liksom - jag vet inte - för mig har det gjort att jag har fått lite mer självkänsla och lite mer så här [åå ja] äää jag vet inte hur jag ska förklara - det har gett mig lite mer [styrka] självstyrka. (Citat informant 6 i grupp 1)

En av informanterna lyfte betydelsen av att själv kunna överbrygga hälsoproblem genom att mötesdeltagandet sker bakom en skärm i stället för IRL. Flera informanter uttryckte att det faktiskt blir mitt hälsoproblem, måendet blir privat, det blir ett lite mer normalt liv, att det är underbart med digitala möten trots min sjukdom och slutligen att inte behöva dela mitt mående med andra. Sammantaget skapade digitaliseringen ett deltagande på lika villkor.

**Informant 3:1** Ja man deltar liksom på mer lika villkor då.

**Informant 6:1** Ja just det precis [ja precis]

**Informant 3:1** Man blir mer jämlik liksom

**Informant 6:1** Inte för att jag säger att jag döljer nånting - jag är ju inte - jag är den jag är - jag döljer ingenting - men jag behöver inte säga - för att jag kommer in haltandes en dag och inte haltande en annan dag. Jag behöver inte berätta varför och jag behöver inte - du vet folk ser på dig åå vad har hänt stackars dig och så behöver du förklara igen. Nää det här är nånting som händer och dom lyssnar liksom inte alltid och så måste man gå igenom alla de där känslorna och allt det där försvinner lite med det digitala. Det är vad jag... [JA precis]. (Citat informant 3 & 6 i grupp 1)

### Kategori 3. Skapar en känsla av gemenskap

Den tredje kategorin beskriver att digitaliseringen *skapar en känsla av gemenskap* för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd. Som nämnts tidigare har digitaliseringen skapat social delaktighet men också en känsla av gemenskap och tillhörighet. Fler informanter uttryckte att digitaliseringen har gjort att man inte känner sig utestängd, ensam, isolerad eller bortglömd.

**Informant 2:2** Men då hade vi ju gått tillbaka till artiklar istället så att alla hade fått läsa sig fram istället - ää men jag tänker att ää jag som ensamstående utan barn [mm mm] skulle bli väldigt isolerad - för idag så kan jag känna mig isolerad - men jag har ändå telefon, jag har internet, jag kan kommunicerar det mesta via Facebook faktiskt eller via nätet [ja] så det - då skulle jag känna mig helt bortglömd tror jag.

**Informant 4:2** Samma här. (Citat informant 2 & 4 i grupp 2)

Digitaliseringen har bidragit till digitalt deltagande och skapat en positiv känsla av att man är på plats och kan lyfta frågor och att alla blir inkluderade som deltar i digitala möten – men också att det är betydelsefullt att kunna vara med i ett sammanhang.

**Informant 3:3** Jag ser ju så tydligt då ää just det här att man kan ha mycket möten, alla ää som är med i en förening kan liksom lyfta sina saker - de kan va mee i våran förening då som ee de vill vara fysiska i den styrelsen och ää där kommer det väldigt få på de få möten som ee då har det varit väldigt dålig aktivitet nu under pandemin [um] och det är ju precis tvärtom i våran digitaliserade förening [föreningsnamnet] då som är väldigt digital och vill ut åå och liksom jag menar aa fått in medlemmar från andra länder och det är ju helt fantastiskt [um] och inte behöva åka iväg och ändå få ta del av alla dessa fantastiska webinarier och allt sånt där - det känns ju ändå som man sitter och är med på plats och man kan ändå lyfta sina frågor och allt sånt där och det ee och jag är ju extremt positiv till digitaliseringen. (Citat informant 3 i grupp 3)



## Kategori 4. Förtydligar informations- och kommunikations- möjligheterna

Den fjärde kategorin, *förtydligar informations och kommunikationsmöjligheterna*, handlar om att digitaliseringen möjliggör tillgång till samhällsviktig information och kommunikation via tekniska lösningar. Kategorin inbegriper underkategorierna *tillgängliggör information*, *möjliggör kommunikation* och *förtydligar kommunikationssvårigheter*.

### Underkategori 4.1 Tillgängliggör information

Den första underkategorin, *tillgängliggör information*, handlar om att digitaliseringen möjliggör inhämtning av betydelsefull kunskap och information via internet. En informant uttryckte denna möjlighet som att en digital värld har öppnat sig: Tillgängligheten har ökat, det går att söka och hitta bra information på nätet och det går att söka fram information för att vara förberedd inför kontakt med vården.

**Informant 1:2** [...] alltså jag älskar ju att läsa min journal - jag älskar och sitta och läsa liksom och googla på olika grejer som jag liksom inte hänger med på eller inte förstår och vill lära mig mer av och vara förberedd och dom här grejerna [...]. (Citat informant 1 i grupp 2)

Enligt informanterna är det enkelt att både skaffa information och få tillgång till kunskap och en egen kunskapsbank som en informant uttryckte sig – men också tillgång till olika former av pedagogik och distanskurser. Utöver detta ansåg en informant att det är enkelt att få tillgång till nyhetssändningar, hälsoinformation, forskningsstudier och professionella föreläsningar – även från andra länder. Informanterna menade att det är lätt att hitta mycket på Google och att världen blir både större och mindre – genom till exempel digitala resor och museibesök.

**Informant 3:1** Jag kan liksom skaffa mig information på ett sätt som inte har exciterat tidigare och därför - ja jag är ju ute och reser [ja] - jag är ju på digitala museer och jag är på ää och jag blir åksjuk i Schweiziska alperna [haha] ää när man tittar på nyhetssändningar så kan jag gå till "kartan" och se vad det är som händer ää [um ja]. Vi hade inget av dom grejerna förut.

**Informant 6:1** Världen har blivit både mindre och större med det digitala. (Citat informant 3 & 6 i grupp 1)

En informant uttryckte också att hon råddes att vända sig till Google för inhämtning av information angående tekniska lösningar och att det finns bra självhjälpsfilmer på YouTube.

### Underkategorin 4.2 Möjliggör kommunikation

Den andra underkategorin visade att digitaliseringen *möjliggör kommunikation* – som ansågs vara en betydelsefull faktor för digital delaktighet och tillgänglighet för målgruppen. Först och främst belyste informanterna att pandemin påverkade och förbättrade den digitala kommunikationsmöjligheten och som en informant uttryckte att det är fantastiskt att kunna kommunicera med sin läkare och att läkaren faktiskt svarar på skickade meddelanden.

**Informant 1:2** Jag älskar liksom verkligen 1177 - jag är en av dem som gärna kommunicerar - alltså skickar meddelanden och dom här grejerna och liksom alltså ja ja ja skickar meddelanden och skickar liksom grejer till min läkare som hon ska läsa och hon tackar och tycker och ååå vilken intressant artikel. (Citat informant 1 i grupp 2)

Dessutom handlar denna kategori om digitala läkarkontakter genom olika vårdappar.

## Underkategori 4.3 Förtydligar kommunikationssvårigheterna

Den tredje underkategorin belyste att digitaliseringen också *förtydligar kommunikationssvårigheterna*. En informant uttryckte att det var bättre att prata med personen än att skriva i en chatt och en informant lyfte att chattkontakt inte är bra om personen mår dåligt psykiskt och en annan uttryckte att det är svårt att kommunicera skriftligt med en nätpsykolog.

**Informant 1:2** Det som jag inte gillar med 1177 är att man inte kan chatta med varandra på 1177 - vi kan inte det - utifall att [men då]. Men jag skickar ett meddelanden och så kan läkaren kan svara på det - men så lika ofta så skickar läkaren ett meddelande till mig - men jag kan inte svara läkaren. (Citat informant 1 i grupp 2)

Kommunikationen mellan läkare och patient är betydelsefull men fungerar inte alltid och en informant uttryckte brist på digital kommunikation i vården. Därtill framkom en osäkerhet kring läkarens digitala förmåga för att ta emot patientens redogörelse men också en förhoppning om att AI kommer kunna vara ett stöd i kommunikationen mellan läkaren och patienten i framtiden.

**Informant 3:2** [...] kunde man då ha varit skadad i 22 år så kan det bli lite jobbigt att träffa nya läkare [um um] och upprepa saker och ting - så dom sitter på dom - ja ha ja ha det här låter avancerat och så ser man hur läkaren letar efter något att skriva på och det kan bli allt ifrån en servett till en pappersbit eller eller riva av nånting och så börjar de att anteckna och så tänker man men herregud hur fick de med min story där? - ää åå då försökte ja få in att... Det där måste ju kunna gå att få in digitalt ää för läkaren - där man liksom får upp huvudrubriker och sen så kan läkaren gå in och läsa specifikt - lite mer avancerad läsning för varje rubrik. (Citat informant 3 i grupp 2)

Det framkom också andra kommunikativa utmaningar i kontakten med vårdpersonalen under intervjuerna kopplat till att söka och äga sin vårdinformation – vilket i flera fall påverkade kommunikationen mellan patienten och läkaren negativt.

**Informant 2:2** [...] även det här med att söka information på nätet - man tittar på 90-talet och innan ää så var det Bonniers-atlas liksom [um um precis] ää [...] vad som helst och måste kunna använda kolan för att kunna urskilja det som inte är relevant - plus att läkare uppskattar inte att man studerar själv - vilket i våra fall så är det ju nästan ett måste för att komma vidare. (Citat informant 2 i grupp 2)

Informant 1 i grupp 1 tog också upp denna aspekt kopplat till inhämtning av hälsoinformation och risken med att bli anklagad av sin läkare för att man läser på och googlar för mycket:

**Informant 1:1** Det är ju - det beror ju på hur man lägger fram det till vården - du skall inte vara rädd - för att jag har pratat med ... för jag har pratat med andra som har sagt det - ja men man vågar inte läsa på för att då ska man bli anklagad för - och även om det nu gäller [aa] ... men ää samtidigt så skapar man ju man vill få kunskaper för att förstå bättre och känna igen det bättre. (Citat informant 1 i grupp 1)

## Kategori 5. Förtydligar utanförskap

Kategorin *förtydligar utanförskap* belyser att digitaliseringen förtydligar ojämlik tillgång till digitaliseringens möjligheter och en förstärkt ensamhet som beskrivs genom följande underkategorier: *låg socioekonomisk status, bidrar till social isolering IRL, bristande kunskaper och färdigheter, bristande användaranpassning och design, bristande infrastruktur och tillgång samt bristande tillit*.

### Underkategori 5.1 Låg socioekonomisk status

Underkategorin med namn *låg socioekonomisk status* belyser att digitaliseringen påverkar deltagandet för de med sämst ekonomi negativt – och att den förtydligade ojämlika

tillgängligheten är en klassfråga. Vidare belystes att de med sjukersättning eller sjukpension *ej* har råd att köpa teknik med god prestanda. Dessutom menade informanterna att det är få med kroniska nedsättningar som klarar heltidsjobb och får en vanlig lön samtidigt som digitaliseringen kostar mycket – exempelvis uttryckte en informant svårigheter med orimliga fiberkostnader. De uttryckte också att det borde vara en rättighet att kunna kommunicera med omvärlden samt att få ersättning så att människor har råd med teknologin.

**Informant 1:3** Det är ju så att alla har ju inte möjligheten - men samtidigt tänker jag så här - ja men om det inte skulle finnas digitaliseringen då skulle ännu färre ha möjligheten - för dom som inte har råd att ha en dator och sånt har ju knappast råd att resa nån stans heller för att delta på ett möte - så det är ju ännu värre - det ee kostnad ju - enormt mycket pengar - så att men men det jag håller ää med [pratar till informant 3 i grupp 3] att det är klart att man borde fundera - men men det är väl en annan fråga - en helt annan politisk fråga - människor borde nästan ha det som en rättighet för att kunna ha - kunna ha möjlighet att kommunicera med omvärlden och ha den ää ja ersättningen så man har råd att liksom göra det faktiskt [um]. (Citat informant 1 i grupp 3)

## Underkategori 5.2 Bidrar till social isolering IRL

Den andra underkategorin om utanförskap beskriver att digitaliseringen *bidrar till social isolering IRL* – som en informant uttryckte att digitaliseringen är som ett dubbelsidigt mynt. Denna kategori visar att vissa informanter ansåg att det var svårt att balansera mellan sociala IRL-kontakter och digitala kontakter. För det första framkom att digitaliseringen skapar en form av social isolering IRL. Fler informanter menade att det finns en fara med att bara vara social hemma helt ensam bakom en skärm – vilket skapar en viss ensamhetskänsla, samtidigt som det skapar en tomhets- eller ensamhetskänsla när skärmen stängs av. Det uttrycktes att livet kretsar kring det digitala och att digital avhållsamhet kan skapa abstinens. För det andra framkom det att vissa mår sämre av att gå ut IRL – som någon uttryckte att det är socialt kravlöst och skönt att vara hemma bakom sin skärm. Dock nämndes risken med att för lite umgänge med andra kan skapa beteendeproblem. ”*Det ligger väldigt mycket i den här bokytteln: Vart ska du gå? UT!*” Citatet illustrerar bland annat en informants tankar kring hennes ökade grad av social IRL-isolering. Dessutom uttryckte en informant att hon upplever någonting när hon fikar med någon IRL och att hon har svårt att uppleva någonting bakom en skärm. Det går inte att bortse ifrån att fler informanter ansåg att fysiska möten är viktiga. Flera informanter uttryckte att fysiska möten är bäst, att det är svårt att jämföra personliga möten med digitala, att träffa vänner fysiskt ger energi, att det fysiska mötet med vänner ger ytterligare en dimension och att samtal ansikte-mot-ansikte underlättar.

**Informant 5:1** Sen blir det ju en viss ensamhet också med digitalisering ää man... alla sitter hemma framför sin skärm [ja] vi vi behöver ju faktiskt träffa människor [um] på riktigt också. Just för det här liksom det här med kroppsspråk och allting - man är - man ää - tillslut kommer vi bara sitta framför skärmarna och inte träffa nån annan människa. Det är ju också lite läskigt tycker jag!

**Informant 6:1** Jaa, men där har du ju asså - du har helt rätt faktiskt. För att visst finns ju dom som absolut inte klarar att ta sig ut [nä] knappt och där - det blir - det ändå - men kanske för oss som kan de ändå - ää det kan ju bli farligt att fastna i kanske bara att vara social hemma! [...]. Nej - jag tänkte precis samma sak egentligen eller rättare sagt - det blir kanske ändå mer ensamt när man stänger av skärmen efteråt - än liksom för att om man går och tar en fikar nån gång så är man i alla fall med nån och så när man går hem igen så har man liksom upplevt nånting - vet inte om man upplever nånting när man sitter vid en skärm på samma sätt - jag vet inte riktigt (nä).

**Informant 3:1** Lite så är det ju - för att jag kan hålla med er där - eftersom för att jag är i den - är i den sitsen nu [mm]. (Citat informant 3, 5 & 6 i grupp 1)

## Underkategori 5.3 Bristande kunskaper och färdigheter

Den tredje underkategorin handlar om att digitaliseringen förtydligar *bristande kunskaper och färdigheter* – som utöver ekonomiska svårigheter är en avgörande faktor för digitalt deltagande för personer med begränsande rygg- och nackproblematik. En informant menade att digitaliseringen har skapat lika mycket svårigheter som den har hjälpt. Det är fler som klarar av det digitala samhället idag – samtidigt som många står utanför digitaliseringen – beroende på bristande intresse och kunskap eller andra svårigheter som skapar digitalt utanförskap. Vidare menade en informant att det digitala samhället är anpassat för dem som kan och tycker det är roligt och att ett digitalt samhälle sätter de som tycker att det är svårt eller de som inte förstår hur de ska göra utanför. Dessutom menade en informant att många är negativa till digitaliseringen och en annan informant menade att det är en åldersfråga. Dock påpekades att ryggsjukdomsrelaterade faktorer som glömska, koncentrationssvårigheter, mental- eller hjärntrötthet påverkar inläringen negativt kopplat till det tekniska kunnandet och att de som kämpar med tekniken blir mer isolerade. En informant uttryckte också att många har svårt att hänga med i den snabba teknikutvecklingen. Informanten uttryckte att det är jättejobbigt med teknikkrångel och att det oftast handlar om att hon har tryckt fel – men att anhörigstöd och övning ger färdighet.

**Informant 1:3** [...] det är sällan jag har problem med uppkopplingen. Det händer väl nån enstaka gång men oftast är det mitt eget fel då att jag har gjort nånting - att jag har tryckt he he [um]. Jag brukar säga om man kan vara teknikhandikappad så är jag nog de he he - jag har blivit bättre - jag har varit tvungen att lära mig - ja jag tycker det är jättejobbigt med teknik - det krånglar [um um] men övning ger färdighet he he [um um]. [en informants uppkoppling bröts en kort period]

**Moderatorn:** Är du självlärd då [till informant 1 i grupp 3].

**Informant 1:3** Jaa så är det väl, så är det väl - jag brukar fråga min man och han är väldigt duktig - hur gör man och så visar han mig så snabbt- nää inte - det där var ingen idé - du lärde mig inte - du bara gjorde det åt mig he he - nu tar vi det igen och så får vi göra det i slowmotion [um] och de ää då - ja så är det [um].

**Informant 2:3** Och så ska jag göra som du berättar och sitta bredvid så det blir rätt [ja, ja, precis!] - själv ska jag utföra varje steg [precis] då lär jag mig [um um]. (Citat informant 1 & 2 i grupp 3)

Slutligen nämnde informant 3 i grupp 1 möjligheten till digital utbildning – ”*som genomförs på vårt bibliotek*”. Informanten talade även om att det handlar om att lära sig och våga använda tekniken. I samband med detta menade en informant att även de professionella måste ha den digitala kunskapen.

## Underkategori 5.4 Bristande användaranpassning och design

Underkategorin *bristande användaranpassning och design* belyser försvårande digitala tillgänglighetsfrågor. För det första beskrev informanterna att det är svårigheter att söka fram information på vårdguiden 1177 – exempelvis att det var svårt att söka fram rätt vårdavdelning. Dessutom beskrev informanterna sina erfarenheter kopplat till journalerna i Vårdguiden 1177: Att det skrivs mycket fel i journalerna, att informationen i journalen kan skapa ångest om det står något allvarligt inskrivet i journalanteckningarna och att journalanteckningarna kan skapa funderingar över vad det egentligen stod.

**Informant 1:2** [...]och samtidigt så kan man ju - det finns ju en viss risk i det - om du läser nånting som inte är jättebra åå läsa om man tänker sig så om det står nånting som är eventuellt livshotande eller nånting så där och så gör man det en fredag eftermiddag då och man kan - man inte få tag på nån - då är det inte jättebra för ens ångest - om man säger så.

**Informant 6:2** Och det där när mottagningarna skickar brev mellan varande men det står bara skickat

brev då - jag undra vad står det i brevet? Det var jag lite nyfiken på i 1177 då - he he [precis! um um]. (Citat informant 1, 6 och 7 i grupp 2)

För det andra diskuterades tillgänglighetsfrågan kopplat till covid-testning. Vissa informanter uppgav att det var tidskrävande, svårnavigerat och komplicerat att boka ett hemtest. Framförallt handlade det om tillgänglighet rent funktionsmässigt – såsom svårigheter att hitta information och få sidorna att fungera – trots datorvana. Andra negativa faktorer kopplat till att söka information som framkom handlade om att det krävs specifika sökord eller koder.

**Informant 2:1** Har du inte ett specifikt sökord så är du väldigt väldigt låst. Förstår ni hur jag tänker - att om man jämför skillnaden mellan det analoga och det digitala. Det digitala är helt magiskt, men du måste ha den här typ Sesam öppna dig koden. (Citat informant 2 i grupp 1)

Slutligen nämnde flertalet informanter att BankID-kravet begränsar och låser ut olika grupper ifrån samhället. Informanter i grupp 1 och 2 menade att samhället tar för givet och räknar med att alla ska vara digitala. De menade också att ett digitalt samhälle ska vara tillgängligt för alla och att tillgänglighet handlar om att samhället även erbjuder e-legitimation, kontanter och kort.

**Informant 5:1** Men det borde finnas en valmöjlighet - liksom om jag inte kan ha ett mobilt BankID eller inte vill så ska jag ju kunna få de här tjänsterna ändå [um um].

**Informant 2:1** Idag är det lite som att har du inte ett mobilt BankID så finns du nästan inte [nä precis - precis um] - så det blir väldigt begränsat om man måste till exempel söka hjälp hemifrån då. (Citat informant 2 & 5 i grupp 1)

**Informant 4:2** Det är det här med BankID-samhället - det är ju jättebra med tillgänglighet med BankID, men sen finns det några stycken som inte får och kan ha det eller får ha det och då blir man ju utelåst [um um] och då är man glad att dom godkänner... Det finns vissa e-legitimationer som man kan använda, men till exempel om man ska logga in på Försäkringskassan nää BankID - [ja] ja. Skatteverket kan man logga in på ee e-legitimation och deklarerar - men koppla in sig på Försäkringskassa - det ee och det ska vara BankID.

**Informant 3:2** Och det tycker jag eee ju fruktansvärt - tillgängligheten ska vara liksom för alla. Ska vi ha ett digitalt samhälle så ska det ju också satsas på från samhällets sida och vara tillgängligt för alla.

**Informant 7:2** Um [...]. Precis! (Citat informant 3 & 7 i grupp 2)

## Underkategori 5.5 Bristande infrastruktur och tillgång

Den femte underkategorin handlar om att digitaliseringen förtydligar *bristande infrastruktur och tillgång*. Dels belyste informanterna att vissa regioner saknar sammanhållen journalföring och att utomlänspatienter får begära utskrift av journalen. Dels menade en informant att hon får förvara de skriftliga journalerna och funktionsberättelserna hemma – och informanten uttryckte detta som jobbigt att förvara journalföringen i pärmar. Samtidigt menade en annan informant att det kan innebära en hög kostnad att behöva skriva ut pappersjournalerna. Det blev tydligt att flertalet informanter var begränsade att delta genom digital vård och att digitala läkarträffar inte är möjliga på alla orter – trots långa sträckor till sjukvården och som en informant informerade att det saknas sjukvård på orten. En informant nämnde att vårdcentralbesök endast sker fysiskt eller via telefon – och en annan informant nämnde att hon alltid får åka till hälsocentralen. Andra faktorer som påverkade digital delaktighet och tillgänglighet i samhället var problem med den digitala uppkopplingen – vilket gör att uppkopplingen ansågs vara en sårbarhet: Dels att täckningen varierar beroende på mobiloperatör och mobilabonnemang, dels att anslutningen varierar beroende på var man bor eller beroende på vilken ort som man vistas på.

**Informant 2:3** Jag var i [...] på sportlovet... med familjen och dom åkte snowboard och jag satt i stugan - då hade jag en hel vecka utan mobilmottagning - det fanns inte överhuvudtaget - maken hade mobilmottagning för han hade Tele2, men jag har 3 som abonnemang - jag hade noll mottagning och bara för att man är på andra ställen så är det ju helt andra abonnemang som funkar - det funkar jättebra i städer. (Citat informant 2 i grupp 3)

Informanterna vittnade även om att tillgång till fiber och mobila nätverk varierar mellan olika orter i landet. En informant menade att det främst är osäker anslutning och fiberutbyggnad på landsbygden – och som en av informanterna uttryckte att det är heldött utanför stan och att hon saknar fiber till sin bostad. Dessutom menade en informant att fiberproblem skapar utanförskap. Dock var det en informant som dementerade detta och menade att uppkopplingen fungerade bra i det landsbygdsområde som hon vistades i – och som hon uttryckte det: ”Vi är lyckligt lottade som har fiber till hela byn”. Andra vittnade också om att uppkopplingen fungerade jättebra i städer.

## Underkategori 5.6 Bristande tillit

Den sista underkategorin, *bristande tillit*, handlar om att samhällets digitala system skapar en känsla av otrygghet. Exempelvis nämndes osäker journaltillgång vid kris och att digitaliseringen är sårbar – samtidigt som en annan informant menade att alla system är sårbara. Hon beskrev att även pappersjournaler kan försvinna. Vidare menade informanterna i grupp 1 att det finns risker med övervakning och att man lämnar spår efter sig i den digitala världen. Dessutom menade informanterna att det sprids mycket osanning på internet. Avslutningsvis lyfte informanterna i samma grupp tankar om betydelsen av objektivitet och vikten av att vara källkritisk – som en informant uttrycker att det är farligt när objektivitet saknas – samt att vissa kan behöva objektivt stöd för bedömning av vad som är sant.

**Informant 4:1** [...] det som vart negativt tycker jag med digitaliseringen är att det är hur mycket ää att folk vet inte alltid hur man ska vara källkritisk och det är svårt ää det sprids mycket hat, det sprids mycket falska nyheter och folk tror att det är en sanning och tror på det här [ja exakt] och det är en stor - en stor ää skräck tycker jag i samhället - om man ska ta det som är negativt.

**Informant 5:1** Men digitalisering innebär ju också att vi blir otroligt övervakade [JA JA]. Det tycker jag är lite läskigt [JA] man ää man lämnar spår efter sig hela tiden och ää söker man på nånting så kommer det helt plötsligt upp en massa reklam om det ää och man kan nästan sitta och prata om saker och ha telefonen...

**Informant 4:1** Det stämmer att det är så! De spelar in. (Citat informant 4 & 5 i grupp 1)

## 4 DISKUSSION

### 4.1 Resultatdiskussion

Den aktuella fokusgruppsstudien – som inbegrep 18 kvinnor, patientföreningarna, digitala verktyg, mötesverktyget Zoom och dess kommunikativa möjligheter samt informanternas positiva berättelser om digitalt nätverkande socialt och i samhället – kan ses i ljuset av det sociomaterialteoretiska perspektivet. Detta teoretiska perspektiv belyser mänskliga och icke-mänskliga aktörer och dess sociorelationella effekter (Lupton, 2018). Sociomaterialismens grundidéer är i högsta grad aktuella i och med digitaliseringens inkorporering i människors vardag (Kickbusch et al., 2021) – samt att en stor del av den sociala interaktionen och kommunikationen med andra förmedlas genom digitala föremål (Law, 1992). Den sociala analysen inbegrep därmed även den fysiska och materiella verkligheten. Syftet med examensarbetet har varit att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd. I följande avsnitt diskuteras studiens resultat och metodologi i förhållande till tidigare forskning.

#### 4.1.1 Digital delaktighet och tillgänglighet – hälsofrämjande effekter

Majoriteten av kvinnorna i den aktuella studien hyllade digitaliseringen och digital delaktighet skapade positiva effekter för målgruppen. Flertalet av studiens resultat går i linje med Luptons (2018) forskning: Dels att datorskärmen beskrevs som en mental barriär vilken skyddar individens integritet och dels främjas en känsla av att delta på lika villkor i och med att skärmen upplevdes överbrygga hälsoproblemen. Därmed visade den aktuella studien på potentiella hälsovinster för individen i och med digitaliseringens inkluderande och hälsofrämjande effekter – som också beskrivs som en betydelsefull folkhälsodeterminant av flertalet forskare inom disciplinen digital folkhälsa (Kickbusch et al., 2021; Seifert & Rössel, 2021; Sieck et al., 2021; Lupton, 2018). Dessutom visar forskning att digitaliseringen har potential att stödja personer med fysiska begränsningar utifrån individens behov och förutsättningar samt skapa goda villkor i syfte att främja ett aktivt deltagande i samhällslivet, öka graden av självständighet och också graden av upplevd livstillfredsställelse, vilket även går i linje med Erikssons (2015) tankar om hälsa och livskvalitet. I och med dessa hälsovinster förstärks individens hälsokapital genom digitaliseringens inkluderande möjligheter. Människors hälsokapital kan värderas utifrån fysisk och psykisk förmåga, hälsorelaterad livskvalitet samt graden av autonomi, enligt Persson et al. (2019).

Kickbusch et al. (2021) samt Sharma och Patten (2022) belyser covid-19-pandemins betydelse för att digitala aktiviteter ökade i samhället – även informanterna lyfte pandemin som en främjande digitaliseringsfaktor inom flertalet betydelsefulla områden. McCarthy et al. (2023) bekräftar informanternas utsagor om att sociala medieplattformar har påverkat deltagandet mellan människor i stort – såsom att hålla kontakt med familj, vänner, kollegor och andra sociala grupper över hela världen – samt att hobbyister och andra sociala gemenskaper online kan interagera och utbyta erfarenheter och intressen. Därtill bekräftar Parker et al. (2021) digitaliseringens positiva betydelse för att kunna medverka i fysiska aktiviteter via digitala plattformar. Den aktuella examensstudien visade också att digitala plattformar kan spela en avgörande roll för att hjälpa till att stödja fysisk aktivitet när möjligheterna till detta utanför hemmet är begränsade. Att digitaliseringen genomsyrar samtliga dimensioner av hälsans bestämningsfaktorer och främjar delaktighet inom betydelsefulla arenor bekräftas också

genom forskning (Kickbusch et al., 2021). Med ytterligare koppling till den första kategorin – som visade att digitaliseringen *främjade social och samhällelig delaktighet* (75 av totalt 367 koder) för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd – kan särskilt lyftas att digitaliseringen skapade en dubblerad effekt: Dels underlättade digitaliseringen delaktighet samtidigt som digital delaktighet ansågs vara energibesparande för att orka vara delaktig. Därmed ökade möjligheterna att delta i flertalet aktiviteter och även i arbetslivet trots fysiska begränsningar och oavsett dagsform. Detta är en betydelsefull faktor för samhällen att ta tillvara på i och med att personer med fysiska begränsningar riskerar att exkluderas ifrån arbetslivet (Amorim et al., 2019; Andersson & Leden, 2000; Horvath et al., 2018; Rosemont, 2014). Här bör dock tilläggas att begränsande ryggstillstånd kan inskränka arbetsförmågan helt oavsett digitaliseringens inkluderande möjligheter.

Ett annat framträdande resultat var att digitaliseringen *främjar egenmakt att delta* (73 av totalt 367 koder). Detta resultat kan relateras till begreppen *empowerment* (egenmakt), autonomi (självbestämmande) och *self-efficacy* (egen förmåga) (Schroerer et al., 2021) – i vilket individens handlingsfrihet kan öka (Tengland, 2016). Dessa individuella faktorer anses också ha stor betydelse för människors möjligheter att kunna vara aktivt delaktiga (Schroerer et al., 2021). Vidare menar Tengland (2016) att *empowerment* (egenmakt) handlar om att kunna göra det man själv vill. Detta begrepp är nära sammankopplat med vad individen faktiskt kan påverka själv och vad den faktiska kostnaden är för att förändra, samtidigt handlar *empowerment* om psykologisk makt – i vilket individens upplevda känsla av makt och tilltro till den egna förmågan (*self-efficacy*) har stor betydelse för människors hälsa (Tengland, 2016; Green et al., 2019). Arnstein (2019) belyser antagande om att maktlöshet bidrar till psykisk ohälsa. Dessutom lyfter Tengland (2016) betydelsen av att främja människors autonomi (självbestämmande) – som är centralt kopplat till *empowerment* (egenmakt) – i syfte att ge människor resurser och förutsättningar att själva kunna kontrollera de bestämningsfaktorer som påverkar deras livskvalitet, hälsa och totala livssituation. Att själv kunna bestämma över sitt deltagande genom digitaliseringens möjligheter upplevdes som positivt och förbättrade avsevärt informanternas möjligheter att vara delaktiga i betydelsefulla sammanhang – trots den inskränkande livssituation som många inom målgruppen kan befinna sig i.

Social gemenskap är centralt i den aktuella studien – *Digital gemenskap med hjärtat i mitten* belyser därmed människan bakom den digitala skärmen. Att digitaliseringen främjar social inkludering och gemenskap med andra – har stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande (Kickbusch et al., 2021; Lupton, 2018; Sieck et al., 2021) – som informanterna menade är betydelsefulla faktorer i en begränsande livssituation. I samband med detta kan betydelsen av socialt kapital nämnas: Att gemenskap med andra människor främjar hälsan i jämförelse med social exkludering som är associerat till mycket hög risk för ohälsa (Green et al., 2019). I och med de digitala patientföreningarna fanns det möjlighet till sociomateriella nätverk – som ansågs vara en ovärderlig källa till gemenskap. Även Lupton (2018) lyfter betydelsen av patientstödsplattformer, sociala medieplattformer och diskussionsforum online: För det första att digitala forum kan skapa sociala band och en känsla av gemenskap. För det andra att dessa forum skapar möjligheter för människor att dela medicinska erfarenheter och upplevelser, samtidigt som sociala onlineforum kan skapa en ökad känsla av kontroll över deras livssituation och sjukdom. Och för det tredje att sociala kontakter online kan motverka social isolering och minska upplevelsen av tristess eller hopplöshet. Att informanterna beskrev att de själva kan välja vilket socialt sammanhang eller socialt nätverk som man vill delta i främjar individens självbestämmande och välbefinnande ytterligare – i och med att icke stödjande sociala nätverk anses ha en negativ effekt på hälsan (Green et al., 2019).



#### 4.1.2 Digital tillgänglighet och lättillgänglig digital hälsa

Kommunikation och information är grundläggande faktorer för delaktighet (UN, u.å.-a). Dessutom främjar digitaliseringen tillgänglighet till samhällsviktig information och kommunikation (Seifert & Rössel, 2021). Den aktuella studien visade att digitaliseringen främjar tillgängligheten av information och kommunikation via teknologiska lösningar (29 av totalt 367 koder). I samband med detta kan Luptons (2018) forskning fortsatt relateras till studiens resultat: Att digitaliseringen stimulerar lekmän att söka och generera hälsoinformation – i syfte att förbättra den egna hälsan och motverka sjukdom. Vidare framhåller forskaren att patientgrupper lättare kan få tillgång till information om sina tillstånd via olika sociala forum online. Dessutom framhålls att dessa sociala forum är lättillgängliga och tillgängliga när helst på dygnet. Att de är tillgängliga dygnet runt skapar dock motsättningar, i och med obegränsad tillgänglighet enligt informanterna. Dessutom styrker Lupton (2018) att många patienter uppskattar tillgången till hälsoinformation som internet erbjuder, vilket skapar en ökad känsla av kontroll över sin hälsa. Dock framhåller forskaren att människor kan uppleva det som uttröttande att kunna ägna sig åt egenkontroll och hälsoinformationssökning – särskilt om det finns en belastande ohälsa med i bilden. Vidare framhålls risker med att patienten själv tar ansvar för sin hälsa: Dels beroende på om hälsoinformationen är tillräckligt validerad, dels beroende på patientens förmåga att tolka och förstå hälsoinformationen. Även informanterna belyste betydelsen av att vara källkritisk i förhållande till inhämtad hälsoinformation. Slutligen lyfter Lupton (2018) att digital teknik kan stärka patienters egenmakt (*empowerment*) genom att söka hälsokunskaper på internet. I detta sammanhang finns det en risk att vårdgivare uppfattar patienter som söker hälsoinformation själva som allt för engagerade och noggranna (Lupton, 2018). Fenomenet att läkare upplever att patienter läst på för mycket var också något som framkom i den aktuella studien – och att patienten till och med kände sig anklagad av läkaren. Detta fenomen påverkar kommunikationen mellan vårdgivaren och patienten negativt och patienten kan därmed känna en otrygghet i att diskutera hälsoinformationsfynd som inhämtats från internet med läkaren.

Tankar om medborgerlig delaktighet och det digitala stödet, som också syftar till att förbättra och effektivisera kontakten med hälso- och sjukvården – med målet att främja egenmakt och förbättra målgruppens livskvalitet går i linje med Franchini et al. (2022). Utöver detta behöver informanternas tankar om att fysiska undersökningar och manuell behandling inte kan erbjudas digitalt beaktas och diskuteras – i och med att individer med begränsande nack- och ryggstillstånd kan ha svårt att ta sig fysiskt till en ryggmottagning eller annan typ av nödvändig vård relaterat till tillståndet. I detta hänseende belyser det sociomaterialteoretiska perspektivet teknologiernas relationella betydelse och sambandet digital hälsa (Lupton, 2018).

#### 4.1.3. Betydelsen av socialt stöd IRL

Den aktuella studien visade på vikten av socialt stöd för personer med begränsande nack- och ryggstillstånd i och med den ökade risken för social exkludering, som kunde avhjälpas genom det digitala. I sammanhanget social exkludering kan särskilt lyftas underkategorin *bidrar till social isolering IRL* (26 av totalt 367 koder): Att digitaliseringen paradoxalt nog – utöver dess socialt inkluderande effekter – också bidrar till isolering, som handlade om en upplevd ensamhet bakom sin digitala skärm och i detta sammanhang kan en person i en begränsad livssituation känna sig ännu mer ensam. Likaså Luptons (2018) forskning visade att sociala stödplattformar och forum online kan skapa hälsovinster för många människor, men också att

flertalet personer (främst personer som redan lever i utanförskap och är marginaliserade) riskerar att hamna i digitalt limbo. Detta fenomen förtydligades under pandemin i och med att fler människor än någonsin tidigare tvingades hem och de digitala aktiviteterna ökade (Kickbusch et al., 2021). Detta fenomen drabbar också personer som arbetar på distans (Myndigheten för arbetsmiljökunskap, 2022). Dock drabbar denna form av isolering personer med fysiska begränsningar och smärta ännu mer i och med att många inom dessa målgrupper kan hamna i ett socialt utanförskap även privat (Franchini et al., 2022). Därför betonas här hälsovinsterna med att också ses ansikte-mot-ansikte IRL (Turkle, 2017).

Vidare betonar Hutten et al. (2021) att ensamhet påverkar hälsan och brist på socialt stöd bidrar till fysiska och psykiska hälsokonsekvenser. Däremot främjar gott socialt stöd, särskilt under svåra livsförhållanden, immunsystemet positivt (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010). Att erbjudas hjälp och stöd under krissituationer ökar känslan av kontroll och minskar den negativa stresspåverkan på immunsystemet. I och med detta är socialt stöd en betydelsefull faktor för människors hälsa och psykiska välmående (O'Donovan & Hughes, 2008; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010). Teorier om socialt stöd har definierats av olika forskare. Exempelvis kan socialt stöd definieras som ”*support accessible to an individual through social ties to other individuals, groups, and the larger community*”, enligt Lin et al. (1979, refererad i Hupcey, 1998, Definitions of social support, stycke 2). Därmed inbegriper socialt stöd både en relationell och samhällelig dimension – och samspelet mellan givaren och mottagaren av socialt stöd har betydelse för stödets effekt (Hupcey, 1998). Vidare belyser Kickbusch et al. (2021) att frågor kring negativa och positiva effekter på social anknytning och mental hälsa har väckts i och med internets och sociala mediers inkorporering i människors liv. Därmed är behovet av att fortsatt beforska digitaliseringens konsekvenser för människors hälsa och digitala användning ett faktum (WHO, 2019).

#### 4.1.4 Digitalt utanförskap – ett samhällligt dilemma

Gruset i maskineriet handlade om utanförskap och den digitala klyftan – men här kan tilläggas att samtliga kvinnor som intervjuades var digitalt inkluderade: Att de var delaktiga digitalt, hade tillgång till internet och teknologin samt att de var tillräckligt digitalt kompetenta. Trots detta visade den aktuella examensstudien att digitaliseringen *förtydligar utanförskap* (154 av totalt 367 koder) för personer inom målgruppen, vilket går i linje med tidigare forskning (Borg et al., 2019; Iacobaeus et al., 2019; Kickbusch et al., 2021; Lupton, 2018; Sieck et al., 2021). Dels på grund av individuella faktorer – såsom *bristande kunskaper och färdigheter* samt *bristande tillit*. Dels på grund av inbyggda ojämlika sociala system i samhället – såsom *låg socioekonomisk status, bristande användaranpassning och design* samt *bristande infrastruktur*. Jämlikhet och allas lika möjligheter är grundläggande och vägledande principer i all utveckling av ett modernt och demokratiskt samhälle, enligt Iacobaeus et al. (2019). Därför är det av stor betydelse att samhällen skapar möjligheter för alla människor att vara digitalt aktiva. I och med detta bör folkhälsoarbetet främst fokusera på de sociala hälsodeterminanterna, eftersom människors utveckling av ohälsa och sjukdomar är direkta påföljder av sociala, politiska, skattemässiga, ekonomiska, miljömässiga och demografiska faktorer, enligt Sengupta (2009). Slutligen menar forskaren att de sociala hälsodeterminanterna påverkar befolkningsgrupper och populationer olika, vilket skapar ojämlika möjligheter till god hälsa. Därmed är den digitala klyftan fortsatt ett viktigt problem för samhällen att hantera och studera (Borg et al., 2019; UN 2022b) – i vilket den digitala ojämlikheten särskilt bör uppmärksammas (Elliott & Earl, 2018; van Deursen & van Dijk, 2019).

Digital hälsokunskap och internetuppkoppling anses vara betydelsefulla sociala bestämningsfaktorer för människors hälsa – som sammantaget skapar förutsättningar för att kunna delta på ett meningsfullt sätt i det digitala samhället, enligt van Kessel et al. (2022). Den aktuella examensstudien visade på att digitaliseringen förtydligar att *bristande digitala kunskaper och färdigheter* (34 koder) påverkar användarupplevelsen negativt (dock bör återigen lyftas att samtliga informanter i studien hade god datorvana och tillräcklig digital kompetens för att interagera med samhället). Det finns en medvetenhet gällande bristande digital kompetens och digitalt utanförskap i samhället – samt att jämställdhet och mångfald behöver beaktas i takt med den digitala samhällsutvecklingen, enligt Regeringskansliet (2017). Digitalisering för ett hållbart Sverige innebär att alla ska vara förtrogna med digitala verktyg och tjänster utifrån sina förutsättningar. Tanken är att alla ska kunna använda och utveckla digital kompetens oavsett ålder, kön, funktionsförmåga eller socioekonomiska förutsättningar (Regeringskansliet, 2017). Strategin möjliggör moderniserade utbildningssystem – men lyfter också att många bibliotek arbetar med att stärka allmänhetens digitala kompetens, vilket också framkom i en av gruppintervjuerna. Även i sammanhanget digitalt lärande (utöver begränsad tillgång till digital hälsa kopplat till tillståndet) bör målgruppens begränsade möjligheter att ta sig till ett bibliotek eller andra platser för att inhämta digitala kunskaper beaktas och diskuteras.

Enligt Iacobaeus et al. (2019) genomsyrar digitaliseringen samhället samt förändrar samhället och samhällets tjänster allt mer. Dock bidrar bristande användaranpassning och design till att digital delaktighet och tillgänglighet icke fungerar som det är tänkt kopplat till det digitala samhället. Den aktuella studien visade på olika brister kopplat till detta (34 av totalt 367 koder): Dels att digitala system är krångliga att hantera och förstå, som 1177 vårdguiden eller covid-hemtest, och dels att samhället förutsätter att alla samhällsmedborgare ska kunna hantera de digitala lösningarna i samhället, såsom BankID-kravet. Detta krav innebär dessutom konsekvenser för personer som saknar tillgång till BankID. Den digitala samhällsomvandlingen påverkar därmed människors liv och vardag ojämlikt. Samtidigt skapas en ökad förväntan att alla medborgare ska delta aktivt i det digitala samhället. Enligt statens offentliga utredning angående *Digitaliseringens effekter på individ och samhälle* (SOU 2016:85) ses digitaliseringen som ett verktyg för att stärka medborgarskapet och medborgarnas demokratiska delaktighet och därmed skapas möjligheter för individen att ta ett ökat ansvar för sin livssituation och hälsa. I detta sammanhang förutsätter digitaliseringsstrategin ett aktivt deltagande. Digitaliseringen kan därmed ses som ett indirekt tvång – i vilket människors egenmakt över sina liv begränsas. Att tvinga människor att vara digitalt delaktiga och samtidigt främja människors förmåga till autonomi och egenkontroll innebär etiska motsättningar. Detta i och med att autonomi anses ha ett stort värde som både behöver främjas och respekteras, samtidigt som folkhälsoarbetet syftar till att åstadkomma förbättringar av de faktorer som påverkar människors kontroll över och egenmakt att påverka hälsobeteenden och hälsobeslut förutsatt att dessa inte är påtvingade (Tengland, 2016).

Ett digitalt samhälle kräver att stora mängder data kan överföras effektivt mellan olika digitala system (Regeringskansliet, 2017). En förutsättning för detta är en välfungerade digital infrastruktur. Målsättningen är att den digitala infrastrukturen i Sverige ska vara global, robust, öppen och laglig – samt värna om grundläggande fri- och rättigheter (Regeringskansliet, 2017). *Bristande infrastruktur och tillgång* (26 av totalt 367 koder) till tillräckligt stabila mobila tjänster och fiber påverkar därmed människors möjligheter att vara delaktiga på lika villkor – vilket informanterna menade också påverkar människor med begränsande nack- och rygg tillstånd. Den aktuella studien visade att förutsättningarna att

kommunicera digitalt varierade mellan tät- och glesbygd. Tätort hade den främsta möjligheten och tillgången till tillräckligt stabila mobila tjänster eller fiber av god kvalitet – i jämförelse med de som bodde eller vistades inom glesbygdsområden. Däremot visade studien ett undantag: Att utbyggnaden av bredband i ett landsbygdsområde i Sverige hade ökat den digitala tillgängligheten betydligt. Tillräcklig mobil täckning och utbyggt bredband i Sverige är därmed en viktig komponent i det fortsatta arbetet för alla samhällsmedborgares rätt till digital tillgänglighet – som också är en förutsättning för digital delaktighet för målgruppen. Särskilt med tanke på att flertalet personer i studien uppgav att de hade ett stort behov av digitaliseringens möjligheter i samband med socialt utbyte och samhälleligt deltagande samt i kontakten med sjukvården. Regeringens målsättning är att hela Sverige ska ha tillgång till stabila mobila tjänster av god kvalitet (PTS, 2023). Att kommunikationen är säker och tillgänglig är därmed en viktig politisk fråga. Den årliga mobiltäcknings- och bredbandskartläggningen visade även att bredbandsklyftan mellan tät- och glesbygdsbefolkningen fortsatt minskar och att bredbandsstödet från PTS har bidragit till denna minskning. Detta kan ses som ett glädjande besked till kvinnorna i den aktuella studien som fortsatt upplevde brister vad gäller tillgång till stabila mobila tjänster och bredband år 2023. I och med att studien visade att vissa informanter saknade digital tillgång till sina patientjournaler eller BankID är digitaliseringsstrategierna inom EU, som omfattar tre betydelsefulla mål att uppfylla före år 2030, också glädjande. Dels att 100 % av viktiga offentliga tjänster ska tillhandahållas online för europeiska medborgare och företag, dels att 100 % av EU-medborgarna ska ha tillgång till sina patientjournaler digitalt och dels att 100 % av medborgarna ska ha tillgång till en säker digital identifieringslösning som erkänns i hela unionen, enligt Myndigheten för digital förvaltning (Digg, 2023).

Olika tillitsfaktorer (18 av totalt 367 koder) som togs upp av kvinnorna i studien handlade om riskerna med digital säkerhet, desinformation och övervakning. I och med internets intåg infann sig en förhoppning om ett globalt, demokratiskt och fredligt utbyte människor emellan. Men istället infann sig helt motsatta och oetiska förhållningssätt inom den digitala världen, framhåller Carlsson och Jacobsson (2012). Det finns en fara med att information som delas är felaktig eller vilseledande menade kvinnorna, vilket kan äventyra människors liv och hälsa, enligt Lupton (2018). *För ett hållbart digitalt Sverige* – är den digitaliseringsstrategi som lyfter att alla ska ha tillit till det digitala samhället – understryks betydelsen av främjande åtgärder för ökad grad av digital trygghet (Regeringskansliet, 2017). Exempelvis lyfts betydelsen av att skapa säkra digitala system, förstärka informationssäkerheten ytterligare och skydda människors personliga integritet. Strategin betonar också betydelsen av att e-legitimationer ska vara användarvänliga och samtidigt uppfylla högsta säkerhet. Dessutom betonas behovet av att värna om demokratin och yttrandefriheten – samtidigt som kränkningar, extremistisk propaganda och vilseledande information på internet fortsatt behöver bevakas och hanteras (Regeringskansliet, 2017).

Att digitaliseringen både främjar och underlättar delaktighet, tillgänglighet och gemenskap inom flera betydelsefulla sammanhang samtidigt som individens egenmakt stärks förtydligades genom de kvinnliga informanternas utsagor. Sammantaget är digital delaktighet och tillgänglighet samt digital trygghet viktiga faktorer för människors hälsa – även för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd – och samhällelig framgång. Dessa värden har potential att påverkar demokrati, socialt samspel och sysselsättning samt främjar en socialt hållbar utveckling (Regeringskansliet, 2017).

## 4.2 Metoddiskussion

Det kvalitativa synsättet i den aktuella examensstudien handlade om att försöka fånga individens uppfattning om fenomenet som studerades (Bachman, 2016). Därmed startade denna studie med att samla in data (empiri) genom 3 gruppintervjuer för att avslutningsvis fokusera på begrepp och teorier – vilket gjorde att den kvalitativa ansatsen var induktiv. Interaktionen mellan informanterna var därmed det huvudsakliga instrumentet i studien och studieledaren blev en del av metoden (Bachman, 2016).

### 4.2.1 Metodologiska styrkor och svagheter

Fördelar med gruppintervjuer via Zoom är att det är lätt att kommunicera och dela skärm med flera personer samtidigt, samt att Zoom erbjuder lösningar för konfidentialitet (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022). Mötesverktyget Zoom möjliggjorde att intervjustudien kunde genomföras oberoende av plats – i vilket kvinnornas närmiljö och uppkopplingsmöjligheter påverkade studiens resultat (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022). Att studien genomfördes genom Zoom-intervjuer påverkade dessutom vilka som anslöt sig till studien. Endast de som hade digital kompetens, tillgång till internetuppkoppling och teknisk utrustning kunde delta i den aktuella studien, vilket troligtvis skapade ett mer positivt resultat. Detta i jämförelse med om gruppintervjuer också hade genomförts med personer som inte använder sig av digitaliseringens möjligheter. Detta påverkade också möjligheten att uppfylla ett tillräckligt representativt empiriskt material och tillräcklig mättnad. Trots detta frambringades relativt hög mättnad, i och med att resultatet uppvisade en bredd som är förenlig med tidigare forskning.

Utöver detta ökade fokusgruppsmetodiken sannolikheten för att insamlad data är sanningsenlig, validerad och användbar – i och med att informanterna delade liknande erfarenheter och kunskaper gällande studieämnet (Greenbaum, 2000). Exempelvis främjade fokusgruppsmetodiken utvecklingen av nya perspektiv, som inte skulle ha utvecklats i enskilda intervjuer (Greenbaum, 2000). Fokusgruppsdynamiken var därmed en metodologisk styrka – i jämförelse med individuella intervjuer, som dessutom kan göra att informanten känner sig tvingad att svara, enligt Greenbaum (2000). Med hänseende till modereringsförfarandet och kvaliteten på gruppens utdata innefattade den aktuella examensstudien fokusgrupper med 5 till 7 personer (Greenbaum, 2000). Därtill nyttjade moderatorn grupp-dynamiken under samtliga gruppsessioner: Informanterna var engagerade i frågorna och bekräftade varandras inlägg i diskussionerna samt att gruppdiskussionerna flöt på genom informanternas egna turtagningsinitiativ och kommunikationsprocess. I en grupp tog en informant dessutom ansvar för att sammanfatta och följa upp vad som hade sagts under diskussionen. En annan lyckosam strategi var att moderatorn aktivt lyssnade och lyssnade klart till varje informants inlägg i diskussionerna – då dessa många gånger utmynnande i intressanta insikter och slutsatser. För att minska risken för ”social önskvärdhet” (viljan att varandra till lags) (Bryman, 2018) betonades betydelsen av informanternas respektive åsikter inför intervjuerna.

Den femstegsprocess som användes för utveckling av den semistrukturerade frågeguiden ökade förutsättningarna för ett tillförlitligt, trovärdigt och rigoröst empiriskt material (Kallio et al., 2016). Att kritiskt granska och validera frågeguiden i flera steg ökade möjligheten att genom guiden faktiskt fånga upp det som, i enlighet med studiens syfte, var tänkt att fångas upp (Kallio et al., 2016). Studiens överförbarhet ökade också i och med att frågeguiden

presenterades i det aktuella examensarbetet (Kallio et al., 2016). Dock användes frågeguiden sparsamt och till stor del som stöd under respektive gruppintervju. Efter en tydlig information om studiens olika teman och begrepp (nack- och ryggskjudningar, digitalisering, delaktighet och tillgänglighet) anpassade moderatorn frågorna utifrån vardera gruppens dynamik och efter den första frågan med koppling till digitaliseringen startades gruppdiskussionsprocessen utan stöd från frågeguiden med relevans till vardera frågeområdet.

Kritiker anser att kvalitativ innehållsanalys saknar djup och vetenskaplig stringens – i motsats till Lindgren et al. (2020) som betonar att analysmetoden bidrar både till mening och djup till informanternas berättelser. Därför menar forskarna att tolkningen främst bör handla om att söka efter ett djup och en närhet till det studerade fenomenet – framför en allt för mekanisk analysprocess. I och med detta värderades koderna som framkom och inkluderade även koder som *inte* låg exakt i linje med syftet för att bibehålla betydelsefulla insikter (Lindgren et al., 2020). Dock ökades graden av abstraktion successivt i den aktuella studien i och med det empiriska materialets omfattning – vilket ökade graden av tolkning och generalisering. Dock avstannade analysen vid kategorier i syfte att främst belysa det unika i informanternas berättelser (Lindgren et al., 2020). Den största utmaningen med innehållsanalysmetoden som användes i examensarbetet är forskarens förmåga att låta texten ”tala” utan att tillföra egen mening (Graneheim & Lundman, 2004). Att påför sitt subjektiva perspektiv kan därmed förvränga innebörden av insamlad data. Teorins roll i analysprocessen och studieledarens förståelse har påverkat det aktuella resultatet på det sätt att namngivningen av flertalet kategorier och underkategorier speglar tidigare forskares resultat – däribland Iacobaeus et al. (2019) studie om digitalt utanförskap och digital exkludering. Dock var avsikten att utforma kategorierna och koderna samt sorteringen av de olika koderna explicit utifrån rådata utan påverkan av tidigare forskning och med en närhet till studiens syfte.

#### 4.2.2 Bedömning och bedömningskriterier

Inom kvalitativ forskning definieras en studies tillförlitlighet utifrån bedömningskriterierna trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). En studies tillförlitlighet handlar främst om andras bedömning av insamlad data, analysprocessen och datakvaliteten (Graneheim & Lundman, 2004). Examensarbetet granskades i sin helhet av examinator, kurshandledare, extern handledare, magisterstudenter samt av författaren själv. I syfte att skapa en så heltäckande rapportering som möjligt användes COREQ, *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (Tong et al., 2007), som checklista ([bilaga 7](#)).

En studies pålitlighet handlar bland annat om att nya insikter under forskningsprocessen kan påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). I syfte att stärka studiens pålitlighet har informanterna fått möjlighet att läsa och bedöma resultatet. Dessutom presenterades studiens sammanhang, studiedeltagarna och studiemetoderna i den aktuella examensstudien i syfte att öka läsarens förståelse för om resultatet är överförbart till ett annat sammanhang eller inte. Grad av överförbarhet kontrollerades även genom att resultaten jämfördes med liknande studier. Dock fanns det inga studier som direkt relaterade till personer med begränsande nack- och ryggstillstånd och digitalt deltagande vilket påverkar överförbarheten. En annan faktor som påverkade studiens överförbarhet var att det endast var kvinnor som deltog i studien – vilket berodde på att det är färre män som är medlemmar i patientföreningarna (enligt patientordförande), men också beroende på att det är vanligare bland kvinnor med relaterade nack- och ryggstillstånd jämfört med män (Andersson & Bartelink, 2019). Den aktuella examensstudien bör därmed kompletteras med studier som inkluderer manliga informanter.

Utöver detta har belysande citat redovisats som också kan underlätta bedömningen. Även mängden insamlad data speglar trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004) – totalt resulterade innehållsanalysprocessen i 367 koder. Enligt forskarna Graneheim och Lundman (2004) handlar studiens trovärdighet om hur väl insamlad data och analysprocessen korrelerar med studiens syfte. Därmed har studiens trovärdighet beaktats genom att systematiskt redovisa relevant data – utan att utesluta data av betydelse för examensstudiens resultat. Utöver ovan nämnda tillförlitlighetskriterier har studieledarens ambition varit att återge informanternas utsagor så autentiskt och rättvist som möjligt (Bryman, 2018).

Sammantaget har den aktuella examensstudiens metodologi, utgångspunkter och resultat utformats utifrån god forskningssed och forskningsetiska krav, som genomgående redovisades transparent (Vetenskapsrådet, 2017). Därtill har ambitionen varit att kritiskt reflektera över metoder, värderingar, konsekvenser och andra beslut genomgående under hela studieprocessen (Bryman, 2018). Dessutom var ambitionen att bedömningen av andras forskning skulle genomföras rättvist och vetenskapligt (Vetenskapsrådet, 2017). Referenser redovisades genomgående enligt referenssystemet APA7: *Publication Manual of the American Psychology Association 7th ed.* (Högskolebiblioteket i Skövde, 2023). Samtliga inkluderade publiceringskanaler nyttjade referegranskningsförfarande, enligt databaserna Kanalregister (u.å.) och Ulrichsweb (u.å.).

### 5.3 Slutsats

Studiens slutsats är att digitaliseringen har stor potential att främja delaktighet, tillgänglighet och gemenskap för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Studiens syfte var att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Studien visade att digitaliseringen *främjar social och samhällelig delaktighet* för målgruppen. Dessutom framkom att digitaliseringen *främjar egenmakt att delta, skapar en känsla av gemenskap samt förtydligar informations- och kommunikationsmöjligheterna*. Den aktuella studien visade därmed på digitaliseringens positiva effekter och möjligheter. Det fina med digital delaktighet är dess inkluderande och hälsofrämjande inverkan på individen och individens livssituation.

Det finns dock flera utmaningar med digitaliseringen kopplat till målgruppen som behöver belysas – såsom den digitala klyftan och känslan av utanförskap bakom den digitala skärmen. Den aktuella studien kan följaktligen generera underlag för fortsatta studier som kan öka de samhälleliga diskussionerna och förståelsen kopplat till digital och social hållbarhet. Detta både för individen och samhället, med betoning på rättvis delaktighet, tillgänglighet och tillgång till digital hälsa för personer som dagligen kämpar med begränsande nack- eller rygg tillstånd. Fortsatta studier gällande digital delaktighet och tillgänglighet bör inkludera manliga informanter med begränsande nack- eller rygg tillstånd – men även inkludera personer tillhörande målgruppen som lever i digitalt utanförskap. Dessa informanter kan förslagsvis rekryteras via ryggmottagningar eller liknande mottagningar, och sedan intervjuas i fokusgrupper IRL, alternativt via telefon (företrädesvis i individuella intervjuer) i och med att fysiska begränsningar kan försvåra deltagande IRL.

## 5 REFERENSER

- Alpay, L., van der Boog, P. & Dumaij, A. (2011). An empowerment-based approach to developing innovative e-health tools for self-management. *Health informatics journal*, 17(4), 247–255. <https://doi.org/10.1177/1460458211420089>
- Amorim, A. B., Pappas, E., Simic, M., Ferreira, M. L., Jennings, M., Tiedemann, A., Carvalho-E-Silva, A. P., Caputo, E., Kongsted, A. & Ferreira, P. H. (2019). Integrating Mobile-health, health coaching, and physical activity to reduce the burden of chronic low back pain trial (IMPACT): a pilot randomised controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2454-y>
- Andersson, E. & Bartelink, V. (2019). Smärta i rygg och nacke samt migrän. I V. Bartelink & A. Lager (Red.), *Folkhälsorapport 2019* (s. 127-134). Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Hämtad 5 maj, 2023, från [https://www.folkhalsoguiden.se/493af7/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsorapport-2019/rapporter-pdf/folkhalsorapport\\_191113\\_webb\\_korr.pdf](https://www.folkhalsoguiden.se/493af7/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsorapport-2019/rapporter-pdf/folkhalsorapport_191113_webb_korr.pdf)
- Andersson, H. I. & Leden, I. (2000). The SBU report on back pain and neck pain. An ambitious survey of a big problem. *Läkartidningen*, 97(44), 4952-4954. <https://search-ebscobhost-com.libraryproxy.his.se/login.aspx?direct=true&db=edssmd&AN=edssmd.69833&lang=sv&site=eds-live>.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planner*, 35(4), 216-224. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1080/01944366908977225>
- Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24–34. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1080/01944363.2018.1559388>
- Bachman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Blue, G., Rosol, M. & Fast, V. (2019). Justice as Parity of Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(3), 363-376. <https://doi.org/10.1080/01944363.2019.1619476>
- Borg, K., Boulet, M., Smith, L. & Bragge, P. (2019). Digital Inclusion & Health Communication: A Rapid Review of Literature. *Health communication*, 34(11), 1320–1328. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1485077>
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services* (4:e uppl.). Open University Press.
- Bryan, A. (2009). Public Health Theories. I F. Wilson & M. Mabhala (Eds.), *Key Concepts in Public Health* (s. 35-39). SAGE Publications.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e uppl.). Liber.
- Carlsson, B. & Jacobsson, A. (2012). *Om säkerhet i digitala ekosystem*. Studentlitteratur.
- Dahlgren, L. O. & Johansson, K. (2019). Fenomenografi. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (3:e uppl., s. 179-192). Liber.



- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. *Institute for Futures Studies*.  
<https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Dahlin-Ivanoff, S. (2022). Fokusgruppsdiskussioner. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e uppl., s. 105-116). Liber.
- Digitaliseringsrådet (u.å.). *Delaktighet i en digital tid*. Hämtad 11 februari, 2023, från <https://digitaliseringsradet.se/aktuellt/foerdjupningsomraaden-2019/delaktighet-i-en-digital-tid/>
- Dutmer, A. L., Schiphorst Preuper, H. R., Soer, R., Brouwer, S., Bültmann, U., Dijkstra, P. U., Coppes, M. H., Stegeman, P., Buskens, E., van Asselt, A. D. I., Wolff, A. P. & Reneman, M. F. (2019). Personal and Societal Impact of Low Back Pain: The Groningen Spine Cohort. *Spine*, 44(24), E1443–E1451.  
<https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003174>
- Elliott, T. & Earl, J. (2018). Online protest participation and the digital divide: Modeling the effect of the digital divide on online petition-signing. *New Media & Society*, 20(2), 698–719. <https://doi.org/10.1177/14614448166669159>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Eriksson, M. (2015). Salutogenes är mer än känsla av sammanhang. I M. Eriksson (Red.), *Salutogenes - om hälsans ursprung. Från forskning till praktisk tillämpning* (s. 92-104). Liber.
- Eriksson-Zetterqvist, U. & Ahrne, G. (2022). Intervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Kvalitativa metoder* (3:e uppl., s. 56-78). Liber.
- European Commission (2022, 18 juli). *The Digital Economy and Society Index (DESI) 2022*. Hämtad 15 maj, 2023, från <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/digital-economy-and-society-index-desi-2022>
- Fejes, A. & Thornberg, R. (2019). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (3:e uppl., s. 16-43). Liber.
- Folkhälsomyndigheten (2023, 30 mars). *Folkhälsopolitikens målområden: målområde 7 av 8*. Hämtad 7 maj, 2023, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/712964cfa98a4385b7053342c552e0aa/folkhalsopolitikens-malomraden-malomrade-7-kontroll-inflytande-delaktighet.pdf>
- Forskning & framsteg (2020). *En miljon svenskar i digitalt utanförskap*. Hämtad 21 maj, 2023, från <https://fof.se/artikel/2020/3/en-miljon-svenskar-i-digitalt-utanforskap/>
- Franchini, M., Salvatori, M., Denoth, F., Molinaro, S. & Pieroni, S. (2022). Participation in Low Back Pain Management: It Is Time for the To-Be Scenarios in Digital Public Health. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7805. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137805>
- Gidlund, K. (2020). *Internetdagarna 2020* [Video]. YouTube. Hämtad 19 mars, 2023, från <https://www.youtube.com/watch?v=8UW9-pb79OY>

- 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>
- Green, J., Cross, R., Woodall, J. & Tones, K. (2019). *Health Promotion - Planning and Strategies* (4:e uppl.). Sage Publications Inc.
- Greenbaum, T. L. (2000). *Moderating Focus Groups : A Practical Guide for Group Facilitation*. SAGE Publications. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.4135/9781483328522>
- Harris, K., Jacobs, G. & Reeder, J. (2019). Health Systems and Adult Basic Education: A Critical Partnership in Supporting Digital Health Literacy. *Health Literacy Research and Practice*, 3(3), 33-36. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190325-02>.
- Horvath, A., Westin, O., Samuelsson, K. & Brisby, H. (2018). Smärta i nacke och rygg, del 1. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2018/08/smarta-i-nacke-och-rygg-del-1/>
- Hupcey J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x>
- Hutten, E., Jongen, E. M. M., Vos, A. E. C. C., van den Hout, A. J. H. C. & van Lankveld, J. J. D. M. (2021). Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11963. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211963>.
- Högskolan i Skövde (2020, 13 maj). *Riktlinjer för examensarbeten* (Dnr HS 2020/405). [https://www.his.se/globalassets/styrdokument/utbildning-grundniva-och-avancerad-niva/riktlinjer-for-examensarbeten.pdf?t\\_id=x4yJfxJ5hBnTeSNMu6xmCw%3d%3d&t\\_uuid=Ea5IfffPQdiXeXqCIekVg&t\\_q=H%c3%b6gskolans+riktlinjer+f%c3%b6r+behandling+av+personuppgifter&t\\_tags=language%3asv%2csiteid%3a3231c9bo-4621-44fd-bc97-bb0cc7319bbc%2candquerymatch&t\\_hit.id=HS\\_External\\_Web\\_Models\\_Media\\_Document/\\_df866204-e370-4f92-ab80-3e134922f14e&t\\_hit.pos=4](https://www.his.se/globalassets/styrdokument/utbildning-grundniva-och-avancerad-niva/riktlinjer-for-examensarbeten.pdf?t_id=x4yJfxJ5hBnTeSNMu6xmCw%3d%3d&t_uuid=Ea5IfffPQdiXeXqCIekVg&t_q=H%c3%b6gskolans+riktlinjer+f%c3%b6r+behandling+av+personuppgifter&t_tags=language%3asv%2csiteid%3a3231c9bo-4621-44fd-bc97-bb0cc7319bbc%2candquerymatch&t_hit.id=HS_External_Web_Models_Media_Document/_df866204-e370-4f92-ab80-3e134922f14e&t_hit.pos=4)
- Högskolan i Skövde (2023, 9 mars). *Revidering av riktlinjer för behandling av personuppgifter vid Högskolan i Skövde* (Dnr HS 2021/99). [https://www.his.se/globalassets/tillfalliga-dokument/styrdokument/personuppgifter-it-miljo-och-campus/riktlinjer-for-behandling-av-personuppgifter-vid-hogskolan-i-skovde.pdf?t\\_id=x4yJfxJ5hBnTeSNMu6xmCw%3d%3d&t\\_uuid=EkDLzHWMQfG3IlQbwGsBHg&t\\_q=personuppgifter&t\\_tags=language%3asv%2csiteid%3a3231c9bo-4621-44fd-bc97-bb0cc7319bbc%2candquerymatch&t\\_hit.id=HS\\_External\\_Web\\_Models\\_Media\\_Document/\\_c6a929d2-1cdb-4659-9f9c-d4f17080c7cb&t\\_hit.pos=3](https://www.his.se/globalassets/tillfalliga-dokument/styrdokument/personuppgifter-it-miljo-och-campus/riktlinjer-for-behandling-av-personuppgifter-vid-hogskolan-i-skovde.pdf?t_id=x4yJfxJ5hBnTeSNMu6xmCw%3d%3d&t_uuid=EkDLzHWMQfG3IlQbwGsBHg&t_q=personuppgifter&t_tags=language%3asv%2csiteid%3a3231c9bo-4621-44fd-bc97-bb0cc7319bbc%2candquerymatch&t_hit.id=HS_External_Web_Models_Media_Document/_c6a929d2-1cdb-4659-9f9c-d4f17080c7cb&t_hit.pos=3)
- Högskolebiblioteket i Skövde (2023, 30 mars). *Vägledning i referensskrivning enligt APA-manualen*. APA-stil utifrån 7th ed. Hämtad 6 april, 2023, från <https://www.his.se/globalassets/dokument/biblioteket/lathundapa.pdf>

- Iacobaeus, H., Francisco, M., Nordqvist, C., Sefyrin, J., Skill, K. & Wihlborg, E. (2019). Digitalt utanförskap. En forskningsöversikt. DINO-Rapport 2019:3. Liu-Tryck. DiVA, id:diva2:1374480
- Iyamu, I., Xu, A. X. T., Gómez-Ramírez, O., Ablona, A., Chang, H. J., McKee, G. & Gilbert, M. (2021). Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. *JMIR public health and surveillance*, 7(11), e30399. <https://doi.org/10.2196/30399>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kanalregister (u.å.). *Register over vitenskaplige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/>
- Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M., Capobianco, E., Fabian, C., Singh Gill, A., Lupton, D., Medhora, R. P., Ndili, N., Ryś, A., Sambuli, N., Settle, D., Swaminathan, S., Morales, J. V., Wolpert, M., Wyckoff, A. W., Xue, L., ... Secretariat of the Lancet and Financial Times Commission (2021). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *Lancet*, 398(10312), 1727-1776. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01824-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01824-9)
- Law, J. (1992). Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. *Systems Practice* 5, 379-393. <https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1007/BF01059830>
- Lindgren, B. M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lindh, G. & Lisper, H-O. (1990). *Samtal för förändring*. Studentlitteratur.
- Lupton, D. (2018). *Digital health: Critical and cross-disciplinary perspectives*. Routledge.
- McAlearney A. S., Sieck C. J., Hefner J. L., Aldrich A. M., Walker D. M., Rizer M. K., Moffatt-Bruce S. D. & Huerta T. R. (2016). High Touch and High Tech (HT2). Proposal: Transforming Patient Engagement Throughout the Continuum of Care by Engaging Patients with Portal Technology at the Bedside. *Journal of Medical Internet Research Protocols* 5(4), e221. <https://doi.org/10.2196/resprot.6355>.
- McCarthy, S., Rowan, W., Mahony, C. & Vergne, A. (2023). "The dark side of digitalization and social media platform governance: a citizen engagement study". *Internet Research*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/INTR-03-2022-0142>
- McGrath, C., Palmgren, P. J. & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2022). *Distansarbete – översikt av internationella forskningen om arbetsmiljö och hälsa, balans i livet och produktivitet före och under covid-19 pandemin med särskilt beaktande av kvinnors och mäns villkor*. Kunskapssammanställning 2022:2. <https://mynak.se/wp->

content/uploads/2022/02/Studier-av-olika-aspekter-av\_distansarbete\_covid-19\_digital.pdf

- Myndigheten för digital förvaltning (2023, 1 mars). *Digitala Sverige 2022 - En samlad analys av samhällets digitalisering*. Dnr: 2023-0715. <https://www.digg.se/download/18.1e68c05518649f2b2eb6a8e/1677659508496/Digitala%20Sverige%202022.pdf>
- Odone, A., Buttigieg, S., Ricciardi, W., Azzopardi-Muscat, N. & Staines, A. (2019). Public health digitalization in Europe. *European journal of public health*, 29(3), 28–35. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161>
- O'Donovan, A. & Hughes, B. M. (2008). Access to social support in life and in the laboratory: combined impact on cardiovascular reactivity to stress and state anxiety. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1147-1156. <https://doi.org/10.1177/1359105308095968>.
- Parker, K., Uddin, R., Ridgers, N. D., Brown, H., Veitch, J., Salmon, J., Timperio, A., Sahlqvist, S., Cassar, S., Toffoletti, K., Maddison, R. & Arundell, L. (2021). The Use of Digital Platforms for Adults' and Adolescents' Physical Activity During the COVID-19 Pandemic (Our Life at Home): Survey Study. *Journal of medical Internet research*, 23(2), e23389. <https://doi.org/10.2196/23389>
- Pawłowska-Cypriasiak, K. & Konarska, M. (2013). Working life of women with disabilities - a review. *International journal of occupational safety and ergonomics*, 19(3), 409–414. <https://doi.org/10.1080/10803548.2013.11076997>
- Persson, J., Ferraz-Nunes, J. & Karlberg, I. (2019). *Hälsoekonomi - Begrepp och tillämpningar*. Studentlitteratur.
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M. & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clinical rehabilitation*, 28(3), 211–220. <https://doi.org/10.1177/0269215513499029>
- Post- och telestyrelsen (2023, 27 mars). *Utbyggnad av fiber och 5G minskar bredbandsklyftan*. <https://www.pts.se/sv/nyheter/pressmeddelanden/2023/utbyggnad-av-fiber-och-5g-minskar-bredbandsklyftan/>
- Regeringskansliet (2017). *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*. [https://digitaliseringsradet.se/media/1191/digitaliseringsstrategi\\_slutlig\\_170518-2.pdf](https://digitaliseringsradet.se/media/1191/digitaliseringsstrategi_slutlig_170518-2.pdf)
- Regeringskansliet & Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård*. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Region Skåne & Kommunförbundet Skåne (2015). *Vad är delaktighet för dig? Så upplever personer som mottar stöd, service och omsorg från Socialtjänsten (enligt LSS och SoL) sitt självbestämmande och inflytande i vardagen*. <https://delaktighetsmodellen.se/wp-content/uploads/2018/12/Vad-a%CC%88r-delaktighet-fo%CC%88r-dig-klar.pdf>
- Riczo D. B. (2023). What You Need to Know About Sacroiliac Dysfunction. *Orthopedic nursing*, 42(1), 33–45. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000915>

- Rocha, E. M. (1997). A Ladder of Empowerment. *Journal of Planning Education and Research*, 17(1), 31–44.  
<https://doi.org/libraryproxy.his.se/10.1177/0739456X9701700104>
- Rosemont, I. L. (2014). *Bone and joint burden*. United States Bone and Joint Initiative. The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States [BMUS]. Hämtad 16 februari, 2023, från <http://www.boneandjointburden.org>.
- Schroerer, C., Voss, S., Jung-Sievers, C. & Coenen, M. (2021). Digital Formats for Community Participation in Health Promotion and Prevention Activities: A Scoping Review. *Frontiers in public health*, 9, 713159.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.713159>
- Seaton, C. L., Rondier, P., Rush, K. L., Li, E. P. H., Plamondon, K., Pesut, B., Oelke, N. D., Dow-Fleisner, S., Hasan, K., Currie, L. M., Kurtz, D., Jones, C. & Bottorff, J. L. (2022). Community stakeholder-driven technology solutions towards rural health equity: A concept mapping study in Western Canada. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(6), 3202–3214.  
<https://doi.org/10.1111/hex.13627>
- Seifert, A. & Rössel, J. (2021). Digital Participation. I D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (s. 1446–1450). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9\\_1017](https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_1017)
- Sengupta, S. (2009). Determinant of Health. I F. Wilson & M. Mabhala (Eds.), *Key Concepts in Public Health* (s. 30-33). SAGE Publications.  
<https://www.perlego.com/book/861596/key-concepts-in-public-health-pdf>
- Sharma, P. & Patten, C. A. (2022). A Need for Digitally Inclusive Health Care Service in the United States: Recommendations for Clinicians and Health Care Systems. *The Permanente journal*, 26(3), 149–153. <https://doi.org/10.7812/TPP/21.156>
- Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International psychogeriatrics*, 22(3), 455–462.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B. & Siefer, A. (2021). Digital inclusion as a social determinant of health. *NPJ digital medicine*, 4(1), 52.  
<https://doi.org/10.1038/s41746-021-00413-8>
- Socialstyrelsen (2023). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Systematisk förteckning Svensk version 2023 Del 2 (3) H–P*. (ICD-10-SE). Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10).  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2023-1-8318.pdf>
- SOU 2016:85. *Digitaliseringens effekter på individ och samhälle - fyra temarapporter*. Digitaliseringskommissionen.  
[https://www.regeringen.se/contentassets/bf87c5fce6fc4f9a889d57ea2e46a27d/sou-2016\\_85\\_webb-pdf-med-framsida.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/bf87c5fce6fc4f9a889d57ea2e46a27d/sou-2016_85_webb-pdf-med-framsida.pdf)
- Svensson, P. & Ahrne, G. (2022). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e uppl., s. 24-39). Liber.

- Tan, M. K. B. & Tan, C. M. (2021). Curating wellness during a pandemic in Singapore: COVID-19, museums, and digital imagination. *Public health*, 192, 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.006>
- Tengland, P-A. (2016). Empowerment och etik i folkhälsoarbetet. I B. Brülde (Red.), *Folkhälsoarbetets etik* (2:a uppl., s. 235-264). Studentlitteratur.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Turkle, S. (2017). *Tillbaka till samtalet - Samtalets kraft i en digital tid*. Daidalos AB.
- Ulrichsweb (u.å.). *Ulrich´s Serials Analysis System*. <https://ulrichsweb-serialssolutions-com.libraryproxy.his.se/search/990658706>
- United Nations (2018, 9 november). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention*. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsnbHatvuFkZ%2Bt93Y3D%2Baa2pjFYzWLBuovA%2BB7QovZhbuyqzjDNOplweYI46WXRJJ6aB3Mx4y%2FspT%2BQrY5K2mKse5zjo%2BfvBDVu%2B42R9iK1p>
- United Nations (2022, 6 maj). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. Hämtad 16 februari, 2023, från <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- United Nations (u.å.-a). *Article 9 - Accessibility*. Department of Economic and Social Affairs - Social Inclusion. Hämtad 13 maj, 2023, från <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/article-9-accessibility>
- United Nations (u.å.-b). *The Sustainable Development Agenda*. Hämtad 15 maj, 2023, från <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- van Deursen, A. J. & van Dijk, J. A. (2019). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society*, 21(2), 354–375. <https://doi.org/10.1177/1461444818797082>
- van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T. & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet interventions*, 27, 100-500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. <http://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>.
- World Health Organization (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Hämtad 23 februari, 2023, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541902/>
- World Health Organization (2021a). *Global strategy on digital health 2020-2025*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsdhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

World Health Organization (2021b). *Health Equity Monitor*. Hämtad 23 februari, 2023, från <https://www.who.int/data/gho/health-equity>

World Health Organization (2022a, 2 december). *Health inequities lead to early death in many persons with disabilities*. Hämtad 16 februari, 2023, från <https://www.who.int/news/item/02-12-2022-health-inequities-lead-to-early-death-in-many-persons-with-disabilities>

World Health Organization (2022b, 14 juli). *Musculoskeletal health*. Hämtad 13 maj, 2023, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

## 6 BILAGOR

### Bilaga 1. Studieprotokoll för datainsamling

**Studieprotokoll inför fokusgruppsstudien** (i enlighet med Dahlin-Ivanoff, 2022, s. 109).

#### **Studiens syfte**

Studiens syfte var att undersöka på vilket sätt digitaliseringen påverkar delaktighet och tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd.

#### **Fokusgruppsammansättning**

I studien inkluderades vuxna personer 18+ som hade kunskaper eller erfarenheter av begränsande nack- eller ryggstillstånd. Rekryteringen sker med koppling till flera olika patientförening där det finns personer med koppling till studiens syfte. Patientföreningarna har gemensamma utmaningar att lösa kopplat till nack- eller ryggstillstånd, men grundorsaken till tillståndet kan variera (såsom biologiska, degenerativa, belastningsskada eller trauma).

Urvalsförfarandet kommer ske strategiskt och icke-randomiserat med hjälp av en ordförande i en patientförening, som rekryterar informanterna via samordning med andra patientföreningar.

#### **Moderatorns roll**

Moderatorn (diskussionsledaren) Åsa Carbeskär har erfarenhet av det professionella samtalet och grupp vägledning. Moderatorns roll är att ömsom iaktta och ömsom stödja utvecklingen av diskussionerna, samt skapa ett tillåtande samtalsklimat.

#### **Genomförande**

*Individuell kontakt* - inledningsvis genomför moderatorn individuella samtal med varje informant via mobiltelefon eller det digitala mötesverktyget Zoom före gruppssessionen - i syfte att etablera kontakt och för att genomföra ett artikulationstest (ett tydligt tal är att föredra inför transkriberingen av gruppdiskussionen) samt gå igenom rekryteringsparametrar av vikt. Inledningsvis informeras informanterna om studiens syfte och etiska aspekter. Dessutom ges tillfälle för att samla in informerat samtycke, ställa demografiska frågor samt delge information om generella specifikationer. Gruppdeltagarna informeras om att de gärna får ha med sig fika till sessionen.

*Introduktion* - Gruppssessionerna utförs via Zoom och moderatorn startar sessionen med att presenterar sig själv och studiens syfte. Dessutom förtydligas informanterna rollen som experter i frågorna som ska diskuteras.

*Bryta-isen-frågor* - Gruppssessionen inleds med en presentationsrunda och en öppnande fråga om ryggsjukdomar. För att sedan gå in på studiens huvudfrågor.

*Gruppssessionens genomförande* - gruppssessionen genomförs via det digitala mötesverktyget Zoom. Sessionerna spelas in via mötesverktyget Zoom.



## Bilaga 2. Rekryteringsparametrar & digitala förberedelser

### **Rekryteringsparametrar** (i enlighet med Greenbaum, 2000):

1. Etablera rekryteringsparametrar
2. Utveckla rekryteringsformuläret för screening: generella specifikationer, artikulationstest och demografiska frågor:
  - 2.1 Generella specifikationer - samtala i grupp, erfarenheter eller kunskaper kopplat till digitaliseringen och begränsande nacke-ryggstillstånd, etiska aspekter, informerat samtycke.
  - 2.2 Artikulationstest (ett tydligt tal är att föredra inför transkribering av insamlad gruppdata)
  - 2.3 Demografiska frågor - ålder, kön, boendeområde (storstad/tätort/glesbygd/ landsbygd), utbildningsnivå (grundskola/gymnasienivå/högskola).

### **Förberedelser inför de digitala intervjuerna** (i enlighet med Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022, s. 73):

1. Informera informanterna om studien och dess upplägg före den digitala intervjun.
2. Ge deltagarna teknisk information före intervjun angående det digitala mötesverktyget Zoom.
3. Testa Zoom före intervjun.
4. Ha en backupplan om tekniken eller internetuppkopplingen inte fungerar.
5. Planera för eventuella distraktioner.
6. Skicka en direktlänk till informanterna för uppkoppling till Zoom-sessionen.
7. Se till att det finns tillräckligt med lagringsutrymme på datorn inför inspelningen av intervjuerna.
8. Koppla bort annan internetstörande apparatur under intervjusessionen.
9. Skapa en visuell påminnelse att intervjun spelas in.

## Bilaga 3. Frågeguide

### Välkomna informanterna

Presentationsrunda

### Definitioner

Delaktighet kan definieras som *"de sociala arrangemang som gör det möjligt för människor att delta som jämlikar i det offentliga livet"* (Blue et al., 2019). Delaktighet hänger även samman med den enskildes självständighet, självbestämmande (autonomi) och egenmakt (empowerment), samt begreppen tillhörighet och tillgänglighet (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2015).

Begreppet tillgänglighet innebär att personer med funktionsnedsättning på lika villkor som andra har tillträde till den fysiska miljön, transporter, anläggningar och tjänster, samt tillgång till information och kommunikation (United Nation [UN], u.å.-a).

Digitalisering handlar om de tekniska och digitala möjligheterna, människors beteenden kopplat till digitaliseringen samt samhällets anpassning till digitaliseringstransformationen (Gidlund, 2020).

### Öppnande frågor

Kan ni beskriva vad nack- och rygg tillstånd är och vad det innebär för den som drabbas?

Hur kan ryggsjukdomar begränsa i vardagen och i livet för övrigt?

### Tema 1: Digitalisering

Kan ni beskriva vad digitalisering innebär för personer med begränsande nack- och rygg tillstånd? Kan ni utveckla...

Skapar digitaliseringen några möjligheter för personer med begränsande nack- och rygg tillstånd? På vilket sätt? Kan ni ge fler exempel?

Och skapar digitaliseringen några utmaningar för personer med begränsande nack- och rygg tillstånd?

### Tema 2: Digital delaktighet

Kan ni beskriva vad digital delaktighet innebär för er målgrupp?

Har digitalisering möjliggjort ökad delaktighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd?

Har digitaliseringen bidragit till försämrad delaktighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd?

### Tema 3: Digital tillgänglighet

Kan ni beskriva vad digital tillgänglighet innebär för er målgrupp?

Har digitaliseringen bidragit till förbättrad tillgänglighet för personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd?

Eller har digitaliseringen bidragit till försämrad tillgänglighet?

### Avslutande frågor

Digitaliseringen är en självklarhet för många. Tänker er att vi backar tillbaks i tiden och då digitaliseringen inte var en del av vardagen - möjligtvis så finns det skrivmaskiner... Hur skulle ni uppleva om alla digitala möjligheter försvann helt över en natt?

Digitaliseringen ses av många som en magisk kula - som kan lösa allt... Vad tänker ni om det?

Är det något mer som ni vill tillägga innan vi avslutar?

### Tacka informanterna

## Bilaga 4. Informations- och samtyckesbrev

Värmdö den 30 mars, 2023.

### Information till dig som ska delta i en gruppintervjustudie som genomförs av en student under utbildning

Du är inbjuden att delta i en gruppintervjustudie som handlar om din och studiegruppens syn på hur digitalisering påverkar delaktighet och tillgänglighet i samhället för personer med begränsande nack- eller ryggstillstånd. Du tillfrågas att delta i studien utifrån dina kunskaper om begränsande nack- eller ryggproblematik.

Studien utförs som en del i min utbildning inom folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation vid Högskolan i Skövde. Ansvarig handledare är Sara Svanholm adjunkt i folkhälsovetenskap, som nås via e-post: [sara.svanholm@his.se](mailto:sara.svanholm@his.se), telefonnummer: 0500-44823.

Gruppintervjun kommer ske digitalt via mötesplattformen Zoom, och bestå av 4 till 8 deltagare. Och jag kommer leda gruppintervjun. Det är dina åsikter och kunskaper som är viktiga för studien, och om är det någon fråga som du inte vill besvara så är det givetvis möjligt att hoppa över den. Alla frågor kommer vara kopplade till dina tankar om målgruppens situation. Inga frågor kommer beröra din personliga livssituation eller hälsa. Du får gärna ta med fika till gruppintervjun!

Innan gruppintervjun behöver du och jag höras via telefon eller Zoom, för att du skall kunna få mer information om studien och för att du skall kunna ställa frågor. Dessutom kommer jag vid detta tillfälle att ställa lite frågor om dina erfarenheter eller kunskaper om begränsande ryggstillstånd, samt frågor om uppgifter som har betydelse för studien.

De av dina personuppgifter jag kommer att behandla är kontaktuppgifter: namn och e-post, samt uppgifter som har betydelse för studien: sysselsättning, boendeområde (storstad/tätort/glesbygd/landsbygd), utbildningsnivå (grundskola/gymnasium/högskola), samt en videoinspelning av gruppintervjun via Zoom. De demografiska uppgifterna kommer endast beskrivas övergripande i studien och studien kommer redovisas så att du som deltar inte kan identifieras av andra som läser studiens resultat.

I studien behandlas dina personuppgifter endast enligt ditt samtycke. Hanteringen av personuppgifter sker enligt kraven i Dataskyddsförordningen. Samtliga personuppgifter och videoinspelningen kommer att raderas när examensarbetet är genomfört och godkänt.



Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak. De uppgifter du har lämnat kommer då att raderas. Ett återkallande påverkar dock inte den behandling som skett innan återkallandet. Du kan också när som helst begära att få en kopia av dina personuppgifter.

Endast jag själv och min handledare kommer att ha tillgång till dina personuppgifter. Studien genomförs i samarbete med en etablerad patientförening, som endast kommer få tillgång till aidentifierade och sammanfattande resultat från studien. De uppgifter som samlas in om dig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att din identitet inte kan avslöjas för obehöriga.

Personuppgiftsansvarig för studien är Högskolan i Skövde, som nås via [registrator@his.se](mailto:registrator@his.se) eller 0500-44 80 00. Övrig information om hur Högskolan hanterar personuppgifter samt om dina rättigheter utifrån Dataskyddsförordningen, finns på <https://www.his.se/mot-hogskolan/sa-har-fungerar-hogskolan/behandling-av-personuppgifter/>. Vid frågor kan du också kontakta Högskolans dataskyddsombud, Christina Bjerke Versland, via [dataskyddsombud@his.se](mailto:dataskyddsombud@his.se).

### **Med vänlig hälsning**

Åsa Carbeskär

e-post: [b19asaca@student.his.se](mailto:b19asaca@student.his.se)

Mobilnummer: 073-552 66 71

Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Digital hälsa och kommunikation A1E

Avdelningen för Folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde

## Samtycke till deltagande i gruppintervjustudien på vilket sätt digital delaktighet och tillgänglighet i samhället påverkar personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd.

Jag har fått information om gruppintervjustudien om digital delaktighet och tillgänglighet i samhället påverkar personer med begränsande nack- eller rygg tillstånd och accepterar att delta.

Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

## Bilaga 5. Kodningsark

**Tabell 1.** Exempel abstraktionsprocessen från meningsenhet till kod

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
Men är det bara jag och jag får liksom vara mig själv bakom skärmen lite grann och kanske vila min höft på ett annat sätt också [SJÄLVKLART] då de får lära känna mig utan allt det här.	... jag får liksom vara mig själv bakom skärmen och de får lära känna mig utan allt det här.	får vara sig själv bakom skärmen (6:1)
Det tycker jag eee ju fruktansvärt - tillgängligheten ska vara liksom för alla. Ska vi ha ett digitalt samhälle så ska det ju också satsas på från samhällets sida och vara tillgängligt för alla.	Ska vi ha ett digitalt samhälle så ska det ju också satsas på från samhällets sida och vara tillgängligt för alla.	ett digitalt samhälle ska vara tillgängligt för alla (3:2)
Absolut nu när jag inte kan ta det fysiska biten som jag har kunnat tidigare - så har jag ju haft möjlighet att göra andra arbetsuppgifter.	När jag inte kan fysiskt så har jag möjlighet att göra andra arbetsuppgifter.	möjliggör andra arbetsuppgifter (3:3)

## Bilaga 6. Koder, underkategorier och kategorier (totalt 367 koder)

### Det fysiska påverkar delaktighet IRL (14 koder)

skada, sjukdom eller ärftliga faktorer (5:2)  
påverkar kognitivt (1:2)  
mycket smärta (1:2; 4:1)  
extrem trötthet (4:2)  
begränsad energinivå (1:3)  
fysiska begränsningar (3:2)  
våldigt begränsande (1:1, 2:1)  
begränsad livssituation (3:2)  
flertalet sjukskrivningar och läkarbesök (5:3)  
begränsade att delta (1:3)  
mister många i sin omgivning (4:2)  
mister kontakten med arbetskamrater (4:2)  
mycket ensamhet (3:1)  
man isolerar sig (4:2)

### Kategori 1. Främjar social och samhällelig delaktighet (8 koder)

digital delaktighet är betydelsefullt (1:1 & 6:1)  
de med begränsningar kan delta och vara en del av samhället (1:3, 1:1 & 3:1)  
inkluderar målgruppen (6:1)  
stor skillnad för dom med ryggsproblem (1:3)  
sparar många med fysiska begränsningar (2:3)  
pandemin främjade digitalt deltagande (2:3)  
mötesverktyg bröt isoleringen (2:2)  
lättare efter corona (6:1)

#### Underkategori 1.1 Främjar social delaktighet (17 koder)

Zoomträffar (1:1)  
sociala träffar (1:2)  
gruppträffar (5:1)  
digitala möten (2:1)  
umgås digitalt (5:1)  
fikatréffar hemifrån med vänner (2:3)  
föreningsmöten (1:1)  
stöd för olika grupper (1:1)  
familjen firade pandemijulen via Zoom (1:2)  
nya och oväntad vänskap (6:2)  
har fått kontakter över hela världen (4:3)  
kontaktar släktingar utomlands (3:3)  
träffa personer från olika tidszoner (2:3)  
lätt att hitta likasinnade (2:3)  
hitta andra i omgivningen och vården med liknande erfarenheter (1:1)  
kan ha patientdiskussioner eller symöten (2:3)  
det digitala när hemmasittare (7:1)

#### Underkategori 1.2 Möjliggör studie- och arbetslivsdeltagande (9 koder)

möjliggör arbete och studier hemifrån (4:1 & 6:1)  
digitalt arbete hemifrån främjar arbetsförmågan (1:2)  
underlättar arbetsdeltagande (1:2)  
utveckling och tekniksprånget  
digitalt arbete när det fysiska begränsar (3:3)  
covid främjade hemarbete (4:1)  
kan utföra arbete digitalt (3:3)  
andra fysiskt mer lämpliga arbetsuppgifter (3:3)  
deltar i digitala utbildningar (4:3)

#### Underkategori 1.3 Främjar verksamhets- & föreningslivsdeltagande (15 koder)

föreningsträffar utifrån var och ens förutsättning och behov (1:2)  
digitala verksamheter (3:1)

aktiv i medlemsmöten (3:1)  
aktiv i politiska möten digitalt (3:1)  
möjlighet till digitala möten (3:3)  
pandemin bidrog till digitala föreningsmöten genom Zoom (1:2)  
föreningen genomför digitaliserade träffar, årsmöten och föreläsningar (3:3, 5:3)  
fyller olika behov genom tematräffar (1:2)  
digitala föreningar når ut till fler och värvar fler medlemmar (3:3)  
den digitaliserade föreningen får medlemmar från andra länder (3:3)  
den digitala föreningen har mycket material på nätet (3:3)  
den digitala föreningen ger stöd att hitta föreläsningar (1:3)  
den digitala föreningen fyller behov av socialt stöd (1:2)  
den digitala föreningen ökade antalet medlemmar (1:2)  
den digitala föreningstidningen främjade medlemskap i och med lägre medlemsavgift (1:2)

## Underkategori 1.4 Möjliggör hälso- och sjukvårdsdeltagande (26 koder)

under pandemin fortsatte sjukvårdskontakterna digitalt (4:2)  
kontinuerlig kontakt med vården var räddningen (4:2)  
digitala läkarbesök är en nödvändighet (3:1)  
hade inte kunna göra vårdbesök (3:1)  
flera vårdmöten är digitala (3:3)  
digitala läkarbesök (1:1)  
bra vid läkarmöten (5:3)  
kan delta i läkarbesök eller föreläsning online (2:3)  
kan träffa fysioterapeuten på distans (2:3)  
onlineträning hemifrån (1:1 & 5:1)  
fysioterapiträning hemifrån (1:1)  
smidigt med digitala vårdkontakter (6:1)  
delaktig i sin vård (1:1)  
här finns nedladdningsbara vårdappar (4:3)  
läkarkontakt via KRY-appen (6:1)  
hemsjukvård med kamera (1:3)  
snabb och smidig diagnostisering och svarshantering (3:2)  
om man behöver undersökas fysiskt (3:3)  
personlig bedömning för vissa fysiska fel (1:1)  
svårt med kliniska undersökningar (5:2)  
måste vara fysiska när man behandlas och undersöks (2:3)  
ska du inte känna, bända och vrida i någon ta det digitalt (2:3)  
svårt med manuell behandling (3:1)  
svårt med massage (3:1)  
bra vid psykiska besvär (5:3)  
inga problem vid psykiatribesök (2:3)

## Kategori 2. Främjar egenmakt att delta

### Underkategori 2.1 Ökar möjligheten att bestämma själv (55 koder)

kan bestämma själv när man deltar (1:2)  
en dålig dag kan man delta (1:3)  
digitala möten en dålig dag (3:3)  
möjlighet att delta i olika digitala möten utifrån dagsform (3:3)  
styra sitt deltagande utifrån sin totala situation (1:3)  
delta oavsett mående (1:2)  
delta oavsett var du bor (1:2)  
delta oavsett plats (1:2)  
välja hur aktiv man är (1:1)  
blir lite lugnare (3:1)  
har mer energi (4:1 & 6:1)  
fint att kunna ses digitalt när skedarna inte räcker (2:3)  
spar pengar, ork och kraft (1:3)  
sparar tid för patienten (2:3)  
har hjälpt jättemycket (6:1)  
enkelt och smidigt (4:1)  
gör stor skillnad i vardagen (1:1)  
bara tanken underlättar (4:3)  
behöver inte anstränga sig för att prata digitalt (3:3)  
mindre ansträngande (1:3)



slipper ta ut sig (4:3)  
är helt nödvändigt (3:1)  
mycket mer krävande att vara iväg på en föreläsning IRL (2:2)  
från långa resor och telefonmöten till digital möten och webinarier (5:2)  
möjlighet till digitala möten istället för möten IRL (1:3)  
restid till läkare påverkar orken (5:3)  
digital läkarträff spar energi (2:3)  
man behöver inte resa (1:3)  
att det spar restid (4:1)  
restid påverkar orken  
behöver inte åka för att vara med på möten (3:3)  
fantastiskt att inte behöva åka (3:3)  
fysiska besök påverkar orken och körförmågan (2:3)  
en stor fördel att slippa ta ledigt för läkarbesök (4:1)  
se föreläsningar i efterhand (1:3)  
älskar det digitaliserade (4:1)  
kan se föreläsningarna när man orkar (1:3)  
skönt med digitala möten (4:3)  
kan ligga och sitta hur man vill (3:3)  
kan gå ifrån (1:3)  
kan stänga av och ta en promenad (3:3)  
lyssna en stund (1:3)  
kan slå av bild eller ljud (1:3)  
möjlighet att delta hemifrån sängen (2:3)  
mötesdeltagare behöver inte se alla grejer i bakgrunden (2:3)  
behöver inte städa (3:1)  
beställa hem varor (3:1)  
beställa mat (4:1)  
inköp av varor (1:1)  
hemkörning av matvaror (1:1 & 4:1)  
slippa gå och släpa tungt (4:1)  
om digitaliseringen försvann skulle livet bli svårare (2:3)  
finns inte valmöjligheten så blir det väldigt jobbigt (5:2)  
betungande att vara tillgänglig dygnet runt (7:2)

## Underkategori 2.2 Skapar en inre mental styrka (18 koder)

får vara sig själv bakom skärmen (6:1)  
fått mer självkänsla (6:1)  
fått mer självstyrka (6:1)  
skapar tro på sig själv (1:1)  
förstå sig själv (1:1)  
utveckla sig själv (1:1)  
stärka sig själv (1:1)  
skapar en trygghet i sig själv (1:1)  
frihetskänsla (6:1)  
överbygga hälsoproblem (3:1 & 6:1)  
behöver inte visa sig i bild (1:3)  
behöver inte ha på bilden på (1:2)  
blir mitt hälsoproblem (6:1)  
underbart med digitala möten trots min sjukdom (4:1)  
inte dela sitt mående med andra (6:1)  
måendet blir privat (6:1)  
lite mer normalt liv (1:1)  
deltagande på lika villkor (3:1)

## Kategori 3. Skapar en känsla av gemenskap (10 koder)

känna gemenskap och tillhörighet (1:1)  
känner sig inte ensam (1:1)  
hade varit utestängd (2:3)  
då skulle man sitta här ensam (4:2)  
skulle bli väldigt isolerad (2:2)  
skulle känna mig bortglömd (2:2)  
positiv känsla av att man är med på plats och kan lyfta frågor (3:3)  
alla inkluderas i möten (6:1)  
betydelsefullt att vara med (2:3)

kunna vara med (1:1)

## Kategori 4. Förtydligar informations- & kommunikationsmöjligheterna

### Underkategori 4.1 Tillgängliggör information (25 koder)

en digital värld har öppnat sig (5:2)  
ökad tillgänglighet (1:1)  
tillgängligheten har ökat (1:1)  
söka information på nätet (2:2)  
kunna söka fram information (1:2)  
hittar bra information på nätet (3:2)  
skaffa information (1:1 & 3:1)  
förberedd inför kontakt med vården (1:1)  
ha kontroll över och komma fram till diagnoser (1:1)  
tillgång till egen kunskap (1:1)  
älskar att läsa journalen och Googlar för att lära, förstå och vara förberedd (1:2)  
egen kunskapsbank (1:1)  
tillgång till pedagogik (1:1)  
tillgång till distanskurser (1:1)  
tillgång till hälsoinformation (1:1)  
tillgång till forskningsstudier (1:1)  
tillgång till professionella föreläsningar (1:1)  
få information om ovanliga sjukdomar från andra länder (1:3)  
hitta mycket på Google (1:1 & 4:1)  
kan vara ute och reser (3:1)  
titta på nyhetssändningar (3:1)  
besöka digitala museer (3:1)  
världen blir större och mindre (6:1)  
räddes att vända sig till Google angående tekniska lösningar (3:2)  
bra självhjälpsfilmer på YouTube (3:2)

### Underkategori 4.2 Möjliggör kommunikation (4 koder)

pandemin förbättrade kommunikationen (2:2)  
fantastiskt att kunna kommunicera med sin läkare (1:2)  
läkaren svarar på skickade meddelanden (4:2)  
digitala läkarkontakter genom olika vårdappar (4:2)

### Underkategori 4.3. Förtydligar kommunikationssvårigheter (12 koder)

bättre att prata med personen än att skriva i en chatt (5:2)  
svårt att kommunicera skriftligt med en nätpsykolog (2:2)  
bristande möjlighet att chatta med sin läkare (1:2)  
brist på digital kommunikation i vården (3:2)  
osäkerhet kring läkarens digitala förmåga för att ta emot patientens redogörelse (3:2)  
förhoppning om att AI kommer stödja kommunikationen mellan läkaren och patienten (3:2)  
möjligheten att fylla i besvärskritningar via nätet före läkarbesök (3:2)  
att slippa upprepa skadehistoriken kan underlätta vid nya läkarkontakter (3:2)  
osäker självdiagnostisering (6:1)  
läkare uppskattar inte att man studerar själv (2:2)  
anklagad för att man läser på (1:1)  
googlar för mycket (1:1)

## Kategori 5. Förtydligar utanförskap

### Underkategori 5.1 Låg socioekonomisk status (13 koder)

många drabbas om tekniken inte är tillgänglig för alla (3:2)  
påverkar deltagandet för dem med sämst ekonomi negativt (3:2)  
vissa har inte råd (3:3)  
den orättvisa tillgängligheten är en klassfråga (3:2)  
låg sjukersättning gör att många inte har råd att köpa teknik med god prestanda (3:2)  
med en sjukpension (4:3)  
kronisk nedsättning begränsar ekonomin (2:3)  
digitaliseringen kostar mycket (1:3)

det är få som klara heltidsjobb och får vanlig lön (2:3)  
orimlig fiberkostnad (4:3)  
fiber har man inte råd med (4:3)  
borde vara en rättighet att kunna kommunicera med omvärlden (1:3)  
rätt till ersättning så människor har råd (1:3)

## Underkategori 5.2 Bidrar till social isolering IRL (29 koder)

digital ambivalens (6:1)  
dubbelsidigt mynt (3:1)  
svårt att balansera mellan sociala eller digitala kontakter (1:1)  
frihet som inte finns (6:1)  
blir mer isolerad (4:3) (med det digitala)  
träffar inga människor (5:1)  
få IRL-kontakter (3:1)  
fara med att bara vara social hemma (6:1)  
viss ensamhets känsla (5:1)  
ensam bakom en skärm (5:1, 3:1 & 6:1)  
ensamhetskänsla när skärmen stängs av (6:1)  
tomhetskänsla (3:1)  
byggt livet kring (3:1)  
går sällan ut (3:1)  
är mestadels digital (3:1)  
för mycket tid vid datorn (3:1)  
mår sämre av att gå ut IRL (3:1)  
kravlöst socialt (3:1)  
skönt att var hemma (3:1)  
för lite umgänge kan skapa beteendeproblem (3:1)  
avhållsamhet skapar abstinens (3:1)  
upplever någonting när man fikar med någon (6:1)  
upplever ingenting bakom en skärm (6:1)  
fysiska möten är viktiga (3:3)  
fysiska möten är bäst (4:3)  
det går inte att jämföra personliga möten med digitala (5:3)  
att träffa vänner fysiskt ger energi (2:3)  
det fysiska mötet med vänner ger ytterligare en dimension (2:3)  
samtal ansikte-mot-ansikte underlättar (4:3)

## Underkategori 5.3 Bristande kunskaper och färdigheter (34 koder)

skapar lika mycket svårigheter som det har hjälpt (6:1)  
digitalt samhälle (5:1)  
fler som klarar av det digitala idag (3:1)  
många är utanför digitaliseringen (3:3)  
bristande intresse och kunskap (5:1)  
vissa kan inte (3:3)  
andra svårighet som skapar digitalt utanförskap (6:1)  
anpassat för dem som kan och tycker det är roligt (3:1)  
alla förstår inte hur de ska göra (5:1)  
de som inte tycker att det är lätt sätts utanför (6:1)  
många är negativa (3:3)  
det är en åldersfråga (2:3)  
sjukdomsrelaterad glömska påverkar inlärning (3:2)  
svårt med koncentration (1:1)  
hjärntrötthet försvårar inlärning (3:1)  
mental trötthet försvårar inlärning (3:1)  
väldigt uttröttad av datorn (1:1)  
de som kämpar med tekniken blir mer isolerade (1:2)  
vissa kämpar med tekniken (1:2)  
bristande teknisk kunskap (5:1)  
vissa har behövt hjälp med tekniken (1:2)  
utmaning med tekniken (1:2)  
många hänger inte med i den snabba teknikutvecklingen (3:2)  
det är jättejobbigt med teknikkrångel (1:3)  
jag är nog teknikhandikappad (1:3)  
oftast har jag tryckt fel (1:3)  
frågar en anhörig som är väldigt duktig tekniskt (1:3)

lär sig genom att sitta bredvid (2:3)  
jag har blivit bättre (1:3)  
övning ger färdighet (1:3)  
svårt att hänga med i den snabba teknikutvecklingen (3:2)  
vårt bibliotek (3:1)  
det handlar om att lära sig och att våga (3:1)  
läkaren måste ha digital kunskap (2:2)

#### Underkategori 5.4 Bristande användaranpassning och design (34 koder)

svårt att söka fram rätt avdelning via 1177 (2:2)  
skrivs mycket fel i journalen (2:2)  
kan skapa ångest om det står något allvarlig inskrivet (1:2)  
undrade vad det egentligen stod på 1177 (6:2)  
trots datorvana var det svårt att boka covidtest (4:1)  
tidskrävande (1:1)  
svårnavigerat (4:1)  
komplicerat att boka covidtest (1:1 & 4:1)  
svårt att boka ett hemtest (4:1)  
tillgänglighetsfråga funktionsmässigt (3:1)  
svårt att hitta (4:1)  
svårt att få information (3:1)  
svårt att få sidor att fungera (3:1)  
det var rätt enkelt (3:1)  
enkelt med hemtest (6:1)  
smidigt med hemleveransen (4:1)  
teknikstrul (1:1)  
svårt när tekniken strular (1:1)  
specifika sökord eller kod (2:1)  
samhället kräver mobilt BankID (4:1)  
krav på mobilt BankID (4:1)  
inget BankID så finns du nästan inte (2:1)  
våldigt begränsat utan BankID (2:1)  
BankID-kravet begränsar och låser ut olika grupper (4:2)  
vissa myndigheter kräver BankID (4:2)  
FK kräver BankID (4:2)  
ett digitalt samhälle ska vara tillgängligt för alla (3:2)  
tillgänglighet handlar om att samhället även kan erbjuda e-legitimation, kontanter och kort (4:2)  
okej att logga in på 1177 med e-legitimation (4:2)  
samhället räknar med att alla ska vara digitala (5:1)  
samhället tar för givet (5:1)  
alla ska vara digitala (5:1)  
samhället utgår från att alla är digitala (5:1)  
stänger ute många (5:1)

#### Underkategori 5.5 Bristande infrastruktur & tillgång (26 koder)

vissa regioner har ingen sammanhållen journalföring (3:2)  
storsdatsregionerna erbjuder sammanhållen journalföring (3:2)  
utomlänspatienter får begära utskrift av journalen (3:2)  
förvarar de skriftliga journalerna och funktionsberättelserna hemma (3:2)  
jobbigt att förvara journalföringen i pärmar (3:2)  
hög kostnad att skriva ut pappersjournalen vid flytt (2:2)  
länga sträckor till sjukvården (2:3)  
ingen sjukvård på orten (2:3)  
digitala läkarträffar är inte möjligt här (5:3)  
vårdcentralbesök sker via telefon eller fysiskt (2:3)  
får åka till hälsocentralen (5:3)  
problem med den digitala uppkopplingen (3:3)  
uppkopplingen är en sårbarhet (2:3)  
täckning varierar beroende på mobiloperatör (2:3)  
beroende på mobilabonnemang (5:3)  
anslutningen är olika beroende på var vi bor (2:3)  
satt i stugan en hel vecka utan mobilmottagning (2:3)  
fiberproblem (4:3)  
utanförskap utan fiber (4:3)  
saknar fiber till sin bostad (4:3)

osäker anslutning och fiberutbyggnad på landsbygden (2:3)  
osäker mottagning på landet (3:3)  
heldött utanför stan (5:3)  
vi är lyckligt lottade som har fiber till hela byn (3:2)  
uppkopplingen kan fungera bra i landsbygdsområden (1:3)  
det funkar jättebra i städer (2:3)

### Underkategori 5.6 Bristande tillit (18 koder)

sårbart (3:2)  
osäker journaltillgång vid kris (2:2)  
alla system är sårbara (1:2)  
pappersjournaler kan försvinna (1:2)  
superhandikappande om datorerna ligger nere (1:2)  
inskränkande (4:2)  
behöva lägga ner föreningen (1:2)  
övervakade (5:1)  
lämnar spår efter sig (5:1)  
det sprids mycket hat (4:1)  
farligt med IT-attacker (4:1)  
mycket skräp 5:1  
folk skriver och kommunicerar saker som är osanna (5:1)  
farligt när objektivitet saknas (1:1)  
politiken och nyheter saknar objektivitet (1:1)  
kom ihåg källkritiken och objektiviteten (1:1)  
folk är inte källkritiska (4:1)  
måste vara källkritisk (5:1)  
behov av objektivt stöd (1:1)

## Bilaga 7. COREQ

### Konsoliderade kriterier för rapportering av kvalitativa studier (COREQ): 32-punkts checklista (Tong et al., 2007).

#### Domän 1: Forskargrupp och reflexivitet

Personlighetsdrag		
1.	Intervjuare/facilitator	Vilken/vilka författare genomförde intervjun eller fokusgruppen? Åsa Carbeskär
2.	Referenser	Vad hade forskaren för meriter? Kullagret - samarbetsprojekt AF och socialtjänsten för unga arbetssökande, AF Unga F, Misa AB och egenföretagare inom livsstilsförändring. Se nedan.
3.	Ockupation	Vilket yrke hade de vid tidpunkten för studien? Magisterstudier och egen företagare inom livsstilsförändringar
4.	Kön	Var forskaren man eller kvinna? Kvinna
5.	Erfarenhet och utbildning	Vilken erfarenhet eller utbildning hade forskaren? <i>Filkand Folkhälsovetenskap samt filkand studie- och yrkesvägledning. Studie- och arbetsvägledningserfarenheter enskilt och grupp samt arbetslivsinriktat stöd för personer med funktionsnedsättning.</i>
Relation med deltagare		
6.	Förhållande etablerat	Var en relation etablerad innan studiestart? Ja, bekant via föreningarna sedan tidigare eller ett samtal före gruppssessionen.
7.	Deltagarkännedom om intervjuaren	Vad visste deltagarna om forskaren? Alla fick <i>informationsbrev, de flesta fick ett individuellt samtal före.</i>
8.	Intervjuarens egenskaper	Vilka egenskaper rapporterades om intervjuaren/facilitatorn? Kunskaper i samtalsmetodik, kunskaper om studieämnet.
Domän 2: studiedesign		
Teoretiskt ramverk		
9.	Metodorientering och teori	Vilken metodologisk inriktning angavs för att underbygga studien? <i>Induktiv innehållsanalys</i>
Val av deltagare		
10.	Provtagning	Hur valdes deltagarna ut? <i>Strategiskt/bekvämlighets</i>
11.	Metod för tillvägagångssätt	Hur kontaktades deltagarna? Via mobiltelefon, sms-meddelanden, e-post, medlemsmöten. De flesta kontaktades av ordförande i en av föreningarna - en handfull kontaktades direkt av studieledaren.

12.	Provstorlek	Hur många deltagare var i studien? 18
13.	Icke-deltagande	Hur många vägrade att delta eller hoppade av? 2 Anledningar? Behövde inte uppges. Osäkert - men de som tillfrågades direkt avstod 3.
Miljö		
14.	Inställning av datainsamling	Var samlades uppgifterna in? Zoom - främst uppkopplat via deltagarens hem.
15.	Närvaro av icke-deltagare	Var någon mer närvarande förutom deltagarna och forskarna? Nej
16.	Beskrivning av provet	Vilka är de viktiga egenskaperna hos provet? <i>Kunskaper eller erfarenheter om nacke- och ryggstillstånd. Samtliga var kvinnor i arbetsför ålder.</i>
Datainsamling		
17.	Frågeguide	Tillhandahölls frågor, uppmaningar, guider av författarna? JA Var den pilottestad? JA
18.	Upprepa intervjuer	Gjorde upprepade intervjuer? Om ja, hur många? 3 plus en pilotstudie (ingår ej i resultatet).
19.	Audio/visuell inspelning	Använde forskningen ljud- eller bildinspelning för att samla in data? JA ljud och bild via Zoom
20.	Fältanteckningar	Gjordes fältanteckningar under och/eller efter intervjun eller fokusgruppen? NEJ
21.	Varaktighet	Hur lång var intervjuerna eller fokusgruppen? Cirka 1,5 timme
22.	Datamättnad	Diskuterades datamättnad? JA - det blir tiden och antal grupper som avgjorde antalet sessioner. Uppnådde relativt hög mättnad.
23.	Avskrifter returnerade	Returnerades utskrifter till deltagarna för kommentarer och/eller rättelse? JA
<b>Domän 3: analys och fynd</b>		
Dataanalys		
24.	Antal datakodare	Hur många datakodare kodade datan? totalt 366 koder
25.	Beskrivning av kodningsträdet	Tillhandahöll författarna en beskrivning av kodningsträdet? JA i form av kodningsark/tabell
26.	Härledning av teman	Var teman identifierade i förväg eller härleddes från data? En del i förväg men främst utifrån ett induktivt förhållningssätt
27.	programvara	Vilken programvara, om tillämplig, användes för att hantera data? Word, granskningsverktyg och kodningsark (tabell)
28.	Deltagarkontroll	Gav deltagarna feedback på resultaten? JA

## Rapportering

---

29.	Citat presenteras	Presenterades deltagarcitat för att illustrera teman/fynden? JA Har varje offert identifierats? JA med deltagar- & gruppnummer
30.	Data och fynd överensstämmer	Fanns det överensstämmelse mellan de data som presenterades och resultaten? JA
31.	Tydlighet i huvudteman	Presenterades viktiga teman tydligt i resultaten? Ja som kategorier
32.	Tydlighet i mindre teman	Finns det en beskrivning av olika fall eller diskussion om mindre teman? Ja som underkategorier

---