



# Fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten

En midtveisevaluering av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuters strategi for forskning i primærhelsetjenesten

Fredrik Niclas Piro  
Agnete Vabø  
Karl Erik Brofoss

Rapport 13/2013

**NIFU**



# Fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten

En midtveisevaluering av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuters strategi for forskning i primærhelsetjenesten

Fredrik Niclas Piro  
Agnete Vabø  
Karl Erik Brofoss

Rapport 13/2013

Rapport 13/2013

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning  
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Oppdragsgiver Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter  
Adresse Stensberggata. 27, 0131 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-905-0  
ISSN 1892-2597

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)

---

# Forord

På oppdrag fra Fond- til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, har NIFU evaluert Fondets strategiske plan for 2011-2013, der fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten er gjenstand for en større satsing fra Fondets side. Hovedelementet i satsingen er finansieringen av forskningsprogrammet FYSIOPRIM ved Universitetet i Oslo, NTNU, Diakonhjemmet sykehus og Oslo Universitetssykehus, i samarbeid med klinikere i private og kommunale fysioterapienheter. Evalueringen gir en gjennomgang av erfaringer så langt i FYSIOPRIM, som vurderes både i forhold til Fondets målsettinger med programmet, og Fondets målsettinger med sin strategi.

Fredrik Niclas Piro har vært prosjektleder for oppdraget ved NIFU, som er gjennomført i samarbeid med Agnete Vabø og Karl Erik Brofoss.

Vi takker Fondets sekretariatsleder Birthe C. Hansson for velvillig hjelp, og viktige innspill under hele arbeidet med evalueringen. Vi retter også en takk til alle involverte i FYSIOPRIM, og andre informanter som velvillig har delt sine synspunkter med oss, og i særdeleshet prosjektleder for FYSIOPRIM, professor Nina K. Vøllestad (Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo). Vi håper vår rapport vil være nyttig for Fondet i dets arbeid med å utvikle gode vilkår for fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten.

Oslo, 19. februar, 2013

Sveinung Skule  
Direktør

Agnete Vabø  
Forskningsleder



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Fysioterapi i primærhelsetjenesten .....	10
1.2 NIFUs løsningsforslag på evalueringen .....	12
1.3 Metodisk fremgangsmåte .....	13
1.4 Gangen i rapporten .....	14
<b>2 Fondets arbeid og strategi</b> .....	<b>16</b>
2.1 Fondets arbeid .....	16
2.1.1 Stipend for individuelle fysioterapeuter .....	17
2.1.2 Institusjonell finansiering - undervisningstilbud .....	18
2.1.3 Miljøstøtte – finansiering av forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi.....	19
2.2 Fondets strategiske arbeid .....	20
2.2.1 Fondets strategiske plan 2011-2013.....	21
2.2.2 Oppfølging av den strategiske planen – Fondets strategidokument.....	22
<b>3 Utlysningen</b> .....	<b>26</b>
3.1 Søkerne .....	28
3.2 Vurderingen av FYSIOPRIM .....	29
<b>4 FYSIOPRIM</b> .....	<b>31</b>
4.1 Overordnet målsetning – programmets idé.....	31
4.1.1 Involvering av klinikerne .....	32
4.2 Prosjektene i FYSIOPRIM .....	33
4.2.1 Prosjekt A: Måleinstrumenter for evaluering av fysisk form.....	33
4.2.2 Prosjekt B1: Effekt av tilpasset trening for kroniske nakkepasienter.....	34
4.2.3 Prosjekt B2: Hvorfor får noen langvarige muskel- og skjelettplager og andre ikke? .....	35
4.2.4 Prosjekt B3: Individuelt tilpasset fysioterapi: effekt og erfaring.....	35
4.2.5 Prosjekt C: Artroseskole og trening i Ullensaker .....	36
4.2.6 Prosjekt D: Systematisk registrering av data i fysioterapi praksis.....	37
4.3 Modellutprøving.....	38
4.3.1 Oslomodellen .....	39
4.3.2 Trondheimsmodellen.....	40
4.3.3 Suksesskriterier for modellutprøvingen.....	41
<b>5 Refleksjoner rundt FYSIOPRIM som virkemiddel iht. Fondets strategi</b> .....	<b>42</b>
5.1 FYSIOPRIM og samhandlingsreformen.....	42
5.1.1 Samhandlingsreformen .....	42
5.2 FYSIOPRIM er et uvanlig forskningsprogram .....	46
5.2.1 Valg av prosjekter og programmets innretning.....	47
5.2.2 Det er godt tilrettelagt for at klinikerne skal trekkes inn .....	48
5.2.3 Klinikernes rolle i prosjektene .....	49
5.3 Viktigheten av å satse stort og langsiktig .....	51
5.4 Muligheter for å drive forskning i primærhelsetjenesten .....	52
5.4.1 Det mangler insentiver for at kommunene skal drive med forskning .....	53
5.4.2 Hvilke kommuner skal egentlig drive med forskning? .....	54
5.4.3 Er modellene som prøves ut i FYSIOPRIM bærekraftige? .....	55
5.5 Resultater av FYSIOPRIM.....	56
5.5.1 Bidrag til standardisering og verktøy for dokumentasjon.....	57
5.6 Er det for profesjonsorientert? .....	58
5.7 Det mangler en strategi for å følge opp FYSIOPRIM .....	60
5.8 Leverer FYSIOPRIM det programmet har lovet? .....	62
<b>6 Måloppnåelse for Fondets strategi</b> .....	<b>64</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>70</b>

---



# Sammendrag

*NIFU har på oppdrag for Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter evaluert Fondets strategiske plan for 2011-2013. Fondets viktigste virkemiddel for å få realisert målsettingene i planen, forskningsprogrammet FYSIOPRIM, vurderes som et godt – men samtidig utilstrekkelig virkemiddel for å innfri Fondets målsettinger for forskning i primærhelsetjenesten i form av faste stillinger og offentlig finansiering av slik forskning. Fondets strategi mangler en operasjonalisering av hva slags forskning man ser for seg skal drives i primærhelsetjenesten, og en definering av hvem som skal videreføre de forskningsaktivitetene som Fondet nå finansierer. Således mangler det en definert målgruppe for å markedsføre de gode resultatene som så langt, og på sikt, vil bli realisert gjennom FYSIOPRIM. Vi ser det som viktig at Fondet tidlig utarbeider en handlingsplan for hvordan FYSIOPRIM skal følges opp etter avslutning i 2015.*

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fondet) har i sin strategiske plan for 2008-2010 og i gjeldende plan for 2011-2013 prioritert fysioterapi i primærhelsetjenesten. Fondets viktigste virkemiddel er finansieringen av det 5-årige forskningsprogrammet FYSIOPRIM med 32 millioner kroner. Foruten dette yter Fondet betydelige midler til finansiering av ulike forskerstillinger ved universiteter og høyskoler, samt gir stipend til forskningsprosjekter, kvalitetssikringsprosjekter, formidling og arbeid med prosjektbeskrivelse. Felles for alle disse aktivitetene er at de inngår i Fondets strategiske satsing, der Fondets søkere som gjennomfører eller forankrer sine prosjekter i primærhelsetjenesten blir prioritert ved Fondets tildelinger.

FYSIOPRIM er et forskningsprogram med fokus på muskelskjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten, og er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Oslo (Institutt for helse og samfunn), NTNU (Institutt for samfunnsmedisin), Diakonhjemmet sykehus og Oslo Universitetssykehus. Forskerne i FYSIOPRIM har etablert et omfattende samarbeid med klinikere fra private fysioterapiinstitutter og med enkelte fysioterapeuter fra den kommunale helsetjenesten. Disse deltar i alle faser av programmet og er sentrale aktører i gjennomføringen av FYSIOPRIM. De overordnede målsettingene for FYSIOPRIM er å skape modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i primærhelsetjenesten og derved legge grunnlag for varige forskningsmiljøer, samt å knytte sammen kunnskap ervervet gjennom studier i klinisk praksis, epidemiologiske studier og eksperimentelle forsøk, der ulike forskningsmetoder benyttes.

Foruten at klinikere er involvert, gjennomføres det en betydelig innsats i FYSIOPRIM med såkalt modellutprøving. Dette innebærer at det er lyst ut stillinger ved universitetene der klinikerne kan jobbe i en prosentstilling med forskningsaktiviteter relatert til prosjektene i FYSIOPRIM, eksempelvis som hospitanter i 20 prosent stilling, eller i delt stilling universitet-kommune. Disse modellforsøkene er svært viktige, fordi det store problemet med å drive forskning i primærhelsetjenesten er at det ikke eksisterer noen strukturelle koblinger mellom sektoren og forskningsmiljøene. Modellforsøkene fyller

derfor en pionerfunksjon ved å eksperimentere med ulike måter å skape slike koblinger på. Forsøkene er derfor viktige, fordi det store antallet av klinikere som ellers er involvert i FYSIOPRIM fra private institutter i beskeden grad fyller en funksjon som reelle forskere i prosjektene – deres rolle er primært knyttet til planleggings- og gjennomføringsfasen av studiene, ikke slutfasen med analyse, artikkelsskriving og publisering. Vi mener således at FYSIOPRIM er et vellykket prosjekt med tanke på å berede grunnen for videre forskning i primærhelsetjenesten, men ikke et tilstrekkelig tiltak, og Fondet mangler en oppfølgingsplan for arbeidet etter at prosjektet avsluttes.

Fondet ønsker på sikt at offentlig finansiering skal ta over for den støtten Fondet nå gir gjennom FYSIOPRIM. Vi betrakter en slik strategi som en «såkornmidler» strategi. Dette har Fondet hatt svært gode resultater med tidligere. Fondet har gjennom en slik strategi bygget opp mastertilbud på universiteter og høgskoler, samt forskningsmiljøer i fysioterapi ved universitetene. Men vi mener vanskelighetsgraden er vesentlig høyere for å lykkes denne gang: For det første er primærhelsetjenesten en sektor der det knapt finnes forskningstradisjoner eller kompetanse. For det andre, er det uklart hvem Fondet ser for seg på sikt skal ta over finansieringen av slike aktiviteter. Og for det tredje, finnes det ikke noe ønske fra offentlige myndigheter for å videreføre den finansieringen som i dag gis gjennom FYSIOPRIM.

Fondets vektlegging av kunnskap og forskning primærhelsetjenesten er lansert på et svært gunstig tidspunkt, og man skulle kanskje forvente at Samhandlingsreformen skulle gi drahjelp til å fremme behovet for fysioterapiforskning i denne sektoren. Men kommunenes medvirkningsansvar for å drive forskning er vagt formulert, og Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger samhandlingsforskning i sin oppfølging av stortingsmeldingen om reformen. Departementet vektlegger også betydningen av tverrfaglig forskning, og ønsker ikke å gå inn og finansiere forskning rettet mot spesifikke profesjoner.

Vi tror derfor en tverrfaglig tilnærming vil være mest hensiktsmessig dersom Fondet ønsker å skape bedre vilkår for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten for å drive forskning. Vi anbefaler derfor at Fondet i større grad støtter tverrfaglige prosjekter – og tror den mest hensiktsmessige veien å gå for å skape varige forskningsmiljøer i primærhelsetjenesten er ved å markedsføre FYSIOPRIM og modellforsøkene som eksempler på at det faktisk er mulig å drive god helseforskning i primærhelsetjenesten – og ikke nødvendigvis fysioterapiforskning - i samarbeidskonstellasjoner mellom universitet og klinikere.

Det er per i dag ikke definert hvem som skal ta over finansieringen av denne forskningen, og således ikke hvem Fondet bør jobbe strategisk opp mot. Én løsning er å ta utgangspunkt i den reforhandlede avtalen mellom Norsk Fysioterapeutforbund og KS, der det åpnes for å gi permisjon til fysioterapeuter som driver med forskning, eller å jobbe for en enda sterkere rettighet til forskningstid for fysioterapeuter innenfor en andel av driftstilskuddet sitt. Dette er ikke nødvendigvis en god løsning, for det er klart at forskningen må konsentreres om enkelte miljøer av en viss størrelse som kan formalisere et samarbeid med universiteter eller andre faglig sterke institusjoner. Vi anbefaler således at Fondet velger en todelt løsning fremover i tid, der Fondet på den ene siden viderefører satsingen på modellforsøkene, for å koble både private og kommunale fysioterapeuter opp mot universitetsmiljøer, samtidig som Fondet søker samarbeid mot enkelte ledende kommuner som har vist engasjement og evne til å etablere tverrfaglige enheter med potensiale for forskning i kjølvannet av samhandlingsreformen. Her tror vi det vil være lite salgbart å kun fremme fysioterapien som ingrediens i et slikt samarbeid; fysioterapeutenes rolle i tverrfaglige behandlingsteam/forskerteam må vektlegges. Fondet bør gå i dialog med kommunene og diskutere hva slags forskningsprosjekter og stillinger som kan legges til slike kommunale enheter, som har en tilstrekkelig fysioterapeutisk relevans til at Fondet kan bidra med finansiering. Dette vil innebære en form for såkornfinansiering som ligger nærmere Fondets tidligere vellykkede fremstøt mot universiteter og høgskoler om opprettelse av studietilbud og forskningsmiljøer, enn hva dagens modell med FYSIOPRIM gjør.

# 1 Innledning

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (heretter: Fondet) har i sin strategiske plan for 2008-2010 og videre for 2011-2013 prioritert fysioterapi i primærhelsetjenesten og ønsker å bidra til å styrke kunnskapsutvikling og utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud innen feltet. Fondet har spesielt satsset på å styrke forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten – med særlig vekt på at deres satsing skal videreføres med offentlig finansiering for å få til en langsiktig og sterk forskning. I korte trekk, er målene for Fondets strategi:

- Å bidra til en sterk kunnskapsbasert primærhelsetjeneste for å møte fremtidens helseutfordringer – i samhandling mellom og på nivåene i helsetjenesten
- Å bidra til å utvikle organisatoriske og økonomiske virkemidler knyttet til primærhelsetjenestens innhold og organisering
- Å bidra til bedre helse for brukere i primærhelsetjenesten
- Å bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter

Vi ser her klare paralleller til det arbeidet, og det behovet, som er skissert i Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)) og i Helse- og omsorgsdepartementets (2006) forskningsstrategi, med vekt på en kunnskapsbasert primærhelsetjeneste basert på tverrfaglig forskning og nært samarbeid mellom forskning og praksis.

Det viktigste virkemiddelet for å oppfylle strategiens målsettinger er forskningsprogrammet FYSIOPRIM. Som ledd i strategien ble det lyst ut forskningsmidler i 2009 med ambisjon om bl.a. å legge til rette for en forsterket og helhetlig forskningsinnsats med en klar og sterk profil mot fysioterapi i primærhelsetjenesten. Etter søknadsrunden ble Universitetet i Oslo tildelt 32 millioner kroner til programmet FYSIOPRIM for femårsperioden 1. juli 2010 – 30. juni 2015.

Overordnede målsettinger for FYSIOPRIM er:

- Å skape modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i primærhelsetjenesten og derved legge grunnlag for varige forskningsmiljøer
- Å knytte sammen ervervet kunnskap gjennom studier gjennomført i klinisk praksis, epidemiologiske studier og eksperimentelle forsøk, der ulike forskningsmetoder benyttes

Fondet har bedt NIFU om å gjennomføre en midtveisevaluering av Fondets strategi, med vekt på FYSIOPRIM som det tyngste tiltaket innenfor strategien. I mandatet for NIFUs evaluering, var Fondet opptatt av at følgende spørsmål skal besvares:

- Bidrar satsningen til økt offentlig finansiering av forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten?
- Bidrar satsningen til utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud i primærhelsetjenesten?
- Bidrar satsningen til å legge grunnlag for langsiktig forskning med faste stillinger?
- Bidrar FYSIOPRIM til å utvikle en hensiktsmessig modell for forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten?

## 1.1 Fysioterapi i primærhelsetjenesten

Fysioterapifaget har tradisjonelt en sterk forankring i praksis og erfaringsbasert kunnskap. Inntil 1980-tallet måtte fysioterapeuter som ønsket akademisk utdanning ta hovedfag i mer generelle helsefaglige studieretninger og fagområder. Fremdeles gjør de det, men fra 1980- og 90-tallet startet utviklingen av flere helsefaglige og fysioterapispesifikke hovedfags- og masterprogram (se Vabø & Larsen, 2010). Etter Kvalitetsreformen ved universitetet og høyskoler i 2003 er grunnutdanningen i fysioterapi på bachelornivå, hvilket gjør veien til en akademisk karriere lettere tilgjengelig. Mange hundre fysioterapeuter har nå tatt mastergrad/hovedfag i ulike fag. I 1977 disputerte den første fysioterapeuten i et fysioterapifaglig emne. Vi vet ikke med sikkerhet hvor mange fysioterapeuter det er i Norge i dag som har doktorgrad og heller ikke hvor mange fysioterapeuter som har doktorgradskompetanse. I 2009 var det rundt 60 fysioterapeuter som hadde doktorgrad, og 12 fysioterapeuter som hadde professorkompetanse. Disse tallene har økt betydelig i de senere år, men det er vanskelig å få en nøyaktig oversikt i dag, fordi Fondet ikke lengre finansierer alle – slik det var før, noe som må vurderes som en positiv utvikling.

Dagens forskning og fagutvikling i fysioterapi foregår hovedsakelig i universitets- og høyskolesektoren, samt i helseforetakene, i mindre grad i primærhelsetjenesten. Fysioterapi i primærhelsetjenesten utføres i regi av både privat og offentlig fysioterapitjeneste, i og utenfor institusjon. Fysioterapeuter i primærhelsetjenesten jobber med helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering. Omkring 4200 fysioterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten. Av disse er ca. 1/3 ansatt i faste stillinger, og 2/3 arbeider i privat praksis som delvis finansieres av staten over folketrygden. Til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, er ikke ansvaret for å drive forskning en lovfestet oppgave i primærhelsetjenesten. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), §8-3, slår imidlertid fast at «kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Samtidig fremgår det i Nasjonal Helseplan (2007-2010, kap.6.4.3) at det skal satses sterkere på praksisnær/pasientnær forskning, formelle forskningsnettverk på tvers av institusjoner, tjenestenivåer og fagdisipliner og kombinerte stillinger i forskning og klinikk.

Et hovedtrekk i samhandlingsreformen er at kommunene skal ta over ansvaret for flere arbeidsoppgaver i behandlingsskjeden av pasienter og også deler av finansieringen. Dette innebærer i praksis at en del av den behandlingen som i dag ytes pasienter i spesialisthelsetjenesten, der praksis skal være forskningsbasert (og hvor forskning er lovpålagt), nå skal gis i primærhelsetjenesten der det ikke er tradisjon for å drive forskning (og hvor forskning ikke er lovpålagt).

Det store mangfoldet av kommuner og organisering av helsetjenestene i disse gjør at det er vanskelig å etablere en institusjonell overbygning for å organisere systematisk forskning med høy kvalitet i et visst omfang. Det er heller ikke strukturelle koblinger mellom praksisfeltet og forskningsmiljøene. Disse forholdene begrenser kommunenes muligheter til å fylle sitt ansvar for å medvirke til forskning. I samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, 2008-2009) vurderes hovedårsaken til kommunenes manglende rolle innen FoU å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelig robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter, slik at de har slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell. Her vil vi legge til at dette naturlig nok også gjelder kommunenes rolle til å

bygge forskningsmiljøer. Stortingsmeldingen beskriver to grunnleggende problemer knyttet til å etablere faglig sterke miljøer i kommunene. *Det første* er relatert til kommunestrukturen i Norge, med mange små kommuner der det erfaringsmessig har vært problematisk å kunne tilby fagfolk stabile og gode utviklingsopplegg, med derav følgende rekrutteringsvanskeligheter. *For det andre*, så har ikke kommunene inngått systematiske avtaleopplegg med universiteter og høyskoler, eller lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser i primærhelsetjenesten, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesten. Det er et mål med samhandlingsreformen å bidra til å endre denne situasjonen. Av tiltakene i reformen, er det særlig punktet om «Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak» som er interessant, der kommuner og sykehus er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler som blant annet skal dekke forskning, utdanning, praksis og læretid (mer om dette i kapittel 5.1).

Hvert departement har ansvar for å finansiere forskning på og for sin sektor, for avveining mellom bruk av forskning og bruk av andre virkemidler med sikte på å realisere de målene eller den politikken som til enhver tid måtte gjelde for sektoren. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) støtter en rekke forskningsprogrammer i Norges forskningsråd, og bevilger i tillegg mye penger til helseforetakene over statsbudsjettet, både gjennom rammebevilgningene og gjennom aktivitetsbaserte tilskudd. I det neste avsnittet beskriver vi de viktigste trekkene i HODs forskningsstrategi for perioden 2006-2011 som omhandler forskning i primærhelsetjenesten.

HOD beskriver primærhelsetjenesten som en sektor der strukturene og insentivene for å drive forskning er fraværende. Helsepersonellet innen de kommunale (og fylkeskommunale) tjenestene er organisert i små praksiser i nesten samtlige kommuner (flertallet av tannleger og allmennleger er selvstendig næringsdrivende). Verken kommunene, fylkeskommunene eller de enkelte praksiser er forpliktet til å drive forskning innenfor sine fagområder, og det finnes få økonomiske insitamenter rettet mot helsepersonellet for å drive forskning. Det store antallet kommuner og at flertallet av kommuner er relativt små medfører at det er vanskelig å etablere en institusjonell overbygning som er nødvendig for å kunne organisere forskning av et visst omfang og kvalitet. Hittil har mye av forskningen således foregått i relativt små, fragmenterte og sårbare miljøer med liten kontakt mot universitets- og utdanningssystemet. HOD mener dette tilsier et behov for å stimulere til mer forskning i primærhelsetjenesten, og ønsker derfor å «bidra til å utvikle infrastruktur og organisatoriske rammer for praksisnær forskning utenfor spesialisthelsetjenesten» (s.21). Dette skal skje gjennom å styrke rekruttering av helsepersonell til forskning, og gjennom å bidra til langsiktig oppbygging av fagmiljøer der det mangler nasjonal forskningskompetanse (samt integrering av disse i den ordinære helse- og sosialtjenesten når kompetansen anses oppbygget). Det har altså vært en målsetning for HOD – formulert i strategien noen år før stortingsmeldingen om samhandlingsreformen skulle komme – å styrke forskning som går på tvers av tjenestenivåene, og se på samhandling mellom nivåene.

Det er mange gode grunner til at det er viktig å gjennomføre forskning og å utvikle forskningskompetanse i primærhelsetjenesten. Fra våre intervjuer i forbindelse med denne rapporten danner det seg et tydelig bilde av at fysioterapi som fag, og fysioterapi som forskningsvirksomhet i primærhelsetjenesten står overfor særlig fire utfordringer:

- 1) Fysioterapi mangler standardisering av behandlingstilbudet: Pasienter med samme diagnoser behandles ulikt fra fysioterapeut til fysioterapeut, jfr. følgende uttalelse: «Problemet med fysioterapi er at alle har sine egne varianter av hvordan man behandler. I løpet av 20 år har man i sin praksis drevet ganske langt unna det man lærte som student».
- 2) Fysioterapi mangler evidensbaserte metoder: Mye av den behandlingen som gis, mangler studier som dokumenterer effekt.
- 3) Eksisterende evidens er fra spesialisthelsetjenesten: Det er i primærhelsetjenesten de fleste pasienter behandles, i særlig grad pasienter med kroniske lidelser. Mesteparten av kunnskapsbasert behandling er basert på forskning på pasienter i helt andre settinger

(eksempelvis en selektert sykehuspopulasjon), og har sannsynligvis lav overføringsgrad til behandling i primærhelsetjenesten.

- 4) Manglende kompetanse for å implementere nye metoder: Det er lettere å implementere ny kunnskap dersom man har personell som besitter FoU-kompetanse, som er i stand til å fange opp nye metoder, gjøre en kritisk vurdering av deres nytte og effekt, for deretter å introdusere dem i eget behandlingsløp.

## 1.2 NIFUs løsningsforslag på evalueringen

NIFU har lagt opp til en prosessevaluering med vekt på å innhente informasjon som kan være nyttig for eventuelt å justere både Fondets strategiske arbeid så vel som kursen i den videre driften av FYSIOPRIM, snarere enn en resultatevaluering av FYSOPRIM som sådan. Vi har ikke gjort noen vurderinger av den faglige kvaliteten i delprosjektene i FYSIOPRIM. En resultatevaluering og eventuelle tiltak for videre formidling av FYSIOPRIM er mer naturlig ved utgangen av prosjektperioden i 2015/2016, og må, slik NIFU ser det, legge større vekt på evaluering av FYSIOPRIMs vitenskapelige kvalitet – noe som ikke gjøres her.

Vi gjør et tydelig skille mellom Fondets strategi og FYSIOPRIM. FYSIOPRIM i seg selv evalueres i forhold til Fondets utlysning, og hva FYSIOPRIM har lovet å levere. Dette er noe annet enn Fondets strategi i seg selv. Det er hypotetisk fullt mulig at FYSIOPRIM som prosjekt anses lovende i forhold til å oppfylle sine mål og det Fondets utlysning etterspør, mens nye og andre virkemidler er bedre for at Fondet skal nå sine overordnede mål. Denne tilnærmingen tilsier at de empiriske undersøkelsene skal følge to separate spor: Fondets strategi og FYSIOPRIM, der FYSIOPRIM er *ett* (av flere) virkemidler for å nå Fondets strategiske mål. Vi går derfor veien først om FYSIOPRIM for deretter å vurdere kjerneaktivitetene der opp mot målene i Fondets strategi.

Evalueringen skal kunne brukes som grunnlag for videre utvikling/justering av strategien, i neste programperiode, samt utforming av tiltak for å nå strategiens overordnede mål. Evalueringen vurderer derfor om det er elementer i strategien som det ikke er knyttet tiltak til, og om det er elementer i strategien som bør få forsterkede tiltak.

For å få sterke forskningsmiljøer knyttet til primærhelsetjenesten er det relevant å utvikle strukturer som gir god interaksjon mellom forskning og praksis, kommunenes tilbud og private fysiske institutt. Vi har derfor valgt å ha et særskilt fokus på arbeidet som gjøres i FYSIOPRIM med hensyn til *modellutvikling*, dvs. ulike tiltak for å etablere formaliserte strukturer mellom forskningsmiljøer ved universiteter, primærhelsetjenesten og private fysioterapiinstitutter.

NIFUs undersøkelser av FYSIOPRIM er et empirisk inntak til å vurdere grad av samsvar mellom aktiviteter Fondet gir sin støtte til og målene i Fondets strategi. Hva gjelder empiriske undersøkelser legges hovedvekten på FYSIOPRIM; andre tiltak Fondet gir sin støtte til og i hvilken grad og på hvilken måte de understøtter strategien, blir i mindre grad vurdert inngående.

Det er Fondets strategiske plan og satsing på fysioterapi i primærhelsetjenesten som skal evalueres. Det vil si at vårt fokus er på det forskningsstrategiske – ikke forskningens vitenskapelige sider. Vi vil således ikke studere vitenskapelig publisering i denne evalueringen, selv om det er et viktig kriterium for evaluering av forskning, og dessuten viktig med tanke på CV-bygging i forhold til å oppnå finansiering i en senere fase. FYSIOPRIM er nå midtveis, og lite er så langt publisert, slik at det således er lite aktuelt å studere publiseringsaktiviteter i programmet nå. Dette bør derimot være et viktig element i sluttevalueringen av programmet.

### 1.3 Metodisk fremgangsmåte

Kjerneaktivitetene i gjennomføringen av evalueringen er dokumentstudier og intervjuer med aktører som er involvert enten direkte i FYSIOPRIM, eller innenfor det fagområdet som FYSIOPRIM operer innenfor.

Foruten enkelte offentlige dokumenter har Fondet stilt sine arkiver til fri disposisjon for NIFU. I tillegg har vi mottatt mye skriftlig materiale fra FYSIOPRIM. De skriftlige kildene evalueringen har benyttet er listet i Tabell 1.1.

**Tabell 1.1 Datakilder**

Kilde	Dokumenttype
Fondet	Fondets strategiske planer
	Strategidokumentet (med oppfølgende notater, brev til mv. til politikere og myndigheter, medieoppslag, osv.)
	Utlysning av forskningsmidler
	Fondets tildelingsbrev til, og kontrakten med UiO/FYSIOPRIM
	Fondets årsberetninger
UiO	UiOs søknad – prosjektbeskrivelse
	Konsortium avtale UiO/NTNU/Diakonhjemmet
FYSIOPRIM	Framdriftsrapporter
	Sakspapirer og referater fra referanse- og styringsgruppen
	Innkalling og underlagsdokumenter fra møtene med de kliniske koordinatorene
HOD	Stortingsmelding: Samhandlingsreformen
	Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi
	Helse- og omsorgsdepartementets strategi for samhandlingsforskning
	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

I tillegg til å fungere som grunnlag for en enkel analyse av programmets forskningsportefølje gir dokumentene nødvendig informasjon vedrørende organisatorisk og politisk kontekst for både Fondets strategi og FYSIOPRIM.

Vi har også gjennomført intervjuer med ulike informantgrupper (etter avtale med Fondet): prosjektledere i FYSIOPRIM (1), representanter for vertsinstitusjonene i FYSIOPRIM (2), sentrale helsemyndigheter (3), brukerrepresentanter (4), kliniske koordinatorene (5), representanter for samarbeidende kommuner (6), Fondet (7) og Norsk Fysioterapeutforbund (8). NIFU har også deltatt på et møte med referansegruppen for FYSIOPRIM der en uformell diskusjon fant sted.

**Tabell 1.2 Informanter**

Type	Navn	Stilling	Tilhørighet
1	Nina K. Vøllestad	Professor	Institutt for helse og samfunn, UiO
1	Hanne Dagfinrud	Førsteamanuensis	Institutt for helse og samfunn, UiO
1	Inger Holm	Professor	Klinikk for kirurgi og nevrofag, OUS
1	Nina Østerås	Postdoktor	Diakonhjemmet Sykehus
1	Kåre Birger Hagen	Professor	Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus
1	Anne Marit Mengshoel	Professor	Institutt for helse og samfunn, UiO
1	Ottar Vasseljen	Professor	Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
2	Jeanette Magnus	Instituttleder	Institutt for helse og samfunn, UiO
2	Stig A. Slørdahl	Dekan	Det Medisinske Fakultet, NTNU
2	Ingvild Kjekken	Ergoterapeut	Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus
3	Maiken Engelstad	Avdelingsdirektør	Helse- og omsorgsdepartementet
3	Hjørdis M. Sandborg	Seniorrådgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
3	Kristin Gjellestad	Seniorrådgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
4	Steinar Sivertsen	Brukerrepresentant	
5	Roar Robinson	Fysioterapeut	Hans & Olav Fysioterapi AS, Oslo
5	Irma Blaker	Fysioterapeut	Hillevåg Fysioterapi og Trening, Stavanger
5	Ragnhild Karlsen	Fysioterapeut	Kongsberg Medisinske Treningssenter
5	Arnhild Skjølberg	Fysioterapeut	Orkanger Fysioterapi & Osteopati
5	Turid Høysveen	Fysioterapeut	Ullernklinikken Manuellterapi og Rehabilitering
5	Torggrim Tønne	Fysioterapeut	Tiller fysioterapi og manuellterapi, Trondheim
6	Ole Bjørn Herland	Tidligere helse- og sosialsjef	Kongsberg kommune
6	Bente Gunnarshaug	Rådgiver	Avd. oppvekst og vilkår, Stavanger kommune
6	Anne E. Hansen	Enhetsleder	Enhet for fysioterapi Trondheim kommune
7	Birthe C. Hansson	Sekretariatsleder	Fondet
7	Nina Emaus	Professor (UiT), Styreleder	Fondet
7	Siv Mørkved	Professor (NTNU), Tidligere styreleder	Fondet
7	Gro Jamtvedt	Kunnskapssenteret, Tidligere styremedlem	Fondet
8	Eilinn Ekeland	Leder	Norsk Fysioterapeutforbund

Første leveranse til Fondet var en midtveisrapport som ble levert 30. november. Her la NIFU frem faktagrunnlaget for analysene basert på dokumentstudiene. I slutten av november og gjennom desember, 2012, og januar, 2013, ble intervjuene med informantene i tabell 1.2 gjennomført. Sluttrapporten ble levert til Fondet i februar 2013.

## 1.4 Gangen i rapporten

Den kanskje viktigste utfordringen Fondet står overfor for å få realisert ambisjonene sine om å etablere fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten, er at denne sektoren ikke har tradisjoner for å drive med forskning, og at det ikke foreligger strukturer eller insentiver for å understøtte forskningsaktivitet hos fysioterapeuter der. Dette har vi beskrevet kort ovenfor i kapittel 1.1.



Dette leder oss til kapittel 2 der Fondets strategiske plan og strategiske satsning beskrives. Fondets bevilgning av 32 millioner til et større forskningsprogram for å bidra til institusjonalisering av fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten følger en strategi som Fondet tidligere har hatt suksess med; nemlig at Fondet bidrar med «såkornmidler» for å etablere enten forsknings- eller utdanningsaktiviteter i institusjoner for høyere utdanning. Vi gir derfor også en gjennomgang av Fondets arbeid med andre støtte- og tildelingsordninger. Fondet utarbeidet også et strategidokument som skulle brukes som underlag for å formidle Fondets satsning på forskning i primærhelsetjenesten, og som også ble brukt for å markedsføre det store forskningsprogrammet, og vi beskriver også innholdet i, og bruken av dette dokumentet.

Kapittel 3 handler om utlysningen av det store forskningsprosjektet, som resulterte i tildeling av midler til gjennomføring av FYSIOPRIM. I kapittel 4 beskriver vi FYSIOPRIM: programmets overordnede mål og innholdet i de seks delprosjektene som FYSIOPRIM består av. Et helt sentralt element i FYSIOPRIM, som dels er en egen aktivitet på siden av delprosjektene, og som dels er sterkt inkorporert i flere av delprosjektene, er arbeidet med modellutprøving, dvs. å teste ut ulike modeller for å koble fysioterapeuter fra primærhelsetjenesten til universitetsmiljøene, med tanke på etablere permanente strukturer for forskning. Dette beskrives i kapittel 4.3.

Kapittel 1-4 utgjør faktagrunnlaget og rammene for våre vurderinger av FYSOPRIM som forskningsprogram, og hvorvidt Fondets målsettinger for programmet understøttes av FYSIOPRIM i kapittel 5. På bakgrunn av drøftingene i dette kapittelet, besvarer vi i kapittel 6 helt konkret de fire hovedspørsmålene for denne evalueringen: 1) Bidrar satsningen til økt offentlig finansiering av forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten? 2) Bidrar satsningen til utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud i primærhelsetjenesten? 3) Bidrar satsningen til å legge grunnlag for langsiktig forskning med faste stillinger? 4) Bidrar FYSIOPRIM til å utvikle en hensiktsmessig modell for forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten?

I rapporten gjengir vi flere sitater fra våre informanter i anonymisert form. Dette betyr at både nåværende og tidligere representanter for Fondet og Fondsstyret alle henvises til som «Fondsrepresentanter».

## 2 Fondets arbeid og strategi

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter er forankret i folketrygdlovens § 5-8 og ble opprettet i 1974<sup>1</sup>. Fondet har som formål å medvirke til styrking og utvikling av fysioterapifaget i tråd med helsepolitiske utfordringer og til kvalitet i fagutøvelsen. Fondet har blant annet bidratt til et meget omfattende tilbud av etter- og videreutdanning og til masterstudier for fysioterapeuter, til at det drives fagutviklingsprosjekter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten og til at det er etablert forskningsmiljøer ved universitetene - Fondet har over en 12-års periode investert mer enn 100 millioner kroner i oppbygging av forskningsmiljøer i fysioterapi ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

I henhold til vedtektene for Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter er Fondets formål å yte:

1. Støtte til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, herunder av pedagogisk karakter
2. Støtte/stipend til utdanning av instruktører i forbindelse med denne etter- og videreutdanningsvirksomheten
3. Eventuelle reisestipend, arbeidsstipend og forskningsstipend i den utstrekning det kan styrke etter- og videreutdanning
4. Støtte til andre formål som har sammenheng med fysioterapeuters etter- og videreutdanning

Fondets bidrag i form av økonomiske tilskudd til aktiviteter som fremmer kunnskapsutvikling i fysioterapi og økt kompetanse for fysioterapeuter er rettet mot fysioterapeuter individuelt, samt mot miljøer for etterutdanning av fysioterapeuter; for høyere utdanning av fysioterapeuter, og for relevant forskning og kunnskapsutvikling.

### 2.1 Fondets arbeid

Tildelinger fra Fondet er et virkemiddel som skal skape kompetanse, engasjere og inspirere fysioterapeuter til god praksisutøvelse. Fondet vektlegger derfor å videreføre et utstrakt breddetilbud som når ut til mange, samtidig som den totale bruk av midler skal gjenspeile Fondets satsingsområder. Fondet har fulgt tre hovedspor de siste 10-15 årene i sine tildelinger. Det første

---

<sup>1</sup> Den første overføringen av midler til Fondet ble avtalt som del av oppgjøret i 1974 i forbindelse med takstrevisionen for fysikalsk behandling. Overføringer til Fondet ble deretter foretatt som del av takstoppgjøret mellom staten og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), i det en nærmere avtalt prosentsats av trygdens utgifter til fysikalsk behandling ble avsatt til Fondet. Fra og med 2006 ble staten, KS og NFF enige om å gå over til et fast, årlig beløp for overføringen til Fondet. Overføringen er en del av rammen for de årlige oppgjørene og skal reguleres i samsvar med oppgjøret for øvrig.

gjelder kompetansehevende tiltak til enkeltpersoner/fysioterapeuter, det andre gjelder støtte til etterutdanning og opprettelse av tilbud innen høyere utdanning for fysioterapeuter, og det tredje er midler for å utvikle og etablere forskningsmiljøer (som vi i denne rapporten kaller for «miljøstøtte»).

### **2.1.1 Stipend for individuelle fysioterapeuter**

**Utdanningsstipend:** Skal gi mulighet til kompetanseheving på høyere utdanningsnivå og stimulere fysioterapeuter til kvalitet, evaluering og dokumentasjon i fagutøvelsen. Utdanningsstipend vurderes i lys av utviklingen i krav til og tilbud om kompetanseoppbygging i både nasjonalt og internasjonalt perspektiv.

**Reisestipend:** Skal stimulere til faglig ajourføring og internasjonal faglig kontakt som kommer det norske fysioterapimiljøet til gode. Reisestipend skal stimulere flere til å formidle resultater og erfaringer i faglige fora nasjonalt og internasjonalt.

Fram til 2009 hadde Fondet en stipendkategori kalt «Stipend til fagutviklingsprosjekt». Dette ble fra og med 2010 erstattet med fire nye stipendkategorier. Fondet skriver i sin årsberetning for 2010:

*«Den nye helseforskningsloven, som trådte i kraft i 2009, forskningsetikkloven og internasjonale bestemmelser for publisering tydeliggjør betydningen av forankring i miljø, nødvendig kompetanse og samspill. Dette legger også føringer for utforming av Fondets stipendkategorier (...). Økningen i forskningsbasert kunnskap krever også økt satsning på formidling og fortolkning av denne kunnskapsmengden til praksisfeltet, og Fondsstyret ønsker å stimulere til dette, blant annet ved å legge til grunn at mottakerne av de fire nye stipendkategoriene publiserer artikler».*

De nye kategoriene er:

**Stipend til forskningsprosjekt:** Blir gitt til kortere, avgrensede forskningsprosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende ett årsverk (stipendet kan fordeles på en periode over to år). Fondet ønsker gjennom stipendene å inspirere og bidra til forskning og utvikling av ny fysioterapifaglig kunnskap. Fondet mottok 17 søknader i 2012 (mot ti i 2011 og fem i 2010) som til sammen søkte om nærmere 7,1 millioner kroner. Ni søknader ble innvilget.

**Stipend til kvalitetssikringsprosjekt:** Blir gitt til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende fire månedsverk, fordelt over en periode på opp til ett år. Gjennom denne stipendkategorien ønsker Fondet å inspirere og bidra til kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet ved systematisk kartlegging, vurdering og forbedring av ulike dimensjoner av kvalitet i fagutøvelsen. Fondet mottok åtte søknader i 2012 (mot fem både i 2011 og i 2010) som til sammen søkte om 1,5 millioner kroner. Fire søknader ble innvilget.

**Stipend til formidling:** Blir gitt til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende tre månedsverk, fordelt over en periode på inntil ett år. Fondet ønsker her å inspirere og bidra til dokumentasjon og formidling av fysioterapifaglig kunnskap og praksis av god kvalitet og av betydning for faget. Fysioterapeuter kan da på ulike måter gjøre seg nytte av og bygge videre på hverandres kunnskap. Formidlingsarbeid kan også bidra til å øke kunnskap om fysioterapi hos myndigheter, pasienter og tverrfaglige samarbeidspartnere. Fondet mottok fire søknader i 2012 (mot seks i 2011 og ni i 2010) som til sammen søkte om nærmere 400 000 kr. To søknader ble innvilget.

**Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse:** Blir gitt til prosjekter med et arbeidsvolum tilsvarende to månedsverk, fordelt over inntil seks måneder. Fondet ønsker gjennom stipendene å inspirere og bidra til å styrke fysioterapeuters konkurranseposisjon ved søknader om midler til finansiering av forskningsprosjekter hos andre finansieringskilder enn Fondet. Fondet mottok ti søknader i 2012 (mot fire i 2011 og tre i 2010) som til sammen søkte om nærmere 1,3 millioner kroner. Syv søknader ble innvilget.

Stipendene skal stimulere til forskning, kvalitetssikring og formidling som styrker praksisfeltet, etter- og/eller videreutdanningen. I søknadvurderingene vektlegger Fondet prosjektets kvalitet hva gjelder

innhold og gjennomføring, prosjektets relevans og forventet nytte i forhold til helsepolitiske målsettinger og faglige utviklingsbehov innen fysioterapi, fagmiljøet hvor prosjektet skal gjennomføres, søkerens kompetanse og planer for formidling av resultater. Prosjekter som gjennomføres i, eller er forankret i primærhelsetjenesten og prosjekter hvor flere fysioterapifaglige miljøer samarbeider blir prioritert, jfr. Fondets strategi (se kapittel 2.2).

### **2.1.2 Institusjonell finansiering - undervisningstilbud**

Fondet har skutt inn betydelige midler til å starte opp tilbud/drifte høyere utdanning av fysioterapeuter ved universiteter og høyskoler. Etter finansiering fra Fondet til utvikling og prøvefull, tilbys det nå masterstudium i manuell terapi og fysioterapivitenskap ved Universitetet i Bergen og i idrettsfysioterapi ved Norges idrettshøgskole som del av institusjonenes ordinære studietilbud.

UiT ble i 2006-2007 tildelt midler til gjennomføring av masterstudiet i helsefag, studieretning nevrologisk fysioterapi, ett kull 2007-2010. I 2009-2010 ble UiT tildelt midler til gjennomføring av nytt kull (kull 2) av studieretning nevrologisk fysioterapi for perioden 2010-2012 (revidert til to år). Begge kullene ble fullført med meget tilfredsstillende gjennomføringsgrad og karakternivå. Universitetet i Tromsø (UiT) besluttet i 2012 å videreføre studieretning nevrologisk fysioterapi under masterprogrammet i helsefag som ordinært tilbud, dog med fortsatt delfinansiering fra Fondet for å kunne videreføre studieretningen som fast tilbud ved UiT. Fondet har gitt tilsagn om finansiering til en vitenskapelig stilling for gjennomføring av kull 3, i perioden 2012-2014, med spesifikke vilkår for innfrielse. I tildelingene er Fondets intensjon om å være initierende lagt til grunn.

UiT ble samtidig tildelt midler til gjennomføring av prøvefull for studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi for perioden 2010 – 2013 (tre år). Begge studieretningene gir fysioterapeuter kompetanse som er viktig på alle nivåer i helsetjenesten, og med stor relevans for primærhelsetjenesten. Gjennom tildeling av midler til disse studieretningene yter Fondet viktig bidrag til at fysioterapimiljøet ved UiT styrkes vesentlig innen disse fagområdene.

Høgskolen i Bergen (HiB) ble i 2009 tildelt midler til gjennomføring av masterstudium i klinisk fysioterapi, første kull. Studiet startet opp høsten 2009, med ordinær avslutning våren 2012. Endelig fullføring vil skje i løpet av 2013. Fra og med 2010 er nye kull tatt opp innenfor høgskolens eget budsjett.

Forskningstiden som finansieres innenfor tildelingene skal knyttes opp til satsingen på fysioterapi i primærhelsetjenesten og anvendes til forskning på kliniske problemstillinger innen dette feltet.

Dette innebærer en omfattende satsing av midler over mange år fra Fondet. Fondsstyret har så lenge høyere utdanning for fysioterapeuter har vært et satsingsområde, vært opptatt av samordning og samarbeid, bl.a. ut fra en erkjennelse av at man opererer i et begrenset marked for rekruttering av både studenter, undervisningskrefter og praksisveiledere og innenfor stramme økonomiske rammer ved institusjonene.

NIFU STEP evaluerte i 2010 Fondets satsing på utvikling og gjennomføring av høyere utdanning for fysioterapeuter (Vabø og Marheim Larsen, 2010). Evalueringen ble konsentrert om de studietilbudet Fondet har bidratt til, og sett med det generelle studietilbudet for fysioterapeuter som bakteppe. Konklusjonen var at Fondets støtte har vært avgjørende for oppstarten til masterstudiene i fysioterapi ved lærestedene, og at «faget fysioterapi derfor står i en særstilling når det gjelder muligheten for å opprette masterstudier» (s.25). Sammenlignet med andre profesjonsutdanninger i helsefag ble fysioterapi nasjonalt sett vurdert å ha et godt utbygd tilbud av masterstudier.

### **2.1.3 Miljøstøtte – finansiering av forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi**

Fra 1999 er det initiert miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi knyttet til UiO, UiB, NTNU og UiT. Gjennom tildelingene er det lagt vekt på å bidra til utvikling av fysioterapifaget og til etablering av et fundament for videre oppbygging av forskningsmiljøer med samarbeid mellom universitet, kliniske miljøer og egen forskning.

Fondet begrunner miljøstøtten med at det er behov for solide forskningsmiljøer som kan bidra til kunnskapsutvikling, til utdanning av høyt kvalifiserte forskere og yrkesutøvere, og til et gjensidig samarbeid mellom forskningsfeltet og praksisfeltet. Fondet stimulerer til slikt samarbeid for å bidra til utvikling av relevante og nyttige problemstillinger og til at forskningen tas i bruk og kommer til nytte. Fondets satsing på miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi ved universitetene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo har vært et hovedsatsingsområde i over ti år. En evaluering av NIFU STEP i 2008 konkluderte med at satsningen har vært vellykket, men at det også var behov for å videreføre satsningen (NIFU STEP, 2008). I videreføringen av satsingen ønsket Fondet at miljøstøtten i større grad skulle være strategisk begrunnet – og ikke lengre et springbrett for oppstart av fysioterapiforskning, da forsknings- og helsetjenestearenaene har endret seg i satsingsperioden. Et stadig økende antall norske fysioterapeuter har doktorgrad og det har de senere årene vokst frem flere nye forskningsmiljøer hvor fysioterapeuter er sentrale og hvor forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi foregår. I Fondets årsrapport for 2008 registreres det «med stor tilfredshet at etter hvert som forskning i fysioterapi etableres ved universitetene har fysioterapeuter som har vært omfattet av Fondets satsning gått inn i faste stillinger som er opprettet». Miljøene ble så invitert på nytt til å søke om midler, med klar tilknytning til satsningen på fysioterapi i primærhelsetjenesten. I tildeling av midler til doktorgrads- og postdoktorstipendiater oppfordret Fondet til prosjekter som omfattet intervensjoner, helst med helseøkonomiske beregninger – ut fra en pragmatisk vurdering av hva som etterspørres fra faget, profesjonen og samfunnet.

Fondsstyret besluttet i 2012 å utvide satsingen til å omfatte også vitenskapelige høyskoler og høyskoler som har fagspesifikt masterstudium for fysioterapeuter. Invitasjon til å søke midler i 2012 – for perioden 2013-2016 – ble da i tillegg til de fire eksisterende miljøene sendt til Norges idrettshøgskole (seksjon for idrettsmedisinske fag) og Høgskolen i Bergen (avdeling for helse- og sosialfag, institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi). Fondsstyret vektla at en utvidet satsing måtte gjenspeile Fondets prioritering av forskning og kunnskapsutvikling innen primærhelsetjenesten.

I 2012 mottok Fondet søknad fra fem av institusjonene. Etter ekstern fagfelleevaluering ble det gitt finansieringstilsagn for perioden 2013-2016 til:

- Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for helsefag: finansiering med 100 prosent av en doktorgradsstipendiatstilling i fire år og noe midler for klinikere som deltar i prosjektet.
- Universitetet i Bergen, Seksjon for fysioterapivitenskap: finansiering med 75 prosent av en postdoktorstilling i fire år.
- NTNU, Institutt for samfunnsmedisin: a) finansiering med 100 prosent av en postdoktorstilling i fire år, b) finansiering med 100 prosent av en postdoktorstilling for tre år, men fordelt over fire år.
- Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag: finansiering med 100 prosent av en doktorgradsstipendiatstilling i fire år.
- Norges idrettshøgskole, Seksjon for idrettsmedisinske fag: finansiering med 100 prosent av en doktorgradsstipendiatstilling i fire år og midler for klinikere som deltar i prosjektet og ytterligere kompetanseoppbygging.

En oversikt over Fondets samlede tildelinger for perioden 2008-2012 er vist i Tabell 2.1.

**Tabell 2.1 Fondets tildelinger, 2008-2011 (tall i 1000 kroner)**

	2012	2011	2010	2009	2008
Etterutdanningsvirksomhet	7226	6982	6011	5859	6304
Høyere utdanning av fysioterapeuter	0	1760	0	13351	70
Høyere utdanning for fysioterapeuter - evaluering	0	0	393	0	0
Utdanningsstipend	3368	4315	3971	3751	3282
Reisestipend	1154	927	875	916	815
GAMMEL KATEGORI: Stipend til fagutviklingsprosjekt	-	-	5	1447	5440
NY KATEGORI: Stipend til forskningsprosjekt	3234	1120	1176	-	-
NY KATEGORI: Stipend til kvalitetssikringsprosjekt	574	0	170	-	-
NY KATEGORI: Stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse	201	288	85	-	-
NY KATEGORI: Stipend til formidling	908	282	463	-	-
Miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi	18700	8100	7722	11497	9991
Forskning i primærhelsetjenesten	0	16400	6400	6455	8
Fagfelleevaluering, evaluering	100	54	-	-	-
Stimuleringsstipend	-	-	-	-	415
Primærhelsetjenesten, strategisk arbeid	-	-	-	84	-
<b>Totalt</b>	<b>35468</b>	<b>40230</b>	<b>27274</b>	<b>43363</b>	<b>26328</b>

## 2.2 Fondets strategiske arbeid

De fleste fysioterapeuter arbeider innen primærhelsetjenesten. Etter en satsing på å bygge opp forskningskompetanse i fysioterapien ved å styrke miljøer ved de fire breddeuniversitetene, rettet Fondet oppmerksomheten sin mot primærhelsetjenesten i Fondets strategiske plan for 2008-2010. I kapittel 2.2.1 beskriver vi Fondets nåværende strategiske plan (2011-2013), som viderefører intensjonene fra foregående strategiske plan om å trekke inn primærhelsetjenesten.

Gjennom miljøstøtten hadde Fondet ønsket å prøve ut og sikre bærekraftige forskningsmiljøer som kunne fungere som brohoder i det videre arbeid med å utvikle fysioterapiforskningen i Norge. Samtidig så Fondet at fysioterapien var et praksisfelt som i aller høyeste grad var knyttet opp til primærhelsetjenesten. For å styrke denne virksomheten ønsket Fondet et skifte i fokus fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette var utgangspunktet for den nye strategien. I bunnen av strategien lå en tanke om at alle virksomhetene som skulle støttes av Fondet ideelt sett burde ha et fokus på problemstillinger relevante for primærhelsetjenesten, også prosjekter som skulle inngå i miljøstøtten. En bærebjelke i arbeidet skulle være at fremtidige prosjekter skulle bidra til å utprøve ulike modeller for hvordan praksisfeltet skulle trekkes inn i forskningen og hvordan forskningen på fysioterapi i primærhelsetjenesten skulle organiseres. En representant for Fondet forklarer:

*«Det var da naturlig at Fondet rettet oppmerksomhet mot primærhelsetjenesten. Her kan man si at vi lå i forkant av både den Nasjonale helseplanen og samhandlingsreformen ved å rette oppmerksomheten mot primærhelsetjenesten. Det var like klart at vi måtte få til et samspill mellom universitets- og høgskolemiljøene og praksisfeltet ute i kommunene hvis vi skulle lykkes med å få forskning for primærhelsetjenesten da de færreste fysioterapeuter i feltet hadde den nødvendige forskningskompetanse».*

Ved miljøsatsingen rettet mot de fire gamle universitetene hadde man lagt et grunnlag for en kompetanseheving innen spesialisttjenesten. Nå var tiden kommet for en satsing på primærhelsetjenesten. Fondet la opp til en større helhetlig satsing på forskning i primærhelsetjenesten, gjennom at det skulle lyses ut 30-35 millioner kroner til et femårig forskningsprosjekt i 2009. Utlysningen for dette prosjektet beskriver vi i kapittel 3. Fondet mente videre at det burde jobbes for å sikre en offentlig basisfinansiering (over statsbudsjettet) av forskning i primærhelsetjenesten, og at det var mye å hente fra legenes arbeid for å få dette på plass i form av

fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE), som får en (forholdsvis beskjeden) basisfinansiering over statsbudsjettet, der Legeforeningen holder et koordinerende, sentralt grep. For det andre, vurderte Fondet det dithen at det burde jobbes videre med oppbygging av en forsknings-/kunnskapsportefølje innen fysioterapi i primærhelsetjenesten. Her ble en rasjonell og pragmatisk bruk av Fondets ressurser vurdert som mest hensiktsmessig – forankret der Fondet har bygget opp forskningskompetanse og forskning, dvs. først og fremst «miljøene», men med en klar og sterk vridning mot primærhelsetjenesten.

I styremøte 4.juni 2008 fattet Fondet vedtak om på sikt å utarbeide et strategisk dokument for bruk i arbeidet med å få frem en offentlig basisfinansiering av forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten. Til forskjell fra Fondets strategiske planer som dekker alle Fondets virkemidler, omhandler det strategiske dokumentet Fondets satsing på forskning i primærhelsetjenesten. Dette dokumentet beskrives i kapittel 2.2.2.

### **2.2.1 Fondets strategiske plan 2011-2013**

Fondet har treårige rullerende strategiplaner. Gjeldende plan, for perioden 2011-2013, ble vedtatt i Fondsstyrets møte 20. september 2011. Den innleder med en situasjonsanalyse der det pekes på at det skjer en rivende utvikling innen fysioterapifaget, samt at faget påvirkes av samfunnsmessige forhold, som begge begrunner et behov for økt satsing på forskning i primærhelsetjenesten.

Det første utviklingstrekket omhandler *velferds- og livsstilssykdommer* som vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i 2020. Fondet peker på sykdom relatert til helseatferd, bl.a. kosthold, fysisk inaktivitet og bruk av rusmidler, men fremhever også psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser som hovedårsaken til sykefravær og uføretrygding. Det er dessuten en utfordring at andelen eldre vil fordobles de nærmeste tiårene. Det andre utviklingstrekket omhandler *samhandlingsreformen* der målet er å styrke innsatsen i primærhelsetjenesten for at flere av helsetjenestene skal foregå der pasienten bor. Dette skal skje ved å styrke kommunehelsetjenesten og gi kommunene nye oppgaver og ansvarsområder. Politiske føringer innen folkehelse, pleie- og omsorg og psykisk helse omfatter brukergrupper der fysioterapi utgjør sentrale tilbud. I lys av samhandlingsreformen skisserer Fondet fire kompetansebehov som aktualiserer utviklingen av forskningskompetanse i primærhelsetjenesten:

- En moderne helsetjeneste må være kunnskapsbasert og rettferdig fordelt, og kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring er viktige nøkkelord i reformen. Samhandling i helsevesenet; vertikalt og horisontalt mellom tjenestenivåer, sektorer og faggrupper, er en betydelig organisatorisk og kompetansemessig utfordring som også må gjenspeiles i utdanning og forskning.
- Samarbeid mellom de ulike utdanningsinstitusjonene, samarbeid med internasjonale miljøer og utnyttelse av fagets egne ressurser er sentralt for å videreutvikle egnet kompetanse for fysioterapitjenesten, uansett nivå og arbeidsområder. Fysioterapispesifikk etter- og videreutdanning vil styrke profesjonsutøvelsen og medvirke til å fremme god samhandling med andre yrkesgrupper. En bedre helsetjeneste tilstrebes ved å integrere klinisk erfaring, dokumentert kunnskap og styrke pasientenes/brukernes mestringsevne.
- Forskning er sentralt for utvikling og vurdering av ny kunnskap, for å dokumentere relevansen og kvaliteten av de tjenestene som tilbys og for å gi bedre og mer effektive tjenester. Verdien av kunnskapen økes gjennom samarbeid, tverrfaglighet, mobilitet mellom miljøer og gjennom samhandling med praksisfeltet der forskningsresultatene skal brukes.
- Samhandlingsreformen forutsetter en kompetansereform innenfor helsevesenet, Dagens forskning og utdanning er sterkt fokusert på spesialisthelsetjenestens behov, og dette må endres. Primærhelsetjenesten, kronikergruppene og det forebyggende helsearbeid må prioriteres langt sterkere innen utdanning og forskning.

I strategiplanen heter det at for å gjøre gode strategiske valg, kreves klare, overordnede mål å prioritere ut fra ved tildeling av Fondets midler. I den forrige strategiplanen (2008-2010) var fokus på manglende forskningsaktivitet i forhold til enkelte pasientgrupper<sup>2</sup>, der fysioterapi er viktig i et samhandlingsperspektiv. I den nye strategiplanen er fokuset mer tydelig på viktigheten av fysioterapi i seg selv i primærhelsetjenesten, eksemplifisert gjennom opptrening, rehabilitering og endring av levevaner, som tar tid og må gjennomføres der hvor folk bor. Fysioterapeuter har nøkkelkompetanse innen disse oppgavene og er naturlige aktører i dette arbeidet.

Fondet skriver at helseutfordringene også stiller nye krav til fysioterapeuter, både faglige og organisasjonsmessige. I motsetning til spesialisthelsetjenesten er ikke primærhelsetjenesten forpliktet til å drive forskning. Kunnskap fra andre tjenestenivå er heller ikke nødvendigvis direkte overførbare til primærhelsetjenesten. Derfor ønsket Fondet for denne planperioden (2011-2013) å videreføre prioriteringen av fysioterapi i primærhelsetjenesten, men ville løfte dette frem i relevante invitasjoner, kriterier og tildelinger, og initiere og stimulere til forskning, fagutvikling og utdanning innen feltet og i prosjekter som integrerer samhandling.

Fondet ønsker å bidra til å styrke kunnskapsutvikling og utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud innen primærhelsetjenesten. For å sikre en bred forankring og meisle ut områder det skal satses på innen fysioterapi i primærhelsetjenesten, ønsket Fondet å søke bred medvirkning fra fysioterapeuters ulike virksomhetsområder, forsknings- og utdanningsinstitusjoner, andre samarbeidsparter, offentlig forvaltning og Norsk Fysioterapeutforbund. *Fondet skulle fortløpende i planperioden vurdere tiltak som ville være hensiktsmessige for å følge opp prioritering av fysioterapi i primærhelsetjenesten.* Dette ses nå i alle typer utlysninger (eks. stipendkategoriene) der prosjekter som gjennomføres i, eller er forankret i primærhelsetjenesten, skal bli prioritert når søknader ellers stiller likt i vurderingene. Fondet har i sitt øvrige arbeid lagt vekt på å dreie forskningsmiljøene mer mot problemstillinger som er relevant for primærhelsetjenesten. På den måten er man med på å sikre forskning for primærhelsetjenesten til tross for at forskningen ikke nødvendigvis bedrives i primærhelsetjenesten. Dette illustreres tydelig ved å se på Fondets tildelinger innenfor de nye stipendkategoriene (stipend til forskningsprosjekter, kvalitetssikringsprosjekter, arbeid med prosjektbeskrivelse, og formidling), der en gjennomgang av tildelingene for 2010-2012 viser at 21,7 prosent av tildelinger til forskningsprosjekter gikk til universiteter, mens 78,3 prosent gikk til helseforetak. Samtlige midler til kvalitetssikringsprosjekter er tildelt helseforetak, og innenfor de to andre kategoriene er det en sterk overvekt av helseforetak, samt noe innslag fra private fysioterapiinstitutter.

Fondets årsrapport for 2012 beskriver hvordan Fondets tildelinger har vært i tråd med prioritert satsingsområde og tildelingskategoriene i strategisk plan. De individuelle utdannings- og reisestipendene er videreført som tidligere for å videreføre et utstrakt breddetilbud som når mange, mens det er Fondets satsingsområde som har ligget til grunn for prioriteringen innenfor øvrige tildelingskategorier.

### **2.2.2 Oppfølging av den strategiske planen – Fondets strategidokument**

Fondets strategidokument «Offentlig finansiering av forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten» (Sak 44/09, 8. september 2009) ble utarbeidet i samarbeid med Norsk Fysioterapeutforbund og de etablerte miljøene for forskning innen fysioterapi. Fondet ønsket også å trekke veksler på det arbeid som fant sted blant annet i Stavanger og Trondheim. Dette ble gjort ved at ressurspersoner fra disse miljøene ble aktivt trukket inn i Fondets strategiske arbeid. Politikere og forvaltningen skulle være målgruppe for dokumentet. En arbeidsgruppe ble etablert og en sekretær engasjert.

---

<sup>2</sup> «På enkelte fagområder eller for enkelte pasientgrupper er det påvist lav forskningsaktivitet i forhold til kunnskapsbehovet, og det må iverksettes tiltak for å styrke forskningen. Dette omfatter eksempelvis fagområder som psykisk helse, forebygging, rehabilitering, kroniske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser, allmennmedisin og pasientgrupper som barn/unge, kvinner, etniske minoriteter og eldre». En tverrfaglig tilnærming anses nødvendig for å gjennomføre forskning på disse områdene som tar i seg samhandlingsutfordringene i helsesektoren».



Fondet skrev også et brev (14.06.08) til de fire miljøene for fysioterapiforskning, hvor det ble informert om at Fondet hadde besluttet å utarbeide et strategisk dokument for bruk i arbeidet med å få frem en offentlig basisfinansiering av forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten. Og videre, at Fondets satsning tok sikte på å supplere arbeidet Legeforeningen hadde gjort, og den offentlige vektleggingen av primærhelsetjenesten, slik at forskningen kunne utvides til å omfatte mer enn allmenntilleggsmedisin. Fondet ønsket seg derfor innspill mht. ulike modeller, organisering og strategier for å bygge opp forskning innen fysioterapi som en del av forskning i primærhelsetjenesten, og en drøfting om gode samarbeidspartnere.

Målet med strategidokumentet er å vise hvorfor det er viktig med offentlig basisbevilgning av forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten, og forslag til hvordan dette kan organiseres. Dokumentet er rettet mot politikere og forvaltning for å vise nødvendigheten av offentlig finansiering av denne forskningen.

*Målet er offentlig finansiering av fysioterapiforskning* skriver Fondet. Forskning har betydning for å stille bedre diagnoser og sette inn riktige tiltak ved behandling og rehabilitering/habilitering for å fremme helse og forebyggende sykdom og skade. Forskning gir et grunnlag for å gjøre de riktige prioriteringene og utnytte ressursene best mulig. Fondet viser til sitt tidligere arbeid (eksempelvis ved å bevilge mer enn 60 millioner kroner til å bygge opp forskningsmiljøer ved universitetene i Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim), og sin vilje, til å sette i gang forskning i primærhelsetjenesten (ved å ha satt av 30-35 millioner kroner til en 5-årig satsning på fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten). Men for å få til en langsiktig og sterk forskning, mener Fondet denne satsningen etter hvert må overtas av offentlig finansiering.

#### *Utfordringer i primærhelsetjenesten*

Med bakgrunn i samhandlingsreformen beskriver strategidokumentet hvorfor vi trenger offentlig finansiering av forskning i primærhelsetjenesten. Utgangspunkt er utfordringene i primærhelsetjenesten på grunn av blant annet flere eldre og flere kronisk syke; som trenger et tilbud der kommunale tjenester er fundamentet, jfr. situasjonsbeskrivelsen i samhandlingsreformen. Andre klare paralleller/beskrivelser som er identiske med hva samhandlingsreformen omtaler er disse:

*«Fysioterapeuters kompetanse innen undersøkelse og igangsetting av tiltak, er viktige for mennesker som skal leve lenge med sin funksjonsnedsettelse eller sykdom. Fysioterapi er et tiltak som ofte settes inn tidlig i et pasientforløp, og har stor betydning for at mennesker kan fortsette i arbeidslivet eller leve best mulig ut fra sine forutsetninger. Fysioterapi kan for eksempel settes inn som opptrening en kort periode for å bedre et bestemt funksjonsnivå, og er noe annet enn et pleie- og omsorgstilbud som skal vare over tid. Forskning blir viktig for å dokumentere at tiltak i primærhelsetjenesten gir resultater på beste effektive omsorgsnivå».*

*«Samhandlingsreformen som ble lagt fram i juni 2009, har som mål at flere av helsetjenestene skal foregå der pasientene bor, ved at oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er en stadig raskere tilbakeføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det vil stille nye krav til samarbeid mellom tjenestenivåene og mellom kommunene og kreve nye organisasjonsmodeller».*

Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) forskningsstrategi trekkes også frem, da den fremhever at primærhelsetjenestens oppgaver har endret seg og det er behov for ny og forskningsbasert kunnskap, samt at klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten kan ha begrenset overføringsverdi til primærhelsetjenesten fordi pasientene er i en annen sammenheng og i et annet stadium i pasientforløpet. Budskapet er at resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten ikke kan overføres til primærhelsetjenesten, og at forskning i primærhelsetjenesten bør ha en selvstendig rolle.

Fondet mener det derfor er behov for oppbygging av forskningsmiljøer med bred metodisk kompetanse i primærhelsetjenesten. Samhandlingsperspektivet trekkes inn som argument for at eksempelvis de allmenntilleggsmedisinske forskningsenhetene, som mottar finansiering over statsbudsjettet, bør suppleres med andre tjenesteytere for å få til reell tverrfaglighet. Det er derfor behov for

kompetanse og kunnskap innen flere fag i primærhelsetjenesten for å få til et kunnskapsbasert, helhetlig og samhandlende tilbud til brukerne.

#### *Hvordan styrke forskningen i primærhelsetjenesten?*

Ett av målene i HODs forskningsstrategi (s.26) er å bidra til utvikling av en sterkere og mer tverrfaglig helsetjenesteforskning. Fondet beskriver tre organisatoriske virkemidler for å få til dette:

- *Forskningsledelse:* forskning i primærhelsetjenesten må (i hvert fall i en startfase) være knyttet til etablerte forskningsmiljøer på universiteter og høgskoler fordi de har kompetanse i forskningsledelse og fordi solid metodekompetanse er vesentlig for god kvalitet i forskningen.
- *Formalstruktur:* Interaksjon mellom praksis og forskning gir gjensidig nytte. For å få til dette er det nødvendig å lage noen formaliserte arenaer for samarbeid som også inkluderer primærhelsetjenesten. En slik struktur er formalisert samarbeid mellom universitet/høgskole og store praksismiljøer, eks. universitetspoliklinikker. Samarbeidet kan også være ved opprettelse av delte stillinger (kombinasjonsstillinger).
- *Nettverk:* Nettverkssamarbeid mellom kommuner og/eller mellom private fysikalske instituttet som sammen knytter et formelt samarbeid med et forskningsmiljø, kan være en måte å ivareta forskning i små miljøer. Kombinasjonsstillinger mellom forskning og klinikk kan forsterke nettverket.

Omkring 4200 fysioterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten. Av disse arbeider ca. 2/3 i privat praksis som delvis finansieres av staten over folketrygden. Fondet mener derfor at en finansieringsordning i privat praksis som gjør det økonomisk mulig å gjennomføre forskning i primærhelsetjenesten, vil være et viktig virkemiddel; det er en barriere i dagens system at det ikke finnes økonomisk dekning for privatpraktiserende fysioterapeuter til å delta i forskning og fagutvikling eller økonomiske løsninger som gjør det mulig med kombinasjonsstillinger mellom forskningsstillinger og privat praksis.

Fondet foreslår videre at kommunene må pålegges å opprette stillinger med definerte FoU-oppgaver med struktur og finansieringsordning som gjør det mulig å kombinere med for eksempel privat praksis. Mange fysioterapeuter som tar akademisk videreutdanning rekrutteres fra primærhelsetjenesten, men forsvinner til høgskole- og universitetsmiljøer og spesialisthelsetjenesten fordi det ikke finnes FoU-stillinger i primærhelsetjenesten. En mulighet for å bøte på dette er imidlertid til stede i samhandlingsreformens klare politiske føringer om en tverrfaglig primærhelsetjeneste som samhandler om gode pasientforløp og forebyggende og helsefremmende arbeid for befolkningen, hvilket skulle indikere at det er behov for tverrfaglig forskning i primærhelsetjenesten.

#### *Modell for forskning i primærhelsetjenesten*

Fondet skisserer dernest en modell for forskning i primærhelsetjenesten, som inneholder et tverrfaglig, bærekraftig forskningsmiljø med nærhet til klinisk praksis i primærhelsetjenesten. For å illustrere *bærekraftighet* viser strategidokumentet til de allmennt medisinske forskningsenhetene som er bygget opp ved de fire universitetene. Disse er fremdeles små og sårbare enheter, og Fondet anbefaler at det bør lages formelle strukturer som knytter ulike fagmiljøer i forskning, utdanning og praksis sammen, for å bygge opp mer bærekraftige miljøer for forskning i primærhelsetjenesten. Bærekraftig betyr også at det offentlige må ta ansvar for en langsiktig finansiering av denne forskningen.

Ettersom Fondet mener at forskning i primærhelsetjenesten må foregå i nær sammenheng med praksisfeltet, foreslås det å bygge opp *universitetsklinikker* der forskere og klinikere samarbeider nært om forskningsprosjekter. Universitetsklinikkene må delta i nettverk ut i kommunene. Et slikt nettverkssamarbeid må koordineres gjennom kombinasjonsstillinger og FoU-stillinger i kommunene, og det må være ulike lokale modeller avhengig av lokale problemstillinger, kompetanse og ressurser,

men Fondet påpeker at det er en utfordring å få til samarbeidsstrukturer mellom ulike institusjoner med ulike eiere.

Fondet ser for seg to modeller for et slikt samarbeid. Den første modellen kalles for *trinnvis opptrapping*. Det vil si at det inngås formelle avtaler om forskningssamarbeid mellom HOD, Helsedirektoratet, universiteter og høgskoler, og kliniske fysioterapimiljøer i primærhelsetjenesten. Planene for forskningen legges i fellesskap og HOD er ansvarlig for basisfinansieringen. Fysioterapimiljøene kan evt. videreutvikles til universitetsklinikker, som er eid av universitet, høyskole, og HOD og kommunene eller fysioterapiinstituttene. På sikt kan eventuelt universitetsklinikkene samkjøres med de allmennt medisinske forskningsenhetene. Denne modellen innebærer en trinnvis oppbygning mot tverrfaglige og bærekraftige forskningsmiljøer.

Den andre modellen kalles *universitetsklinikker*. Disse etableres i en tverrfaglig kommunehelsetjeneste, og det inngås formelle avtaler med universiteter/høgskoler, og HOD har ansvar for basisfinansiering. Fondet mener en slik modell vil være fremtidsrettet og i tråd med samhandlingsreformen.

#### *Oppfølging av strategidokumentet*

Strategidokumentet ble forsøkt markedsført på flere måter. For det første blant fysioterapeuter og i viktige forskningsmiljøer, med omtale på hjemmesidene til Fondet, Norsk Fysioterapeutforbund og i ulike tidsskrifter og aviser. Fondet hadde også en systematisk presentasjonsrunde overfor de berørte myndigheter, inkludert helseministeren, HOD og Helsedirektoratet, samt de regionale helseforetakene. I dette presentasjonsarbeidet fikk Fondet god drahjelp av myndighetenes arbeid med Samhandlingsreformen som nettopp har et fokus på interaksjonen og skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fondet gjorde dessuten fremstøt overfor de fire allmennt medisinske forskningsenhetene, men flere av våre informanter sier at dette ikke lyktes, og at en mulig forklaring kan være at «legene hadde nok med seg selv og ikke var interessert i å "dele potten" med andre da den i utgangspunktet var mager nok». Når det gjelder kontakten inn mot helsemyndighetene var heller ikke responsen slik Fondet kunne ønske. En Fondsrepresentant sier:

*«Fondet var aktive mht. å presentere strategien og ønskemålene overfor de helsepolitiske myndigheter, men det ble verken penger eller stillinger ut av det. Dels kom det av at myndighetene også hadde andre beilere som var ute i samme ærend, dels kan det nok komme av at fysioterapeutene på en måte sto i en særstilling ved at de hadde egne penger. I en situasjon med begrensede midler var det naturlig for myndighetene ikke å prioritere de som allerede "satt på den grønne gren"».*

Strategidokument ble også sendt til medlemmene i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget andre halvdel av januar 2010, samt til Legeforeningen, Allmennlegeforeningen, Norsk Forening for allmennt medisin, HOD (ved statsråden), andre representanter fra HOD, KD, Helsedirektoratet, KS, Norges forskningsråd, Stiftelsen Helse og Rehabilitering, UiO, UiB, NTNU, UiT og de fire regionale helseforetakene. NIFU har lest enkelte av svarbrevene fra disse mottakerne, og responsen er forholdsvis laber. Helse- og omsorgskomiteen opplyste for eksempel at de ikke hadde tid til å behandle saken, mens Helse Nord RHF pekte på at Helse Nord sine forskningsmidler også var tilgjengelige for alle profesjonsgrupper, men at Fondets forespørsel primært burde adresseres til eksisterende forskningsprogrammer blant annet i Norges forskningsråd.

Men det kanskje viktigste elementet i strategidokumentet, er henvisningene til utlysningen av det store forskningsprogrammet for fysioterapi i primærhelsetjenesten. Fondet mente at denne satsingen burde bygge videre på det som var bygget opp ved de fire etablerte miljøene for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi, og evalueringen NIFU STEP (2008) gjennomførte som understøtter dette. Innspillene fra de fire universitetsmiljøene var tydelige på at satsningen på forskning i primærhelsetjenesten måtte være samlet og så tung at den virkelig ville synes, med tilstrekkelig finansiering over flere år.

### 3 Utlysningen

I dette kapitlet beskriver vi prosessen som resulterte i at UiO i samarbeid med NTNU, Diakonhjemmets sykehus og Oslo Universitetssykehus, ble tildelt 32 millioner kroner av Fondet til gjennomføring av forskningsprogrammet FYSIOPRIM.

I mars 2009 lyste Fondet ut 30-35 millioner kroner over en femårsperiode for forskning knyttet til fysioterapi i primærhelsetjenesten. Fondet ønsket med dette å legge til rette for en forsterket og helhetlig forskningsinnsats med en klar og sterk profil mot fysioterapi i primærhelsetjenesten, og fremskaffe forskningsbasert kunnskap om fysioterapeutiske virkemidler for forebygging, behandling og rehabilitering innenfor områdene muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom.

Valg av tema for utlysningen ble begrunnet med økende sosioøkonomiske forskjeller i Norge, at plager fra muskelskjelettsystemet er et stort problem hos stadig yngre mennesker, at mennesker lever lengre med skader og lidelser, at antallet eldre i befolkningen øker; samtidig som det ses en stadig raskere tilbakeføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Fondet skriver at befolkningen har rett til helsetjenester med høy faglig kvalitet på alle ledd i tjenestekjeden og primærhelsetjenesten er fundamentet i denne kjeden:

*«Forebygging, opptrening og rehabilitering må gjennomføres der folk bor. Fysioterapeuter har nøkkelkompetanse innen disse oppgavene og er naturlige aktører i dette arbeidet. Det er en nasjonal målsetning å øke aktiviteten innen helsefaglig forskning, og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen. Fondet har allerede gjennom sin finansiering til fagutvikling og forskning bidratt til en forsknings- og kunnskapsportefølje der prosjektene i betydelig grad er knyttet til og har relevans for primærhelsetjenesten. Fondet ønsker nå å legge til rette for en forsterket og helhetlig forskningsinnsats med en klar og sterk profil mot fysioterapi i primærhelsetjenesten. I denne hensikt har Fondet besluttet å utlyse egne forskningsmidler».*

*Virkemiddelet* som Fondet kunne tilby var en strategisk satsning som ville gi forskerne stabile og forutsigbare betingelser ved å tildele større rammebevilgninger på totalt kr 5-7 millioner årlig over 5 år (med en minimums søknadssum på 2,5 millioner kroner per år). Midlene skulle kunne fordeles mellom 1-2 søkere. Fondet ønsket at forskningsprosjektene skulle forene flere miljøer. Det var et krav til søkerne at prosjektet måtte utformes på en slik måte at det var mulig for ulike miljøer å knytte seg til forpliktende samarbeid.

Problemstillingene skulle åpne for et bredt tilnæringsgrunnlag der ulike forskningsmetodiske perspektiver kunne kombineres. Design og utfallsmål som var anvendbare for kost/nytte vurderinger skulle inngå som en del av prosjektet. Det ble stilt som krav at søkerne beskrev hvordan prosjektet kunne bidra til kunnskap av betydning for en styrket fysioterapitjeneste i primærhelsetjenesten. Naturlig nok stilte Fondet som krav at forskningsprosjektene måtte ha god vitenskapelig kvalitet, og bli

presentert og publisert både nasjonalt og internasjonalt, men Fondet var også svært opptatt av hvordan forskningsresultatene ville bli formidlet ut fra et forskningspolitisk ståsted:

*«For at satsningen skal få strategisk betydning er det viktig med god kommunikasjon og formidling overfor myndigheter (politikere og forvaltning), andre finansieringskilder, organisasjoner, arbeidslivet og øvrige brukere. Konkrete planer for kunnskapsoverføring til praksis må fremkomme som en aktiv del av prosjektet».*

Prosjektene skulle være forankret i et sterkt forskningsfaglig miljø som kunne være ansvarlig for hele prosjektet. Selve prosjektorganiseringen ville det være opp til den enkelte søker å bestemme, men søker måtte opplyse om virksomhet og allerede tilknyttede stipendiater som var relevant innenfor satsningens rammer. Det måtte redegjøres for søkers evne til å håndtere denne satsningen i tillegg til allerede etablert virksomhet. Doktorgradsstipend og postdoktorstipend ville kunne finansieres hvis de inngikk i et mer omfattende prosjekt<sup>3</sup>. Det kunne også søkes om midler til frikjøp av klinikere for aktiv deltakelse i prosjektet. Støtte til utvikling av faglig nettverk kunne likeså inngå som en del av søknaden.

Fondet skisserte åtte suksesskriterier for satsningen på forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten (Tabell 3.1):

**Tabell 3.1 Resultatmål for forskningsprogrammet**

1	Legge grunnlag for langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten
2	Stimulere til forskning som resulterer i gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling (translasjonsperspektivet)
3	Styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten
4	Få kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser og neurologisk sykdom
5	Styrke grunnlaget for bedre pasientforløp
6	Styrke kunnskapsgrunnlaget for god faglig og administrativ kvalitet på fysioterapitjenesten i primærhelsetjenesten
7	Bedre helsen for brukere i primærhelsetjenesten
8	Skaffe et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter

<sup>3</sup> Prosjekter som var planlagt som doktorgradsprosjekt og/eller postdoktorprosjekt, og som søkte finansiering gjennom satsningen, måtte spesifiseres i egne prosjektbeskrivelser, og beskrive hvordan prosjektene passet inn under satsningen.

### 3.1 Søkerne

Utlysningen ble sendt til relevante universiteter, høgskoler og sykehus, samt en del kommunefysioterapeuter. Fondet mottok i alt fem søknader (Tabell 3.2):

**Tabell 3.2 Søkere til forskningsprogrammet**

	Søker	Prosjekttittel
1	Universitetet i Bergen, Seksjon for fysioterapivitenskap	Tilpasset fysioterapi for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager. Effekt på sykefravær, funksjon og mestring
2	Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag	FYSIOPRIM – a research program on physiotherapy in primary care
3	Høgskolen i Bergen	Expanding the professional role of physiotherapists for improved care management of musculoskeletal disorders
4	FORMI/NAR/NRRK <sup>4</sup>	Joint action for better joints – physiotherapy research collaboration for musculoskeletal disorders in primary health care in Norway
5	NTNU, Institutt for nevromedisin	Fysioterapi for å forebygge fall i funksjon hos elder med gjennomgått hjerneslag, hoftebrudd og med risiko for fall (F-5 prosjektet)

Søknadene var gjenstand for omfattende ekstern fagfelle vurdering, og ble behandlet i tre styremøter av Fondsstyret. Fondet vektla tre forhold i prioriteringen av søknadene – utover rent faglige vurderinger:

- 1) Ressursene som ble tildelt måtte bli brukt på en slik måte at det kunne få varige konsekvenser, ikke bare doktorgradsprojekter og ledelse/veiledning av de som nå ville bli gjennomført, men også en oppbygging av en organisering av forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten.
- 2) Ressursene måtte gå til et miljø i en institusjon som er «vedvarende», dvs. det måtte ikke være slik at fysioterapiforskning ble prioritert i institusjonen, eller fysioterapiforskning vurdert som positivt, så lenge pengene ble skaffet, men avsluttet så snart finansiering og prosjektet er slutt. Fondet ville være sikre på at stillinger ble bestående. Fondet mente dette ikke var ivare tatt i alle søknadene.
- 3) Prosjektet måtte være i stand til å muliggjøre gaveforsterkning. På en rekke vilkår kan gaver på mer enn 3 millioner kroner utløse 25 prosent gaveforsterkning. Enkelte av prosjektene ble vurdert til ikke å være i stand til dette.

To av søknadene «røk tidlig ut» i vurderingsfasen, mens tre prosjekter ble mer grundig vurdert. Vurderingene av prosjektene, samt uttalelser fra ekspertpanelet som vurderte dem er konfidensielle, og vil derfor ikke bli beskrevet her. I september 2009 fikk fire av fem søkere brev fra Fondet med beskjed om at deres søknader ikke nådde opp. Det var enstemmig vedtak i Fondsstyret om valget av prosjektet FYSIOPRIM ved Universitetet i Oslo på bakgrunn av elementene i utlysningen, fagfelle vurderingene og Fondsstyrets strategiske vurderinger.

FYSIOPRIM er utviklet og begrunnet med utgangspunkt i problemstillinger som er særlig relevante for fysioterapi i primærhelsetjenesten. I søknaden for FYSIOPRIM fokuseres det på hvordan man ønsker å «dra forskningen» ut i primærhelsetjenesten. Med det menes at det den sterke veksten i forskning om og i fysioterapeuters virksomhetsområde de siste årene, primært er utviklet innenfor

<sup>4</sup> Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser ved Oslo Universitetssykehus (FORMI); The Norwegian research center for Active Rehabilitation (NAR) – et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus, Norges Idrettshøgskole og Hjelpe24 NIMI; Nasjonalt kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NRRK) ved Diakonhjemmets sykehus.

forskningsmiljøene i UoH-sektoren og i spesialisthelsetjenesten. I FYSIOPRIM ville man dra nytte av dette, både i form av kompetanse og metoder når forskningsfokuset ble rettet mot primærhelsetjenesten.

Programmets samtlige overbygning er særlig konsentrert om problemstillinger relatert til muskelskjelettlidelser, men favner også andre kliniske områder. FYSIOPRIM aktualiseres gjennom samhandlingsreformen (som er avhengig av økt og varig forskningsinnsats i primærhelsetjenesten), ved at det mangler gode modeller for forskning og dokumentasjon om nytteverdi og kostnader i primærhelsetjenesten, og fordi det er behov for mer dyptgående kunnskap om fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten; både om pasientene, tiltak som benyttes og effektene av tiltakene. I sitt følgebrev til søknaden (18.08.09) skriver UiO:

*«Vi har valgt å satse på data fra kontrollerte studier og data som samles inn fortløpende i klinikken. Begge design har styrker og svakheter. Et viktig formål med utlysningen til Fondet er å øke engasjement og aktivitet i primærhelsetjenesten. Utover de tradisjonelle og strengt kontrollerte prosjektene er det derfor i vår søknad gitt rom for større, pragmatiske prosjekt i klinikken. En styrke ved sistnevnte er at det engasjerer mange i klinikken samt gir rom for flere pasienter og større datagrunnlag. Dessuten har et slikt opplegg høy validitet. Svakheten er at en slik tilnærming vil redusere kontrollen og øke den tilfeldige variasjonen i målinger og registreringer. Tilfeldig målevariasjon representerer nødvendigvis ikke et stort problem så lenge antall forsøkspersoner er stort, slik som i epidemiologisk forskning, og slik som i prosjekt D. I flere av prosjektene, og i særdeleshet i prosjekt D, vil data innsamles av et stort antall fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (cirka 50). Som redegjort for i søknaden vil klinikerne selv inngå i diskusjonen om valg av hva som skal systematisk registreres og inngå i vår studie. De data vi skal registrere er forhold som vanligvis undersøkes i klinikkens daglige praksis. Endringen vi introduserer for dem blir derfor hovedsakelig knyttet til å standardisere prosessene for dataregistrering, både i den praktiske undersøkelsen og i hvordan resultatene registreres i et modifisert og enhetlig IT-system. Gjennom workshops og samlinger vil vi etablere felles måter og undersøke og skåre funnene på».*

Avsnittet over illustrerer et sentralt element i FYSIOPRIM – nemlig ønsket om å trekke klinikere i primærhelsetjenesten inn som deltakere i prosjektene. Samarbeid med fysioterapiklinikker i primærhelsetjenesten var allerede etablert da søknaden ble sendt inn.

## 3.2 Vurderingen av FYSIOPRIM

FYSIOPRIM-søknaden ble sendt fra Institutt for helsefag ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Oslo Universitetssykehus (Rikshospitalet, avdeling for rehabilitering), Diakonhjemmet (NRRK<sup>5</sup>) og NTNU (institutt for samfunnsmedisin). Det ble søkt om 35 millioner kroner. De involverte aktørene ville selv bidra med 11,6 millioner kroner. Prosjektet fokuserer på muskel- og skjelettskader og fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Forskningen i søknaden var organisert i fire prosjekter, men det var ikke alle disse som ble inkludert i det endelige prosjektet. Søknaden ble således ikke imøtekommet i sin helhet. Prosjektrammen (det ble søkt om 35 millioner kroner) ble også lavere enn hva det ble søkt om.

Fondet tildelte UiO midler til gjennomføring av prosjektet, under følgende vilkår (brev til UiO, 10.12.09):

- Det ble tildelt inntil 32 millioner kroner over en 5-års periode fra og med 2010.
- For å styrke satsningen ytterligere og gi en større bredde i det direkte pasientkliniske (behandlingsrettede) aspektet, rettet Fondet en forespørsel til UiO om prosjektet «Osteoarthritis care in primary health» som var en del av søknaden fra FORMI/NAR/NRRK kunne knyttes til FYSIOPRIM.
- Ettersom Fondets ambisjoner blant annet er å få til varige miljø som kan få fram forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten, og derigjennom fremme hensikten med det

<sup>5</sup> NRRK har senere endret navn til Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR).

strategiske arbeidet, foreslo Fondet å legge stilling(er) øremerket arbeid med modell-/struktur-/interaksjonsutvikling inn i totalprosjektet. Videre kunne noen midler til mindre pilotprosjekter/utprøvinger knyttes til dette.

- Fondet ønsket å holde tett kontakt med prosjektet, bl.a. gjennom halvårlig faglig rapportering, og møter med prosjektledelsen. En av fagfellene ble bedt om å følge prosjektet og Fondets satsning, som en felles kvalitetssikrer for Fondet.
- UiO og NTNU måtte forplikte seg til en strategi for påvirkning og samarbeid for videreføring av satsningen ved institusjonen.
- Fagmiljøene ved UiO og NTNU måtte videre forplikte seg til å samarbeide om Fondets strategiske arbeid for offentlig finansiering av forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten.
- 3 millioner kroner ble satt av til helseøkonomiske analyser i godkjent budsjett.

Fondsstyret mente FYSIOPRIM hadde en tydelig administrativ forankring ved Institutt for helsefag ved UiO, og at det var positivt at søknaden omfattet samarbeid med Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU – ettersom Fondet over lengre tid har bistått disse to instituttene med å bygge opp forskning. Tildelingen ville dessuten få en form som utløser gaveforsterkning.

Andre sterke sider ved FYSIOPRIM som Fondet trakk fram i sin vurdering var prosjektets gode forskningsledelse (det ble vektlagt at prosjektlederne i FYSIOPRIM skåret godt med hensyn til artikkelproduksjon og siteringer), at prosjektet representerer en overordnet satsning og er knyttet til veletablerte forskningsmiljø i fysioterapi, og at prosjektet har flere veldesignede studier med høy relevans for fysioterapi i primærhelsetjenesten.



## 4 FYSIOPRIM

*FYSIOPRIM – et forskningsprogram med fokus på muskelskjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten*, er forankret ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, og gjennomføres i nært samarbeid med forskere ved NTNU (Institutt for samfunnsmedisin), Diakonhjemmet sykehus og Oslo Universitetssykehus. I tillegg har prosjektet flere samarbeidende fysioterapiinstitutter. Da prosjektet ble startet deltok institutter fra fem kommuner: Kongsberg, Orkdal, Oslo, Stavanger, Larvik og Trondheim.

Fysioterapeutene (totalt ca.50) ved disse institusjonene deltar i alle faser av programmet, og er helt sentrale aktører i gjennomføringen av FYSIOPRIM. På søknadstidspunktet var de samarbeidende instituttene Hans & Olaf Fysioterapi AS (Oslo), Hillevåg Fysioterapi & Trening AS (Stavanger), Kongsberg Medisinske Treningssenter (Kongsberg), Orkanger Fysioterapi & Osteopati (Orkanger) og Spenst Fysioterapi (Larvik). Sistnevnte trakk seg imidlertid fra videre deltakelse i 2011, og ble erstattet av Ullernklinikken manuellterapi og rehabilitering i Oslo. Senere i prosjektperioden har nye institutter kommet med, samtidig som det er innledet samarbeid med fysioterapeuter (og ergoterapeuter) i enkelte kommuner.

FYSIOPRIM har etablert en bred referansegruppe med representanter bl.a. fra HOD, Karolinska Institutet, Helse Øst RHF, Norsk Fysioterapeutforbund, Helsedirektoratet, kommuner, brukerrepresentanter, fysioterapeuter i praksis og Fondet (styreleder og sekretariatsleder).

### 4.1 Overordnet målsetning – programmets idé

*Hovedaktivitetene* i FYSIOPRIM er:

- Å forske fram kunnskap som er til nytte for fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten ved å gi bedre innsikt og forståelse – eksempelvis å undersøke hva som kan forutsi bedring og hvem som drar nytte av hvilke behandlingsopplegg, eller å undersøke effekter av behandling for artrose og nakkeplager gjennom klinisk kontrollerte forsøk og gjennom mer pragmatiske, klinikknære studier
- Gjennom forskning å utvikle verktøy som vil være til nytte for fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten, blant annet ved å prøve ut anvendbarheten til ulike kliniske tester og spørreskjemaer – eksempelvis å etablere en database som kan benyttes til å karakterisere pasienter i fysioterapipraksis mht. kliniske funn, fysisk funksjon, behandlingene som anvendes og endringene hos pasientene gjennom behandlingsforløp

- Prøve ut modeller for hvordan man kan bedre samarbeidet mellom praktiserende fysioterapeuter og forskningsmiljøene
- Å utvikle kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi, dvs. å gjøre helseøkonomiske beregninger i forhold til kostnader og nytteverdi av fysioterapi

I prosjektsøknaden til Fondet hadde de ansvarlige bak FYSIOPRIM presisert at selv om dette primært er et forskningsprogram, så vil modellutvikling/etablering av miljøer bli vektlagt. I søknaden står det at mulighetene for langsiktig og kumulativ forskning i primærhelsetjenesten skal sikres ved å bygge opp et system for kontinuerlig datainnsamling i primærhelsetjenesten. Gjennom tett samarbeid mellom forskere og klinikere skal rask translasjon av ny kunnskap sikres. Og man håpet at man gjennom FYSIOPRIM og mulighetene for bedre tilgang til data i primærhelsetjenesten skulle kunne stimulere nye kandidater til å gjennomføre master- eller doktorgradsstudier innen klinisk forskning, og således bidra til å styrke kompetansen i primærhelsetjenesten.

Programmet baserer seg i all vesentlig grad på data samlet inn fra pasienter som får behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Den nye strukturerte formen for datainnsamling er tenkt å åpne for bedre utveksling av kliniske data mellom nivåer og aktører i helsetjenesten i tillegg til at myndighetene vil få en langt bedre oversikt over fysioterapitjenestens aktivitet og resultater.

De overordnede *målsettingene* for programmet er:

- Å skape modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i primærhelsetjenesten og derved legge grunnlag for varige forskningsmiljø.
- Å knytte sammen kunnskap ervervet gjennom studier i klinisk praksis, epidemiologiske studier og eksperimentelle forsøk, der ulike forskningsmetoder benyttes.

I kapittel 4.3 beskriver vi mer spesifikt det arbeidet som er utført i regi av FYSIOPRIM med hensyn til modellutvikling. Det er imidlertid andre måter å stimulere vedvarende forskning i primærhelsetjenesten utenom å gå veien om etablering av formelle strukturer, og så fremt FYSIOPRIM gjennomføres som planlagt vil man i prinsippet kunne vise at god forskning faktisk kan gjennomføres i primærhelsetjenesten som en inspirasjonskilde for videre forskning.

#### **4.1.1 Involvering av klinikerne**

I FYSIOPRIM deltar klinikerne i utviklingen av forskningsprosjektene. Det er et helt sentralt element i FYSIOPRIM å legge forskningen til der hvor klinikerne i primærhelsetjenesten befinner seg. Det er blitt lagt vekt på å finne frem til og prøve ut metoder og verktøy som kan bli nyttige for og anvendbare i vanlig klinisk praksis. Prosjektleder for FYSIOPRIM, Nina K. Vøllestad (UiO), beskriver dette i intervju med *Fysioterapeuten* (9/12):

*«Vi skal ha et organisert samarbeid mellom forskere og klinikere gjennom hele prosjektperioden for å se om en slik formalisert møteplass på sikt vil gjøre kommunikasjonen mellom academia og praksis bedre (...) Tradisjonelt har det vært slik at forskeren tenker ut problemstilling og metode, mens klinikerne leverer data. Det er en mangelfull modell fordi det ikke er sikkert at vi som forskere stiller de riktige spørsmålene. Selv for grunnforskningens del tror jeg det er tematikk innenfor primærhelsetjenesten som kan gi opphav til andre studier enn forskerne alene finner på».*

I noen av prosjektene inngår klinikerne som viktige medarbeidere i selve utformingen av prosjektene i tillegg til å samle inn data og gi tilbakemelding på hvordan prosjektene fungerer i klinisk praksis. Dette skjer for eksempel i et prosjekt der det skal utvikles et systematisk registreringssystem for klinisk data. Dette systemet skal så langt som mulig basere seg på forskningsbasert kunnskap, samtidig som dataene som innsamles skal oppleves som klinisk relevante. Forskerne i FYSIOPRIM har et særlig tett samarbeid med seks kliniske koordinatore fra hvert sitt private institutt (koordinatoren skal fungere som bindeledd mellom fysioterapeutene i klinikkene og forskerne). Det gjennomføres jevnlig møter mellom koordinatorene og forskerne (3-5 møter per halvår, enten halv- eller heldagsmøter) der alle

sider ved forskningsprosjektene diskuteres. Det kan for eksempel omhandle konkrete valg i prosjektene (f.eks. hvilke data skal man registrere og på hvilke måter) der forskerne legger frem forslag til diskusjon, eller om å få frem erfaringer klinikerne gjør, med tanke på justeringer i prosjektene. Erfaringer så langt viser at forskerne er opptatt av at kunnskap overføres begge veier; fra klinikk til forskning og omvendt, en bekreftelse for klinikerne på at deres bidrag inn i prosjektet er vesentlig.

I samarbeidsavtalen mellom FYSIOPRIM og de kliniske koordinatorene forplikter de kliniske koordinatorene seg til å delta i felles diskusjoner med forskerne i FYSIOPRIM vedrørende prosedyrer og metoder i prosjektene. De kliniske koordinatorene skal koordinere og være pådrivere for at fysioterapeutene tilknyttet eget institutt deltar aktivt i gjennomføringen. For dette kan de fakturere honorar for kroner 40.000 per år, samt utlegg. I tillegg deltar koordinatorene på årlige «storsamlinger» sammen med alle forskerne, stipendiatene, studentene og støttepersonell i FYSIOPRIM. På disse samlingene, som varer over to dager, presenteres og diskuteres alle prosjektene. Her deltar koordinatorene i diskusjon av også de prosjektene de selv ikke er direkte involvert i.

Klinikerne i de samarbeidende klinikkene har mindre kontakt med forskerne enn koordinatorene har. Innholdet i møtene mellom forskerne og klinikerne er også annerledes. Møtene med klinikerne foregår i vesentlig grad når de viktigste valgene i prosjektet er tatt, og datainnsamling i klinikken skal starte eller er i gang. Temaer for møtene her er for eksempel presentasjon av hvordan opplegget er tenkt, hvordan datainnsamlingen flyter i klinisk praksis og en samtale om hvordan dette kan tilpasses de lokale forholdene. I tillegg presenteres og diskuteres erfaringene klinikerne har gjort seg, slik at dette tas med i videre utvikling av prosjekter. Det kan også handle om instruksjon og øvelser i utførelse av nye prosedyrer eller tester. Det er dessuten nødvendig for forskerne med regelmessig oppfølging av klinikerne på deres arbeidsteder for å få tilbakemeldinger med tanke på justeringer og tilpasninger.

## 4.2 Prosjektene i FYSIOPRIM

FYSIOPRIM består av seks delprosjekter

- Måleinstrumenter for evaluering av fysisk form (4.2.1)
- Effekt av tilpasset trening for kroniske nakkepasienter (4.2.2)
- Hvorfor får noen langvarige muskel- og skjelettlidelser og andre ikke? (4.2.3)
- Individuelt tilpasset fysioterapi: effekt og erfaring (4.2.4)
- Artroseskole og trening i Ullensaker (4.2.5)
- Systematisk registrering av data i fysioterapipraksis (4.2.5)

### 4.2.1 *Prosjekt A: Måleinstrumenter for evaluering av fysisk form*

I prosjektet tester man fysisk form hos pasienter som går til fysioterapeut for en muskelskjelettplage før og etter behandlings- og treningsopplegg. Formålet er å beskrive og etablere et kjernesett av tester som er anvendbart i daglig praksis for klinikere i primærhelsetjenesten.

Utgangspunktet for prosjektet er at mange personer med muskel- og skjelettlidelser er lite aktive. Fysisk aktivitet er en svært betydningsfull helsefremmende faktor og betraktes i dag som en hjørnestein i behandling av flere kroniske sykdommer. Muskelskjelettplager medfører ofte et redusert fysisk aktivitetsnivå, noe som igjen øker risikoen for livsstilsrelaterte helseplager (mange pasienter med muskelskjelettplager viser seg å være i generelt dårlig fysisk form). Det er derfor viktig at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten kan tilby pasientene treningsprogrammer som er tilpasset den enkeltes diagnose og fysiske form.

Som basis for å kunne tilpasse individuelle treningsprogrammer, er det behov for å ha et sett med enkle tester for å kartlegge og evaluere fysisk funksjon. På bakgrunn av klinisk erfaring og en omfattende litteraturgjennomgang var intensjonen i prosjektet å etablere et kjernesett av standardiserte spørreskjema og fysiske tester for å måle funksjon. Eksempler på tester som kunne

inngå i kjernesettet er pasientrapportert fysisk funksjon (for eksempel COOP/WONCA, PSFS, IPAQ) eller tester av typen 6-minutter gangtest, 30-sekunder «sit-to-stand» test, og trappetest. Det som måles er 'fitness' som dekker kondisjon, styrke, bevegelighet og balanse. Per i dag finnes det ikke et kjernesett av tester for å undersøke fysisk form som ikke er for krevende å bruke for klinikerne, eller som krever mye teknisk utstyr (med tilhørende kalibrering). Det som finnes av tester i dag er dessuten primært utviklet med tanke på å teste friske personer, idrettsutøvere osv.

Kjernesettet er prøvd ut blant utvalgte fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Testenes anvendbarhet og psykometriske egenskaper er undersøkt. Prosjektet omfatter voksne personer med muskelskjelettplager som kommer til behandling hos fysioterapeut i primærhelsetjenesten.

Arbeidene har så langt i hovedsak fulgt oppsatt plan og danner basis for et doktorgradsarbeid. Testene er nå ferdige, og er blitt utprøvd på ca. 360 pasienter. I tillegg til de seks samarbeidende klinikkene i FYSIOPRIM er det etablert samarbeid med Gjerdrum Fysioterapi & Trening og Nittedal Fysikalske Institutt, som også har bidratt med innsamling av data. Prosjektmedarbeiderne har besøkt de involverte instituttene, og erfarte at de fleste klinikerne var svært positive til deltakelse, men at deres bidrag i prosjektet tar ekstra tid for terapeutene og at det derfor har vært nødvendig med tett oppfølging underveis for å holde motivasjon og innsats oppe. Klinikerne har underveis etterspurt et 'normalmateriale' som pasientene deres kunne sammenlignes med mht. de ulike elementene i 'fitness' begrepet. Data for en referansepopulasjon ("normalpopulasjonen") (ca. 370 deltakere) er innhentet, og det publiseres nå en egen artikkel på dette.

I 2011 ble det avholdt et åpent/gratis seminar for interesserte klinikere ute i praksis med ca. 30 påmeldte. Flere fysioterapeuter i primærhelsetjenesten har henvendt seg etter presentasjonene som FYSIOPRIM-medarbeiderne har hatt for klinikerne og har fått tilsendt skjemaer/tester/beskrivelser for bruk i egen praksis.

Prosjektet ledes av førsteamanuensis Hanne Dagfinrud (Institutt for helse og samfunn, UiO) og professor Inger Holm (Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo Universitetssykehus). I tillegg har doktorgradsstipendiat Anne Therese Tvetter, og to mastergradsstudenter fra Institutt for helse og samfunn deltatt.

#### **4.2.2 Prosjekt B1: Effekt av tilpasset trening for kroniske nakkepasienter**

Nakkesmerter forekommer hyppig og er ofte langvarige, men dagens behandling begrenses av mangelfull kunnskap om underliggende patologiske mekanismer. Ny kunnskap viser at motoriske områder i hjernen påvirkes av smerte og derigjennom hjernens evne til å stabilisere og bevege nakken. Sentralnervøse prosesser innvirker på motorisk kontroll. I dette prosjektet undersøkes det hvorvidt symptomtrykk og subjektive plager kan assosieres med sentralnervøse motoriske prosesser slik som styring og kontroll av bevegelser.

Formålet med studien var opprinnelig å (1) identifisere undergrupper av nakkepasienter med avvik i motorisk kontroll og (2) deretter randomisere de med avvik til tilpassede eller alminnelig tiltak i en intervensjonsstudie (RCT). Et viktig spørsmål er om tilpasset trening kan korrigere avvik i motorisk kontroll, gi et bedre fundament for klinisk behandling og dermed bedre behandlingsresultat. I motsetning til tidligere studier som i stor grad har fokusert på subjektive symptomer alene, inkluderer prosjektet parametere for både symptomer (smerter, funksjon, frykt for bevegelse etc.) og objektive målinger av bevegelse og motorisk kontroll i nakken som utfallsvariabler. Det var i utgangspunktet planlagt å gjennomføre studien som en randomisert klinisk studie (og prosjekt B1 er derfor referert til som «Nakke-RCT studien»). Pasienter med avvik (som blir grundig testet og påvist i lab) skulle randomiseres til trening tilpasset påviste avvik eller vanlig behandling. Det ble planlagt å inkludere 100 pasienter.

Prosjektet støtte i oppstartsfasen på to problemer. For det første, viste det seg vanskelig å rekruttere en kvalifisert stipendiat til prosjektet, og utvikling av ny software til bruk i prosjektet (i samarbeid med Institutt for teknisk kyberteknikk ved NTNU) tok lengre tid enn planlagt. For det andre, prosjektets

intensjon om å designe treningsopplegg for å normalisere ulike avvik i motorisk kontroll med tilpasset trening viste seg utfordrende. Etter drøftinger med klinikere kom man fram til at det var lite konsensus om hva optimal motorisk trening faktisk er, eller hvilken behandling som skulle bidra til å normalisere ulike avvik. Dette gjorde at man måtte vurdere et alternativt forsøksopplegg, som ble forelagt Fondet for godkjenning. Endringene medførte at det nå gjennomføres en observasjonsstudie med en "nested" randomisert studie hvor det randomiseres på hvilke fysioterapeuter som får informasjon om testresultatene fra undersøkelsene. Pasientene skal forøvrig gjennomføre behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter på ordinært vis, men hvor tiltakene blir registrert og hvorvidt tilgangen til informasjon påvirker behandlingsvalg og pasientenes utfall.

Prosjektet ledes av professor Ottar Vasseljen (Institutt for samfunnsmedisin, NTNU) med Ingebrigt Meisingset som stipendiat. I tillegg deltar forsker Ann-Katrin Stensdotter og postdoktor Astrid Woodhouse fra Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, og professor Nina K. Vøllestad fra Institutt for helse og samfunn, UiO.

#### **4.2.3 Prosjekt B2: Hvorfor får noen langvarige muskel- og skjelettplager og andre ikke?**

Målene for prosjektet er å beskrive forløp av nyoppståtte rygg- og nakkeplager i befolkningen gjennom ett års tett oppfølging, og å identifisere tidlige prediktorer for langvarige plager basert på baseline data fra egen forløpsstudie og data innsamlet i HUNT 3-studien (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag).

Bakgrunnen for prosjektet er at kunnskap om risikofaktorer for langvarige muskel- og skjelettlidelser i stor grad kommer fra studier i pasientpopulasjoner hvor plagene er godt etablert. Å identifisere risikofaktorer for langvarige muskel- og skjelettplager på et tidlig stadium vil derimot kunne åpne for tidlig forebygging og behandling og dermed bidra til at færre får langvarige plager.

Av 10 000 personer som møtte til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) i Stjørdal og Namsos kommune, ble 219 personer med nyoppståtte nakke- eller ryggsmarter rekruttert til fase 2 studien "Forløp av muskel- og skjelettlidelser". For å studere forløp av plagene gjennom ett år fikk deltakerne tilsendt spørreskjema etter 1, 2, 3, 6 og 12 mnd. Svarprosent på alle fem tidspunkt var over 80 prosent. Prosjektet er litt på etterskudd, primært på grunn av tekniske problemer knyttet til datakobling mellom delfasestudien og HUNT.

Prosjektet ledes av professor Ottar Vasseljen i samarbeid med postdoktor Astrid Woodhouse, begge ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

#### **4.2.4 Prosjekt B3: Individuelt tilpasset fysioterapi: effekt og erfaring**

Studien undersøker fysioterapi i primærhelsetjenesten som en individrettet, relasjonell og kontekstuell praksis. Mer spesifikt er hensikten å undersøke om klinisk individuelt tilpasset fysioterapi har målbar effekt, og på hvilke måter fysioterapien kan få betydning og skaper mening for pasienter med vedvarende muskelskjelettplager i nakkeområdet.

I primærhelsetjenesten foregår behandling av pasienter med vedvarende smerter i nakke og skuldre ofte i individuelle møter mellom pasient og fysioterapeut. Behandlingstiltak bestemmes ut fra fysioterapeutens vurdering av informasjon fra pasientenes sykehistorie og funn fra egen funksjonsvurdering. Tiltak kan for eksempel ha som hensikt å normalisere bevegelighet i nakke- og skulderledd og/eller muskulatur; og å veilede i hvordan bruke nakke og arm i ulike aktiviteter.

I prosjektet brukes et spørreskjema for evaluering av hvorvidt pasienten blir bedre på det han/hun selv bestemmer at de ønsker å bli bedre på. Alvorlighetsgrad av problemet rates på en skala fra 0-10. Basert på prinsipper i et «single subject experimental design» undersøkes endringer ved at det gjøres flere målinger før behandling starter for å få en beskrivelse av tilfeldige variasjoner, dvs. at hver pasient er sin egen kontroll.

For å undersøke tidsutvikling i eventuell bedringsprosess foretas flere målinger underveis i behandlingsprosessen og etter at behandling er avsluttet. Pasientene er voksne personer med subakutte og kroniske smerter i nakken. Hensikten med denne del av prosjektet er å øke kunnskap om effekten av individuelt tilpasset fysioterapibehandling målt ved bruk av Pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS). I tillegg har prosjektet også en målsetning om å gi økt kunnskap om kliniske beslutningsprosesser i fysioterapi med tanke på hvordan individuelt tilpasset fysioterapi utvikles, utformes, utføres og uttrykkes, og hvordan dette erfarer av de involverte, samt økt kunnskap om hvordan pasienter og fysioterapeuter erfarer samhandlingsprosessen gjennom et behandlingsforløp. Det ligger en kvalitativ tenkning til grunn for prosjektet, der det ikke er standardisering (og kvantifisering) som er utgangspunktet, men et ønske om å forstå mangfold og kompleksitet i klinisk praksis, og å få fysioterapeuter til systematisk å reflektere over egen praksis – der det ikke bare er faglige refleksjoner som er relevante, da klinikerne befinner seg i en sosial setting der de i møtet med pasientene også er påvirket av krav til effektivitet, nytte, å få pasientene raskere tilbake til arbeid, osv. I prosjektet spør man seg hvordan dette innvirker på faglige avgjørelser. Prosjektet har således en mer teoretisk vinkling inspirert av humanistisk helsefagfelt og fenomenologi. Studien har et deltagende og observerende perspektiv, dvs. klinikerne fra privat praksis blir intervjuet men også observert i sin pasientbehandling.

Prosjektet ledes av professor Anne Marit Mengshoel (Institutt for helse og samfunn, UiO). I tillegg deltar postdoktor Wenche Schrøder Bjorbækmo fra samme sted. De kliniske koordinatorene i FYSIOPRIM deltar ikke i dette prosjektet. Deltakende private praksiser (fra Bergen, Fredrikstad, Asker og Oslo) er rekruttert kun til dette prosjektet.

#### **4.2.5 Prosjekt C: Artroseskole og trening i Ullensaker**

Artrose har en økende forekomst og er en stor folkehelseutfordring, som bør behandles i primærhelsetjenesten. Formålet med prosjektet er å evaluere effekten av en intervensjon bestående av «artroseskole» og trening for personer som har artrose i knær og/eller hender.

Prosjektet gjennomføres som en separat klinisk randomisert kontrollert studie for personer med håndartrose og en annen tilsvarende studie for personer med artrose i kne. *Håndartrorestudien* gjennomføres som en klinisk kontrollert randomisert studie i Ullensaker kommune. Treningsgruppen gjennomfører et 12 ukers treningsprogram med gruppetrening og egentrening samt telefonoppfølging i egentreningsperioder. Deltakerne testes rett før, rett etter og 6 måneder etter treningsperioden. Kontrollgruppen får «behandling som vanlig». Her vil bli det sett på effekten av håndtrening i forhold til selvrapportert håndfunksjon samt gjort en kost-nytte evaluering. Studien ble startet i januar, 2011. Gruppetrening og testing har blitt utført av tre medarbeidere i fysio- og ergoterapitjenesten i Ullensaker kommune, mens Nina Østerås fra FYSIOPRIM deltok på oppstartstestene og har administrert prosjektet.

Gjennomføringen av *kneartrorestudien* (som også er en klinisk kontrollert randomisert studie) er temmelig lik. Den gjennomføres også i Ullensaker kommune i nært samarbeid med et fysisk institutt på Kløfta og ett på Jessheim, slik at deltakerne fra Ullensaker kan trene der. Det er også innledet et samarbeid med en fysioterapeut på Hjelp 24/NIMI Ullevål for deltakere som bor i Oslo-området. To treningsgrupper gjennomfører et 12 ukers treningsprogram med gruppetrening og egentrening. Treningsprogrammet har ulikt innhold (styrketrening vs. aerob trening) for de to gruppene. Deltakerne testes rett før, rett etter og 6 måneder etter treningsperioden.

Videre undersøker prosjektgruppen hvorvidt personer med artrose får den behandlingen som anbefales i gjeldende internasjonale retningslinjer. Ikke-farmakologiske tiltak som informasjon, fysisk aktivitet og vektreduksjon fremheves som kjernebehandling. Behandlingskvalitet måles ved å utvikle og bruke et sett med kvalitetsindikatorer for artrosebehandling. En artikkel vedrørende kvalitetsindikatorskjemaet er akseptert for publisering, og dessuten oversatt, og brukes i et samarbeidsprosjekt med forskere fra Danmark, England og Portugal. Kvalitetsindikatorspørreskjemaet

er så langt besvart av 600 deltakere i «Muskel- og skjelettplager i Ullensaker - artrose» - i forbindelse med en klinisk undersøkelse ved Diakonhjemmet sykehus.

I prosjektet bruker man et strukturert program for fysisk aktivitet/trening (både gruppebasert og egentrening), med tett oppfølging for å fremme livsstilsendring. Effekt måles gjennom randomiserte kontrollerte studier, der populasjonen er innbyggerne i Ullensaker kommune i alderen 40-79 år som har klinisk bekreftet, symptomatisk artrose. Lokalt helsetjenestepersonell i førstelinjetjenesten er direkte involvert.

Prosjektet ledes av postdoktor Nina Østerås (Diakonhjemmet sykehus) og Kåre Birger Hagen (professor II ved Institutt for helse og samfunn, UiO, og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus).

#### **4.2.6 Prosjekt D: Systematisk registrering av data i fysioterapi praksis**

Formålet med prosjektet er å etablere et opplegg for å karakterisere og gi en oversikt over pasienter som går til privatpraktiserende fysioterapeut i primærhelsetjenesten, behandlingen de får, samt å dokumentere pasientens endringer underveis i behandlingsserien. Det vil også etableres en database over slike data fra pasienter som behandles hos fysioterapeuter i privat praksis. Elektroniske systemer brukes i dag i fysioterapi, men datasystemet er ikke spesielt egnet med tanke på å fremskaffe systematiske data med god kvalitet over funksjonsproblem, behandlinger eller effektmåling. Det er derfor behov for å utvikle et opplegg med relevante data og mer fullstendig rapportering fra klinisk praksis.

Først og fremst handler det om å få mer standardiserte opplysninger enn hva dagens fritekst-registrering er i stand til, dvs. IKT-systemer som gir muligheter for å dokumentere og sammenligne data på ulike nivåer for klinikere og myndigheter. Dette vil gjøre det mulig å fremskaffe statistikk om pasientene (inkludert diagnoser, symptomer, undersøkelsesfunn), behandlingene (type, omfang), og kliniske utfallsmål (generelle og utvalgte spesifikke mål). Datagrunnlaget vil kunne benyttes i behandlingen og kommunikasjon med pasientene. I tillegg kan klinikerne selv og myndighetene kunne få en bedre oversikt over fysioterapitjenestens aktivitet og resultater.

Ved å benytte dette systemet for registrering av data fra alle pasienter som går til behandling hos et antall fysioterapeuter gjennom ett år, vil det etableres en stor database som kan danne grunnlag for forskning og statistikk over klinisk praksis. For eksempel vil det være mulig å undersøke forholdet mellom pasientenes karakteristika og den behandlingen som gis, og mellom behandling og utfall. Videre skal dataene bidra til å kunne sammenholdes med data oppnådd i andre forskningsprosjekter.

Det har vært samtaler mellom FYSIOPRIM og programvareleverandøren ProMed om videreutvikling av deres IKT-system slik at data enkelt kan registreres i journalsystemet. Inkorporeringen i journal har foreløpig ligget på is, og avventer ferdigstilling av hvilke data som skal registreres. I 2012 ble det arbeidet med opplegg for gjennomføring av en pilotstudie, der det blant annet skulle undersøkes hvor gode aktuelle instrumenter for helsegevinst er med tanke på helseøkonomiske beregninger, og om de fungerer for pasienter hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. En uttesting av aktuelle helseøkonomiske mål har vist seg å være nødvendig å legge inn, for å skaffe data på deres egnethet. Arbeidet gjøres i samarbeid med helseøkonomisk kompetanse. Sammen med klinikerne (koordinatorene) ble det diskutert hva som var relevante helseopplysninger (utover de helseøkonomiske skjemaene) og hvordan data best kan innhentes. Våren 2013 skal en pilot testes på 200 pasienter.

Prosjektet gjennomføres i tett samarbeid med klinikerne fra de samarbeidende instituttene i FYSIOPRIM. Alle deltagende klinikere skal gis felles trening og opplæring i systemet, og data fra alle pasientforløp i ett år skal samles inn og klargjøres for analyser. Disse dataene skal kunne sammenlignes med resultater i de øvrige studiene, og gjøres til gjenstand for helseøkonomiske analyser. I pilotprosjektet skal dataene legges inn selv av pasientene i en database utenfor journal, men det håpes at dette kan eksporteres videre inn i journalsystemet.

Prosjektet ledes av professor Nina K. Vøllestad (Institutt for helse og samfunn, UiO). I tillegg er førsteamanuensis Hanne Dagfinrud og postdoktor Hilde Stendal Robinson fra samme sted sentrale i arbeidet. Øvrige FYSIOPRIM-forskere har også vært delaktige underveis i prosessen.

### 4.3 Modellutprøving

Foruten at FYSIOPRIM består av seks vitenskapelige delprosjekter, ligger det et annet sentralt «prosjekt» inne i FYSIOPRIM, som dels går på tvers av delprosjektene og som dels er felles overbygning for hele FYSIOPRIM. Dette handler om ulike måter å organisere forskning på, med tanke på å teste ut ulike modeller for å koble fysioterapeuter fra primærhelsetjenesten til universitetsmiljøene, såkalt modellutprøving.

I utgangspunktet ligger det en form for modellutprøving i FYSIOPRIM-prosjektene, i form av en organisering med kliniske koordinatorene på hver klinikk. De modellene som vi beskriver i dette kapittelet er imidlertid mer formaliserte, og det lå ikke inne i bestillingen til Fondet at en slik systematisk modellutprøving skulle være et sentralt tema i totalprosjektet, men UiO hadde i søknaden sin for FYSOPRIM beskrevet noen ideer rundt dette og Fondet foreslo at dette ble bygd ut i prosjektet og etter hvert også at det skulle legges stilling(er) øremerket til arbeid med modellutprøving inn i totalprosjektet, samt at noen midler til mindre pilotprosjekter/utprøvinger kunne knyttes til dette.

Modellutprøving har vært grundig diskutert i FYSOPRIM – både i referansegruppen og i styringsgruppen – og to av prosjektlederne i FYSIOPRIM (Nina K. Vøllestad (UiO) og Ottar Vasseljen (NTNU)) har i flere notater beskrevet og drøftet ulike modeller. Det primære arbeidet knyttet til modellutvikling handler om å teste ut modeller som vil kunne danne basis for en bredere forankring av forskning i primærhelsetjenesten. Målet er å skape modeller som baserer seg på et formalisert samarbeid, og som forankres i kommunene, hos aktuelle deltakende klinikere og i forskningsinstitusjonene. En formalisering eller institusjonalisering av et slikt samarbeid vil gi ønsket interaksjon, og også bidra til at kommunenes plikt til medvirkning i henhold til samhandlingsreformens intensjoner oppfylles.

Prosjektleder for FYSIOPRIM, Nina K. Vøllestad, beskrev behovet for modellutprøvsarbeidet i et notat (16.09.11) til styringsgruppen for FYSIOPRIM på følgende måte:

*«Dagens situasjon for primærhelsetjenesten generelt, er at den er uten strukturelle koblinger til forskningsmiljøene. Det er mange individuelle og mer uformelle kontakter knyttet til enkeltprosjekter, men disse er ofte flyktige og skaper lite varige aktiviteter knyttet til forskning og fagutvikling. I de nylig vedtatte lovene (Lov om folkehelsearbeid og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester) gis kommunene ansvar for å medvirke til forskning. Men drivere for å få frem kunnskapsbehovet i primærhelsetjenesten og derigjennom sikre en kunnskapsutvikling som er relevant for tjenesten, er ikke tydeliggjort.*

*Ett aktuelt grep, er at kommuner inngår avtaler med forskningsinstitusjoner, der man forplikter seg til samarbeid om forskning. Slike avtaler kan handle om brostillinger, der personer arbeider både i kommunen og i forskningsinstitusjonen. Dette kan være klinikere i primærhelsetjenesten som tilsettes ved et universitet i f. eks. en 20 % stilling eller klinikere som får forskning inndeferert som en del av sine oppgaver (finansiert av driftstilskudd eller fastlønn fra kommunen). Man kan også tenke seg at ansatte i forskningsmiljøene bruker deler av sin arbeidstid i kommunene, f. eks. til å utvikle prosjekter, faglige møteplasser, audits, etc. De institusjonelle avtalene vil da kunne sikre at disse brostillingene faktisk gir ønsket interaksjon og samarbeid, bl.a. at kommunenes plikt til medvirkning oppfylles.*

*Brostillingenes innhold vil variere med kompetansen man har tilgjengelig. Det finnes svært få klinikere i kommunehelsetjenesten med forskningskompetanse (phd-grad), men det er etter hvert en del med mastergrad.*

*En kombinasjon av arenaer og samarbeidsavtaler, kan man se for seg gjennom universitetsklinikker for primærhelsetjenesten. Med en felles lokalisering for ulike helseprofesjoner i kommunehelsetjenesten (inkl. privatpraktiserende leger og fysioterapeuter) og med etablert samarbeid med forskningsmiljøer, vil man ikke bare oppnå felleskap mellom forskning og klinikk, men også mellom de ulike aktørene i primærhelsetjenesten. Dette burde også kunne skape gode flater for samhandling med spesialisthelsetjenesten».*



Vøllestad skriver at man innenfor FYSIOPRIM vil vi få erfaring med å ha formalisert samarbeid med enkelte klinikker med privatpraktiserende fysioterapeuter, men at dette i seg selv ikke er en institusjonell formalisering av samarbeidet, og har dessuten en klar tidsbegrensing. Men, som hun skriver: «Det kan ligge godt til rette for at disse klinikerne vil kunne få anledning til å delta sterkere i forskningen, ved at de fikk anledning til å bruke deler av driftstilskuddet til forskning innenfor programmet. Dette ville kreve en revisjon av klinikerens avtale med kommunen». En slik endring er nylig kommet, da Norsk Fysioterapeutforbund og KS nylig er blitt enige om en ny avtale for drift av privat praksis for fysioterapeuter, der det er åpnet for at det kan gis permisjon for fysioterapeuter som driver med forskning.

#### **4.3.1 Oslomodellen**

I Oslo prøves det ut to modeller: en brostillingsmodell og en hospitantmodell.

**Brostillingsmodell:** En slik modell innebærer delt stilling universitet og klinisk praksis, slik at det kan etableres brohoder mellom disse stedene. UiO har tidligere hatt lignende (om enn uformelle) samarbeidsrelasjoner som har fungert godt; som har gitt klinikerne muligheter for deltakelse gjennom å bruke sin kompetanse, samtidig som forskningen har blitt gjennomført med god kvalitet. For å løfte denne modellen opp fra å være en stimuleringsstilling, til å bli en god modell for å utvikle forskning i primærhelsetjenesten, er det nødvendig at stillingen fylles av en person med doktorgrad. I dag har en fysioterapeut fra Hans & Olaf Fysioterapi en slik stilling ved å ha en hovedstilling som postdoktor i FYSIOPRIM ved Avd. for helsefag, Institutt for helse og samfunn. UiO vurderer flere slike stillinger, men mener det er rekrutteringsutfordringer med tanke på å finne klinikere med nødvendig forskningskompetanse.

**Hospitantmodellen:** Denne modellen er rettet mot klinikere i primærhelsetjenesten som ikke har forskningskompetanse. Den innebærer at klinikerne knyttes til UiO i en bestemt stillingsandel. I november 2012 ble 5-6 hospitantstillinger utlyst av Institutt for helse og samfunn for klinikere som til daglig arbeider i primærhelsetjenesten. Det var i alt 20 søkere, derav 14 fra privat praksis og 6 fra kommunehelsetjenesten. 15 av søkerne hadde ikke vært involvert i FYSIOPRIM tidligere, hvilket må tolkes som et tegn på at utlysningen nådde bredt ut. Blant søkerne var det en god spredning geografisk i landet og mht. søkerens kompetanse/spesialområde innen fysioterapi. Det var flest kvinner som søkte. Det er lagt vekt på at kommunene gir klinikerne anledning til å arbeide som hospitant innenfor driftstilskuddet eller stillingsandelen de har i kommunen. UiO skriver i hospitantutlysningen:

*«I tråd med ny helselovgivning skal kommunene medvirke og tilrettelegge for forskning for å øke kvalitet og fremme kunnskapsbasert praksis. For å bidra til et mer formalisert og forpliktende samarbeid mellom forskningsmiljøet og primærhelsetjenesten i kommunene, er det ønskelig at kommunene legger til rette for og vurderer muligheten for å bistå slik at hospitantordningen kan gjennomføres. Kommunenes bidrag og tilrettelegging kan skje på flere måter, for eksempel ved permisjon fra deler av avtalehjemmel eller stilling, ved å åpne for at deler av arbeidet kommer innenfor avtalehjemmelen, eller ved at stillingen kan øremerkes i en tidsavgrenset periode til dette forskningssamarbeidet. Hvordan dette i praksis kan gjøres for den enkelte hospitant vil bli diskutert med aktuelle kommuner og hospitanter».*

Hospitantenes engasjement har to års varighet og tilsvarer et årlig arbeidsvolum tilsvarende 20 prosent av et årsverk. Hospitantene skal arbeide sammen med forskerne i FYSIOPRIM, men vil også ha mer utadrettede oppgaver for å stimulere til fagutvikling og forskning hos klinikere, både blant ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter i privat praksis. Det er meningen at hospitantene skal delta i praktisk gjennomføring av forskningsprosjektene i FYSIOPRIM (inkludert bearbeiding av data, analyse og tolkning av data), men også bidra til ideer for og utvikling av oversiktsartikler, bidra til ideer for og utvikling av nye forskningsprosjekter, arrangere diskusjonsmøter rundt kliniske problemstillinger og fagseminarer rettet mot klinikere, samt fremme forskning og fagutviklingsarbeid i kommunen.

Hospitantplassene er naturlig nok opprettet med utgangspunkt i å være knyttet opp til aktivitetene i FYSIOPRIM, men det ses som ønskelig at hospitantene stimuleres til å knytte kontakter til andre prosjekter i forskningsmiljøet.

### **4.3.2 Trondheimsmodellen**

I Trondheim prøves det nå ut tre modeller: veiledermodellen, samhandlingsmodellen og stimuleringsmodellen. Modellene er utviklet med tanke på muligheter for videreføring og anses ikke som spesielt kostnadskrevende, slik at de i hovedsak skal kunne gjennomføres med omprioriteringer innenfor eksisterende drift. Dette innebærer at arbeidsgiver tilrettelegger for omdisponering av ordinære arbeidsoppgaver for fastlønte arbeidstakere og frikjøp fra ordinært klinisk arbeid innenfor driftstilskuddet for privatpraktiserende.

**Veiledermodellen:** er rettet mot fastlønte fysioterapeuter i Trondheim kommune. Veileder i denne modellen må ha doktorgradskompetanse og inneha en kombinert stilling mellom Trondheim kommune og NTNU. Kombinerte stillinger har vært vanlig mellom universitetet og universitetssykehus, men er i liten grad anvendt mot primærhelsetjenesten. En ansatt fra kommunehelsetjenesten i Trondheim har allerede en delt stilling som postdoktor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU og som fysioterapeut i Trondheim kommune. For å prøve ut modellen og effekt av modellen skal stillingen fungere som kombinert stilling i primærhelsetjenesten og forutsetter også at deler av stillingen kan anvendes til veiledning av fastlønte i kommunen, og at kommunen legger til rette for virksomheten. Aktuelle oppgaver er å stimulere til mindre prosjekter, formidle kontakt mot relevante forskningsmiljø ved universitetet og i spesialisthelsetjenesten, søke forskningsmidler, etablere lesegrupper, fagmøter, presentere forskning etc. Trondheim kommune har godtatt at en av sine ansatte skal få bruke en del av stillingsandelen sin i kommunen til FoU-arbeid. Ettersom denne ansatte hadde en 50 prosent stilling i kommunen, så utgjør den kommunalt finansierte FoU-tiden rundt 20-30 prosent av et årsverk.

**Samhandlingsmodellen:** er rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger, og gir dem anledning til å bruke en mindre andel av sin arbeidstid innenfor driftstilskuddet til forskning, prosjekt- og utviklingsarbeid. Det er to personer (fra hhv. Trondheim og Stjørdal kommune) som så langt er knyttet til NTNU gjennom samhandlingsmodellen i et prosjekt innen primærhelsetjenesten hvor formålet er å bedre kommunikasjonen mellom privatpraktiserende fysioterapeuter/manuellterapeuter og allmennleger. Sammenlignet med nåværende praksis, er formålet å undersøke om et samhandlende team i primærhelsetjenesten gir redusert sykefravær og færre søknader inn til spesialisthelsetjenesten og andre private rehabiliteringsforetak. Sekundært undersøkes effekten av tiltaket på pasienttilfredshet, livskvalitet og selvrapportert funksjon og symptomer. Samhandlingsmodellen gjennomføres som del av fysioterapeutenes ordinære praksis, men krever frikjøp til prosjektmøter, samhandlingsmøter (og etter hvert analyser og publisering). Det er satt av 20 prosent stilling for hver av de to aktørene til arbeid med prosjektet. Totalt inkluderer budsjettet frikjøp fra ordinær klinisk virksomhet innenfor rammen av driftstilskudd (20 prosent), samt honorar for tapt inntekt gjennom egenandels- og takstsystemet for tilsvarende stillingsandel.

**Stimuleringsmodellen:** er også rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter. Dette er en modell svært lik hospitantordningen i Oslo, dvs. at klinikere gis mulighet til å hospitere ved NTNU på deltid. Formålet med stimuleringsmodellen er å skape økt og bredere engasjement for kunnskapsutvikling og forskning gjennom å trekke klinikere og deres miljø aktivt med i forskningsprosessen. Modellen prøves ut blant seks privatpraktiserende fysioterapeuter (hospitanter) i Trondheim kommune, fra seks ulike fysiske institutt. Det var i alt 9 søkere til disse stillingene. Fysioterapeutene er frikjøpt med 10 prosent stilling over to år. Dette gjelder både frikjøp fra ordinært klinisk arbeid innenfor driftstilskuddet og honorar for tapt arbeidsinntekt, etter samme prinsipp som i samhandlingsmodellen. Stimuleringsmodellen skiller seg således fra hospitantmodellen i Oslo ved å ha en noe lavere stillingsandel, og ved at alle fysioterapeuter i Trondheim er rekruttert fra Trondheim kommune, mens hospitantene tilknyttet UiO kommer fra flere kommuner. Dette gir en bredere utprøving i Oslo samtidig

som en slik løsning medfører større utfordringer i forhold til eksempelvis samarbeid, ledelse og fellesskapsutvikling sammenlignet med Trondheim.

NTNU har vektlagt at klinikerne de rekrutterte til stimuleringsmodellen skal være interessert i fag- og kunnskapsutvikling. Hospitantene skal bidra til rekruttering av pasienter til Nakke-RCT studien i FYSIOPRIM, hvor de gis opplæring i instrumenteringen og analyse. Forskningsmiljøet ved NTNU stiller kompetanse og veiledningsressurser til rådighet for problemstillinger som hospitantene selv ønsker å undersøke nærmere, primært ved hjelp av lab utstyr og kompetanse som forskningsmiljøet har til rådighet. Videre skal klinikerne og forskerne danne et nettverk med regelmessige samhandlingsmøter for å diskutere pågående prosjekt, faglige utfordringer og problemstillinger i klinikken, nye kliniske forskningsprosjekt, kritisk vurdering av egen praksis og gjennomgang av vitenskapelig litteratur. Fra NTNUs side, håpes det at interessen for kunnskapsutvikling smitter over på flere fysioterapeuter på hospitantenes respektive arbeidsplasser. Dette kan skje ved at hospitantene tar med seg erfaringer og opplevelser til kolleger i klinikken, gjennom å arrangere faglige møter med bidrag fra forskningsmiljøet, ved at hele klinikken bidrar i rekrutteringsarbeidet og at de får tilgang til utvidet klinisk informasjon om bevegelse og motorisk kontroll hos sine pasienter.

### **4.3.3 Suksesskriterier for modellutprøvingen**

Styringsgruppen har lagt opp til at resultatene fra modellutprøvingen blir evaluert ut fra et sett av bredt definerte suksesskriterier. Disse er splittet på hhv. modellutprøving i FYSIOPRIM samlet sett, og de enkelte tiltakene/modellene. *For FYSIOPRIMs samlede modellutprøving, defineres suksess som at:*

- Offentlige ressurser utløses (arbeidstid, lønn, dekning av reduserte egenandeler/takst etc.), for eksempel til kostnadsdeling av hospitantarbeidet
- Nye prosjekter initieres
- Det samlet sett er en bredde i aktiviteter og prosjekter klinikerne deltar i
- Klinikerne opplever å ha reell innflytelse på forskningen
- Både klinikere og forskere opplever reell nytte av samarbeidet
- Formidling rettet mot klinikere (utover de vitenskapelige publikasjonene som faller naturlig innenfor prosjektenes problemstillinger) er styrket

*For hvert enkelt tiltak/utprøving, er suksesskriteriene at:*

- Veiledningskompetansen som stilles til rådighet blir brukt
- Det etableres bedre kontakt mellom forskerne og de involverte klinikere, inkl. deres fagmiljø
- Det blir flere fagmøter, fagdiskusjoner og litteraturmøter på klinikkene

Det ligger ikke i NIFUs mandat for denne evalueringen å vurdere i hvilken grad disse suksesskriteriene ser ut til å bli innfridd. Mange av dem har et lengre tidsperspektiv mht. måloppnåelse, og en slik evaluering må etter vårt skjønn derfor skje etter endt prosjektperiode i 2015.

## 5 Refleksjoner rundt FYSIOPRIM som virkemiddel iht. Fondets strategi

I dette kapitlet drøfter vi en del sentrale elementer ved FYSIOPRIM som er av betydning for om målsettingene ved både forskningsprogrammet og ved Fondets strategi vil kunne innfris. Aller først diskuterer vi hvorvidt FYSIOPRIM treffer i forhold til de uttrykte ønsker i samhandlingsreformen om forskning på tvers av både profesjoner og forvaltningsnivåer (kapittel 5.1). Deretter ser vi nærmere på hvordan FYSIOPRIM er organisert som forskningsprogram og hvordan klinikernes rolle i prosjektene fungerer (kapittel 5.2). I kapitlene 5.3 og 5.4 ser vi på hvilke utfordringer og barrierer som ligger i dagens strukturer for å drive forskning i primærhelsetjenesten. Mulige resultater av FYSIOPRIM drøftes i kapittel 5.5. I kapittel 5.6 drøfter vi et mulig paradoksalt dilemma rundt FYSIOPRIM, nemlig at prosjektet oppfattes som veldig profesjonsorientert, før vi avslutter i kapittel 5.7 med å beskrive vårt store ankepunkt mot Fondets strategiske arbeid, nemlig at det mangler en plan for å følge opp FYSIOPRIM, som i seg selv ikke kan ses på som virkemiddelet for å skape forskning i primærhelsetjenesten, men kun ett av flere viktige skritt på veien dit.

### 5.1 FYSIOPRIM og samhandlingsreformen

Et samlet utvalg av informanter peker på at Fondet har hatt en helt avgjørende betydning for den nasjonale fagutviklingen innenfor fysioterapi. Fysioterapi anses fremdeles som et forholdsvis ungt forskningsfag, der det har vært en rivende utvikling i senere tid. Fondets satsing på forskning i primærhelsetjenesten vurderes også til å være fremsynt, i den forstand at Fondets vektlegging av primærhelsetjenesten lå i forkant av helsemyndighetenes arbeid, eksempelvis samhandlingsreformen, og faktisk også var i forkant av arbeidet med Helseplanarbeidet.

Dermed er lanseringen av FYSIOPRIM kommet på et gunstig tidspunkt, fordi det nå er et politisk mulighetsrom for å selge inn forskning i sektoren. Fondet og FYSIOPRIM har ligget i forkant og bør derfor ha et godt potensial for å nå sine mål om å opprette permanente strukturer for forskning inn i sektoren. HODs representanter som ble intervjuet ser at «noen av prosjektene er veldig relevante i forhold til samhandlingsreformen».

#### 5.1.1 Samhandlingsreformen

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) legges det klare politiske føringer om en tverrfaglig primærhelsetjeneste som samhandler om gode pasientforløp og forebyggende og helsefremmende arbeid for befolkningen.

Ett av hovedgrepene i samhandlingsreformen for å møte fremtidens utfordringer i helse- og omsorgssektoren er å skape en «ny framtidig kommunerolle». I samhandlingsreformen legges det til

grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Målet er en reduksjon i «forbruket av spesialisthelsetjenester». Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. I stortingsmeldingen begrunnes behovet for en endret kommunerolle for fremtiden ofte med at kommunehelsetjenesten er «billig» - kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», ser man for seg at de kommunale tjenestene til en viss grad kan erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – samtidig som det gir et bedre tilbud til pasientene. Dette kalles for en tyngdeforskyvning over fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten, som også er motivert ut fra en forståelse av at tjenestene i dag preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom – hvor det er samfunnsøkonomisk optimalt at ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres.

Som ledd i at kommunene skal gi mer treffsikker behandling, skal forebyggingsarbeidet stå sterkt, og kommunene skal blant annet fokusere på følgende områder (s. 29):

- Kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av hhv. god og dårlig helse. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra i kommunale planprosesser.
- Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelse og mindre omfattende behandling, noe som krever et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer.
- Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og strukturerte sammensatte forebyggingstiltak slik at tiltakene er kunnskapsbaserte.

I sum sier disse punktene at kommunene i langt større grad må gjøre systematiske målinger og registreringer av brukerne av tjenestene, og at beslutninger om valg av behandling skal være evidensbasert. Her legger stortingsmeldingen opp til at kommunene skal «adoptere» den forskningsbaserte tilnærmingen som er standard i spesialisthelsetjenesten. Vi mener prosjektporteføljen i FYSIOPRIM er godt sammensatt med hensyn til å bidra positivt til slike ønsker uttrykt i samhandlingsreformen, gjennom prosjektenes arbeid med utvikling av nye metoder for testing og registrering av klinisk praksis, samt kliniske studier som søker å dokumentere effekt av behandling.

Men i stortingsmeldingen for øvrig er det først og fremst allmennlegene som trekkes frem som den gruppen som skal sørge for det «forskningsbaserte» i primærhelsetjenesten. Når det fremsettes et ønske om å spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt, herunder å identifisere og følge opp personer med høy risiko for utvikling av sykdommer, er det fastlegene som er i sentrum – det er de som skal ha ansvar for denne identifiseringen, samt å sørge for individrettet veiledning, oppfølging og koordinering av den medisinske oppfølgingen, eksemplifisert slik (s.93):

*«Kunnskapsgrunnlaget for allmennlegene bør i størst mulig grad baseres på forskning på allmenntilstandens premisser, herunder forskning på hvilke deler av sykehusforskningens resultater som er anvendbare på en allmenntilstandspopulasjon. Det utføres lite forskning i allmenntilstand i forhold til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten. I statsbudsjettet for 2009 ble det bevilget hhv. 8 millioner kroner til de fire allmenntilstandsmedisinske forskningsenhetene (AFE) og 445 millioner kroner til forskning i regionale helseforetak».*

Allmenntilstandsmedisinsk forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten var allerede i 2006 beskrevet som uforholdsmessig lav i HODs forskningsstrategi. Ved behandling av statsbudsjettet for 2005 fattet

Stortinget vedtok om å styrke forskningen innen allmenntidisin der sosialkomiteen la vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget for praktisk utøvende allmenntidisin. Regjeringen la i revidert nasjonalbudsjett for 2006 fram forslag om 3 mill. kroner til nærmere planlegging av slike forskningsenheter i samarbeid med berørte aktører. Det ble planlagt å bygge opp fire forskningsenheter som skulle knyttet opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning. Enhetene skulle samarbeide nært med universitetene og drive praksisnær og pasientrettet allmenntidisinsk forskning. I dag er det etablert allmenntidisinske forskningsenheter både i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Forskningsenhetene er lagt til de allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene som eksternt finansierte prosjekt, og skal danne grunnlaget for en langsiktig satsning innen praksisnær, klinisk forskning i allmenntidisin. De allmenntidisinske forskningsenhetene skal rekruttere leger som i kortere eller lengre perioder kan vie sin arbeidstid, helt eller delvis, til forskning. Det er opprettet et eget Allmenntidisinsk forskningsfond i Legeforeningen som har til mål å fremme allmenntidisinsk forskning på allmenntidisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmenntidisinske forskningsenhetene. For 2010 var totalrammen til fordeling for AFEene 12 millioner kroner.

Mot slutten av stortingsmeldingen om samhandlingsreformen trekkes andre profesjoner også inn – som aktører i samhandlingen som skal finne sted på tvers av tjenestenivåer og strukturer (s.112):

*«Utdanning og forskning må følge opp og understøtte de ønskede prioriteringene og oppgavefordelingene mellom forvaltningsnivåene. Disse vurderingene kan ikke foretas uten at det bringes opp kunnskap fra de andre tjenesteytende nivåene. I samhandlingsreformen legges det vekt på organisatorisk, kompetanse- og ressursmessig utvikling av kommunesektoren, slik at kommunene kan utføre oppgavene som er forutsatt dekket på dette nivået».*

For å få dette til må det etableres «solide forskningsmiljøer» også innenfor de ikke-medisinske profesjonene i primærhelsetjenesten (s.126):

*«Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene. Endring av innholdet i utdanningene vil kreve ny kunnskap fremskaffet ved forskning. Profesjonsutøvelsen skal være forskningsbasert, og regjeringen har som mål å styrke relasjonene mellom utdanning, praksis og FoU i de kortere profesjonsutdanningene, jf. St.meld. nr. 30 (2008-2009), Klima for forskning. De kortere profesjonsutdanningene i helsefagene må gjøres i stand til å styrke fagpersonalets forskningskompetanse og bygge solide forskningsmiljøer. Den offentlige forskningsinnsatsen må innrettes slik at problemstillingene i primærhelsetjenesten får en større plass i medisinsk og helsefaglig forskning».*

Forskning og fagutvikling i den kommunale helsetjenesten vurderes å være viktige virkemidler for å heve sektorens status og dermed posisjon for rekruttering. Det anbefales å drive forskning på kliniske problemstillinger i sektoren og å vektlegge den praksisnære forskningen for å få svar på om det man gjør virker. Det konkluderes med at dersom de politiske målsetningene skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og disse fagområdene. Et sentralt virkemiddel for å komme hit er å styrke disse fagområdenes status og prestisje, gjennom å styrke fagutviklingen på områdene og legge til rette for forskning. Av flere tiltak som ble foreslått i stortingsmeldingen, er det særlig punktet om «Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak» som er interessant.

Innen 31. januar 2012 er alle kommuner pålagt å inngå samarbeidsavtaler med sykehus, som primært handler om å samarbeide om aktiviteter som skal sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester, men som i tillegg skal inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering; og planer for samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid. Samarbeidsavtalen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner. Dette inkluderer blant annet plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning (helse- og omsorgstjenestens ansvar og

medvirkning er knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger). Samarbeidsavtalene skal imidlertid ikke inkludere universitets- og høyskolesektoren<sup>6</sup>:

*«Samarbeid mellom arbeidslivet og utdannings- og forskningsinstitusjoner er viktig for å oppnå mange av målene med Samhandlingsreformen. En avtale mellom kommunen og helseforetak kan ikke binde opp aktivitet eller virksomheten ved utdannings- og forskningsinstitusjonene. Det er heller ikke hensiktsmessig å inkludere for eksempel universiteter, høyskoler eller videregående opplæring i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetakene ettersom disse avtalene har et langt bredere virkeområde som ikke er relevant for disse institusjonene. Samarbeidsavtalen bør derfor henvise til eventuelle separate samarbeidsavtaler mellom kommuner, helseforetak og relevant opplærings-, utdannings- og forskningsinstitusjoner».*

Mer spesifikt om forskning, viser HODs veileder<sup>7</sup> for samarbeidsavtalene til den nye formuleringen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 om at "kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten". Medvirkningsansvaret innebærer ifølge veilederen imidlertid «ikke at kommunene selv skal initiere eller finansiere forskning» (s.21). I Helse- og omsorgsdepartementets strategi for samhandlingsforskning konkretiseres det nærmere hva medvirkningsansvaret innebærer (s.7).<sup>8</sup> Der fremheves det som ønskelig at kommunene skal utvise «en viss aktivitet som kan understøtte forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten». HOD skriver videre at økt fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i kommunene vil kunne understøtte arbeidet med å styrke forskningsbaserte utdanningsløp for helse- og omsorgspersonell. Medvirkningsansvaret skal imidlertid bidra til å sikre forskningens relevans og bidra til raskere implementering av ny kunnskap i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Kommunenes medvirkningsansvar vil eksempelvis kunne omfatte:

- Synliggjøring av problemstillinger der det er behov for økt kunnskap
- Tilgjengeliggjøring av data til forskning
- Legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i tjenesten
- Utvikle samarbeid med forskningsinstitusjonene
- Utvikle samarbeid med andre kommuner om forskning, eksempelvis på regionalt nivå

Men HOD skriver samtidig at forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren i hovedsak bør utvikles i de forskningsinstitusjonene som er tillagt forskning som en lovpålagt hovedoppgave eller i samarbeid med disse. Det vil si universitets- og høyskolesektoren, de regionale helseforetakene og instituttsektoren, men også avtaleverket mellom kommuner og helseforetak.

HODs forskningsstrategi er imidlertid mindre rettet mot forskning gjennomført i primærhelsetjenesten, men mot forskning *om* primærhelsetjenesten, og da i særdeleshet samhandlingsforskning. Dette defineres som (s.3) «forskning der en i et pasientforløpsperspektiv skal etablere ny kunnskap om hvordan organisatoriske, kulturelle, økonomiske, teknologiske og kompetansemessige suksesskriterier og barrierer i tjeneste(n) virker for å understøtte samhandlingsreformens målsettinger". Men dette indikerer ikke et ønske om å bygge forskning i de profesjonene i primærhelsetjeneste der slik aktivitet er fraværende. Strategiens fokusområde er tjenesteforskning, dvs. forskning som kan stimulere til

<sup>6</sup> Kilde: HODs retningslinjer for samarbeidsavtalene (kapittel 5.7). Avtaler mellom kommuner og helseforetak og eventuelle separate avtaler med universiteter og høyskoler skal blant annet beskrive: 1) Etablering av forskernettverk og samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører, 2) Oppgave- og ansvarsfordeling for eventuelle felles forskningsprosjekter, 3) System for rapportering, formidling og implementering av forskningsresultater og ny kunnskap, 4) Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan sees i sammenheng, herunder særlig følge og sikre behovet for at samhandling vektlegges i utdanning, 5) Praksissteder og praksisopplæring til studenter fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner.

<sup>7</sup> «Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder».

<sup>8</sup> Helse- og omsorgsdepartementets strategi for samhandlingsforskning for perioden 2012-2015 («Forskning og innovasjon for bedre samhandling»).

utvikling av relevant ny kunnskap om samhandling i helse- og omsorgstjenesten, herunder status, utviklingstrekk, rammebetingelser og effekter. Dette gir oss en spesiell situasjon. Fondets strategi og satsing på FYSIOPRIM treffer godt i forhold til de behovene som samhandlingsreformen skisserer hva gjelder behov for å gjøre data tilgjengelig for forskning og dokumentasjon, samt å dokumentere effekt av behandlingstiltak. Modellutprøvingen i FYSIOPRIM er dessuten godt i samsvar med kravene som ligger inne i samarbeidsavtalene. Men FYSIOPRIM er i mindre grad i tråd med den type forskning som HOD vektlegger for å understøtte reformen, nemlig samhandlingsforskningen, der deler av FYSIOPRIM ligger klart utenfor en slik ramme. Dette mener vi selvsagt ikke utgjør et faglig problem, og det er heller ikke et tegn på at FYSIOPRIM ikke er et egnet virkemiddel for å trekke primærhelsetjenesten med i forskningsløp, men det er problematisk i forhold til å bruke samhandlingsreformen som et mulighetsrom for å sikre videre offentlig finansiering av de aktivitetene som gjennomføres i FYSIOPRIM. Fra de signalene som HOD gir i sin strategi for samhandlingsforskning, er det tydelig at finansiering av forskning som kan understøtte samhandlingsreformen er relatert til samhandlingsperspektivet, og ikke til primærhelsetjenesten i seg selv, samtidig som annen forskning som ikke er relatert til dette må springe ut av separate avtaler mellom kommunene og universitets- og høgskolesektoren.

## 5.2 FYSIOPRIM er et uvanlig forskningsprogram

FYSIOPRIM er et forskningsprosjekt der aktiviteter på utsiden av de vitenskapelige studiene i seg selv er en sentral del av prosjektet. Foruten at det skal gjennomføres vitenskapelige studier av god kvalitet, er programmet både intendert og utformet som et forskningspolitisk prosjekt, der vertsinstisusjonene (UiO og NTNU) har forpliktet seg til å arbeide for en videreføring av satsningen ved institusjonene. En vel så viktig side ved prosjektet som det å utføre selve forskningen, er således hvor forskningen blir utført, med hvem den utføres og hvordan dette forskningssamarbeidet gjennomføres.

Samarbeidsaktørene i FYSIOPRIM fra primærhelsetjenesten kommer fra en sektor med liten tradisjon for å drive forskning og det er et poeng med FYSIOPRIM nettopp å prøve å få forskning inn i denne sektoren. Det gir en del utfordringer for forskerne i programmet som man ikke støter på i andre forskningsprosjekter. At FYSIOPRIM-deltakerne har fått en imponerende stor bevilgning fra Fondet, endrer ikke på det faktum at forskerne i programmet har et visst «ildsjel-preg» over seg. Det å samarbeide med en sektor uten FoU-tradisjoner, og modellbyggingsarbeidet mot denne sektoren kan unektelig ha negative konsekvenser i forhold til forskernes egne akademiske interesser (for eksempel med tanke på vitenskapelig publisering og med tanke på å skaffe seg publikasjonspoeng), illustrert på følgende vis:

*«FYSIOPRIM-prosjektene har påtatt seg en stor oppgave som langt går ut over forskernes egeninteresser av å skaffe seg publiseringspoeng. Rent taktisk ville det være mer lønnsomt for den enkelte forsker å ha prosjekter som mer umiddelbart ville føre til artikler i internasjonale tidsskrifter enn å prøve ut ulike samhandlingsformer mellom etablerte forskningsmiljøer og praksisfeltet». (Fondsrepresentant)*

*«Vi har måttet svelge noen kameler for å inkludere klinikerne i prosjektet: det skal være enkelt, billig og lite tidkrevende for dem. Et veldig annet tankesett enn når vi kjører en RCT. Vi har gjort en del kompromisser på kvalitet. Det er en utfordring at det er så enkelt med tanke på publisering». (FYSIOPRIM-forsker)*

*«Mye enklere å gjøre dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Så det koster oss mye å jobbe opp mot kommunene. Hvis det var snakk om karrierebygging for enkelte av oss, så er samarbeid med kommunene en dårlig ide. Det gir lav publiseringsfrekvens å samarbeide med kommunene». (FYSIOPRIM-forsker)*

Modellarbeidet i FYSIOPRIM har vokst seg stort – og det mener vi er viktig. Så godt som alle våre informanter mener at dersom FYSIOPRIM skal fungere som virkemiddel for å etablere forskning i primærhelsetjenesten, og å kunne 'selge' behovet for denne type forskning overfor mulige finansieringskilder, så er det langt mer betydningsfullt å kunne vise til en original satsing på å prøve ut ulike modeller for slik forskning, framfor å dokumentere resultater fra enkeltstudier, da slike resultater



strengt tatt kan leses uten at det reflekteres over hvem som har utført forskningen, eller hvor den er utført.

### **5.2.1 Valg av prosjekter og programmets innretning**

Sammensetning av studier i FYSIOPRIM vurderes som god av våre informanter, da både metodestudier og randomiserte kliniske studier inngår, i tillegg til modellutprøvingen. Når FYSIOPRIM er avsluttet vil de verktøy som utvikles i metodestudiene, og de modellene man tester ut kunne leve videre, slik at aktivitetene i prosjektet faktisk ikke stopper opp. Det er således en god sammenheng mellom programmets målsettinger gitt av Fondet og de prosjektene som ble valgt ut, illustrert slik:

*«Jeg synes man lykkes godt med å få på plass en interessant prosjektportefølje, særlig de prosjektene som har fokus på å prøve ut ulike måter å organisere forskning på innen primærtjenesten, ville kunne bli nyttige i det videre arbeid med å forankre fysioterapiforskning i denne tjenesten». (Fondsrepresentant)*

Hvordan FYSIOPRIM til slutt ble satt sammen av delprosjekter, samt modellutprøvingens rolle samlet sett, er et resultat av forhandlinger mellom Fondet og deltakerne i FYSIOPRIM. Fondet har aktivt dyttet FYSIOPRIM i retning mer modellutprøving, og foreslo å trekke inn Ullensaker-prosjektet (prosjekt A) for også å kunne forankre prosjektet ved Diakonhjemmet sykehus. Samtidig som Fondet strøk ett av delprosjektene i FYSIOPRIM-søknaden (et postdoktor prosjekt), oppgraderte de et annet prosjekt (B3) som var kalkulert til ett års arbeid, til nå også å omfatte en treårig stipendiatstilling, som FYSIOPRIM måtte forsøke å «fylle på en måte».

En viktig del av FYSIOPRIM er å få dokumentert effekt av behandling i et helseøkonomisk perspektiv. I Fondets tildelingsbrev til UiO (24.06.10) understrekes viktigheten av å få kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser, og betydningen av at slike beregninger inngår i alle delprosjekter. Derfor måtte kompetanse innen helseøkonomi involveres i FYSIOPRIM, og det ble avsatt egne midler til dette arbeidet i budsjettet for FYSIOPRIM.

I FYSIOPRIMS fremdriftsrapport for første halvår 2010 beskrives det hvordan arbeidet med å få på plass et grunnlag for helseøkonomiske beregninger er igangsatt. FYSIOPRIM ønsket i første omgang å arbeide frem mål for kost og nytteverdi som skulle benyttes i de randomiserte kliniske studiene, i forhold til osteoartrose og nakkeplager, men der hovedinnholdet i sistnevnte etter hvert er blitt en observasjonsstudie. Det vil fremdeles kunne gjøres helseøkonomiske beregninger knyttet til denne studien, men da ikke med tanke på behandlingseffekt, men hvordan klinikere nyttiggjør seg data fra en bevegelsesanalyse. Det er i første rekke artrorestudien som har lagt grunnlag for en klassisk helseøkonomisk kost-nytte analyse. Valg av metoder og instrumenter for å måle nytte og kostnadsberegning i prosjektene gjøres i samarbeid med helseøkonomer. Innenfor Prosjekt D gjøres det i tillegg et grunnlagsarbeid for å undersøke egenskapene og egnetheten til måleparametere for beregning av kost-nytte verdi. Dernest vil det gjøres helseøkonomiske beregninger på data fra prosjekt D, selv om dette er en observasjonsstudie og derfor har noen svakheter i sin design. Styrken er at dette blir data fra reell klinisk praksis.

I budsjettet for FYSIOPRIM er arbeid med modellutvikling og helseøkonomi en felles post, og der det så langt er modellutviklingen det er jobbet mye med. Dette er imidlertid uttrykk for en periodisert innsats, fordi de helseøkonomiske analysene skal komme senere i prosjektene når alle data er innhentet. Ikke alle delprosjektene der slike beregninger skal inngå, har så langt lagt et endelig løp for gjennomføring av disse analysene, noe vi mener det er viktig kommer tidlig på plass, slik at det ikke blir problemer med gjennomføringen av analysene etter hvert. Slike analyser vil være viktig for primærhelsetjenesten med tanke på mulige nasjonale standardiseringer av behandlingsmetoder, og som i et markedsføringsperspektiv av behovet for forskning i primærhelsetjenesten kanskje til og med er av enda større betydning, da det sannsynligvis er slike analyser som i aller størst grad kan gjøre det interessant for offentlige finansieringskilder å komme på banen.

## 5.2.2 Det er godt tilrettelagt for at klinikerne skal trekkes inn

De kliniske koordinatorene vi har snakket med er svært positive til sin deltakelse i prosjektene: de mener forskerne er interessert i deres bidrag, at de er opptatt av «kunnskap begge veier» som det ble sagt, og at prosjektdeltakelse realiserer et spennende møte mellom to verdener. Mange fremhevet det positive ved at forskerne besøker klinikerne og sørger for regelmessige koordineringsmøter der også relevante forskningsresultater blir formidlet, som for eksempel referanseverdier som klinikerne kan forholde seg til når de gjennomfører/leser av resultatene fra egne tester. FYSIOPRIM-forskerne ser også selv viktigheten av slik oppsøkende kontakt, og av å være pådrivere, godt illustrert på følgende vis:

*«Folk sitter ikke ute og venter på å få være med på et forskningsprosjekt. De har mer enn nok å gjøre».*  
(FYSIOPRIM-forsker)

Koordinatorene er naturlig nok fornøyd med at de får betalt for å delta, og de honoreres dessuten for hver pasient de inkluderer i prosjektet; et viktig premiss for å bidra til at også klinikerne anerkjennes for å gjøre en ekstra innsats. Også de deltagende klinikerne utover koordinatorene får betalt for inkludering av pasienter. Men enkelte klinikere sier like fullt at det er vanskelig å få tid til dette i en hektisk hverdag med pasientbehandling. Pasienten som deltar i prosjektene føler imidlertid at de blir fulgt godt opp under tester og andre aktiviteter relatert til forskningsprosjektene. Klinikerne erfarer at FYSIOPRIM gir mer strukturerte opplegg å støtte seg på og mer forutsigbare pasientforløp, med andre ord en kvalitetssikring av en praksis som i for stor grad har vært preget av å være ustandardisert. Mange fremhever den økende betydningen av å dokumentere effekter og behovet for måleinstrumenter som kan brukes på tvers av profesjonene, blant fysioterapeuter, ergoterapeuter osv. Å bidra til å heve kvaliteten på pasientjournal i form av mer standardisert registrering av informasjon, mulighet for at pasienten i fremtiden selv kan fylle ut noe etc., ble forstått som et viktig bakteppe for FYSIOPRIM og virket veldig motiverende for praktikerne.

At klinikere deltar i forskningsprosjekter er viktig, og hvorfor det er slik er godt beskrevet av professor Ottar Vasseljen (NTNU) fra FYSIOPRIM i brev til Trondheim kommune (31.08.12) der det redegjøres for modellutviklingen:

*«Uten substansiell og tydelig engasjement av klinikere er det fare for at viktige kliniske spørsmål i primærhelsetjenesten ikke blir gjenstand for forskning, og at feltet etter hvert sakter akterut. Om klinisk forskning defineres og gjennomføres av forskere uten nærkontakt og god forståelse av kliniske problem og utfordringer er risikoen at forskningen skjer på premisser som oppfattes som mindre relevant i klinikken. Det siste er en tendens vi ser i dag. Økende avstand mellom klinikere og kliniske forskere, samt mangel på rekruttering, er et problem for primærhelsetjenesten som krever nye tiltak».*

*«Hvordan involvere klinikere i primærhelsetjenesten sterkere? Primærhelsetjenesten har blitt hengende etter spesialisthelsetjenesten i kunnskapsutvikling og ikke minst rekruttering til stipendiatstillinger i Midt-Norge. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel at avstanden til universitetsmiljøet har vært større, at lønnsmessige forhold har spilt en større rolle eller at tilretteleggingen fra arbeidsgiver har vært dårligere. Det medisinske fakultet og St Olavs Hospital er sterkt integrert, noe som har skapt gode forutsetninger for rekruttering og engasjement av fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten til forskning. For å øke kunnskapsutviklingen i primærhelsetjenesten må avstanden til universitetsmiljøene reduseres, integrasjon fremmes, veiledersituasjonen bedres og rekrutteringen til aktiv deltakelse i pågående og ny forskning økes. Modellene under legger derfor vekt på at klinikere involveres sterkere på egne premisser og ut fra egne interesser. Dette kan skje gjennom direkte tilgang til veiledning i prosjekt med utgangspunkt i den enkeltes praksis, eller ved at klinikere trekkes aktiv med i forskningen hvor forsker og klinikers kompetanse komplementerer hverandre».*

Vårt inntrykk er at FYSIOPRIM-forskerne har innrettet prosjektene på en slik måte at deltakelse oppfattes som relevant for klinikerne, samtidig som prosjektene oppfattes som interessante og gjennomførbare innenfor klinikerens arbeidsrammer, og gir forventninger om at de kan bidra til bedre praksis/kunne brukes i klinikken. En FYSIOPRIM-forsker forteller oss at klinikerne satte som førsteprioritet at deltakelse ikke skulle ta for mye tid (eller gå ut over tiden pasienten har sammen med sin terapeut) eller kreve utstyr. Vårt inntrykk er at dette ønsket er ivaretatt. I et referat fra et

referansegruppemøte (28.09.11) påpekes viktigheten av dette i forbindelse med ønsket om å stimulere klinikere til å engasjere seg i forskningsaktiviteter:

*«Likevel ses det som viktig å huske på at de fleste klinikere ikke har ønsker om eller kompetanse til å drive forskning. For å engasjere er det viktig å gjøre aktivitetene forståelige og overkommelige. Mange klinikere kan for eksempel engasjeres i å samle data til forskningsprosjekter eller være med i utformingen av gode forskningsspørsmål, men det er viktig at forskningsspørsmålene kommer fra primærhelsetjenesten. Fysioterapeuter i klinisk praksis er som oftest interessert i faglige spørsmål som er nært knyttet opp mot den kliniske hverdagen».*

Men noen klinikere mener allikevel å se «en viss trøtthet i systemet», og mener prosjektene ikke må være for langvarige. For fremtidige forskningsprosjekter vurderer flere det som viktig at klinikerne også involveres i planleggingen av prosjektene, i særdeleshet i utviklingen av problemstillinger som skal undersøkes:

*«FYSIOPRIM ble laget av Universitetet i Oslo – men kunne ha gått et steg lengre, og involvert folk litt mer i utviklingen av forskningsspørsmålene. Ofte så blir det ikke så bra når forskerne kommer inn utenfra. Jeg ville spurt dem i kommunehelsetjenesten hva de lurer på, hva de synes det ville vært interessant å forske på».*  
(FYSIOPRIM-forsker)

Fra FYSIOPRIM-forskere har vi fått høre at en viktig begrensning for en slik mulig inkludering i forarbeidet var at tidsaspektet fra utlysning til søknadsfrist ikke ga rom for å starte et slikt arbeid med involvering av klinikere, men at Fondet bør tenke på dette i senere utlysninger. Det tenkes imidlertid i FYSIOPRIM at man gjennom ordningen med hospitanter ønsker å skape rom for slike spørsmål, slik at ønsket om å involvere klinikerne på et tidligere stadium, kan ivaretas gjennom slike løsninger.

### **5.2.3 Klinikernes rolle i prosjektene**

Selv om klinikerne deltar aktivt i prosjektene, sitter vi igjen med inntrykket at forskningen i FYSIOPRIM er universitetsforskning som utføres i primærhelsetjenesten – av universitetsansatte. De kliniske koordinatorene omtales som gode samtalepartnere, som bidrar med relevant klinisk erfaring og innspill («de sitter med innsikt og erfaring som vi ikke har»), og de har vært med i planleggingen av prosjektene. Her er det imidlertid nødvendig å gjøre et skille mellom de kliniske koordinatorene, og alle andre klinikere fra instituttene som deltar i FYSIOPRIM. De kliniske koordinatorene har vært aktive sparringspartnere for FYSIOPRIM-forskerne både før og under prosjektene, og er viktige for gjennomføringen av prosjektene, mens klinikerne ellers i instituttene først og fremst må forstås som innsamlere av data i prosjektene. Dette fremstår for øvrig ikke som særlig annerledes enn hva som er tilfellet for allmennmedisinsk forskning gjennom AFEene, der det også er universitetsansatte som driver prosjektene med hjelp fra bidragsytere i primærhelsetjenesten.

Selv om de kliniske koordinatorene er viktige og godt involvert i forskningsprosjektene, er det vårt inntrykk at de ikke er med i alle faser av forskningsutførelsen. I effektstudiene har vi ikke hørt om kliniske koordinatorene eller klinikere som deltar i analyse av data, som bidrar i skriveprosessen av artikler, eller som er tenkt oppført som medforfattere på artikler (bortsett fra i de prosjektene der man foruten vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter også planlegger en oppsummeringsartikkel eller lignende av mer populærvitenskapelig karakter i Fysioterapeuten eller andre norske medier). Vi vet imidlertid at det for klinikerne i prosjekt D (der de kanskje har hatt den aller største betydningen i utformingen av prosjektet), er tenkt at de også skal være med i skriveprosessen. Dette ligger imidlertid litt frem i tid, og vi vet ikke akkurat hvordan dette kommer til å ende, og beslutninger om medforfatterskap vil måtte tas underveis med tanke på om klinikerne bidrar til medforfatterskap er oppfylt, jfr. allmenne regler for dette, f.eks. Vancouverreglene.

At de hovedsakelig ikke inkluderes i prosjektene på lik linje med FYSIOPRIM-forskerne kan kanskje forklares med at de ikke betraktes som forskere av FYSIOPRIM-forskerne, men mer som bidragsytere:

*«De er ikke forskere, de er jo klinikere. Ikke noe mål at de skal uttale seg om p-verdier, det er jo deres kliniske kompetanse vi er ute etter. Mange av dem har vært med på ting før, så det vekker jo en interesse for forskning, og de syns det er lærerikt. Men å bli forsker tar jo mange år». (FYSIOPRIM-forsker)*

Det ligger imidlertid en forventning om at klinikerne på sikt kan ha en mer aktiv rolle i prosessene etter gjennomføring av testing og innsamling av data:

*«Mye papir-hassel så langt for klinikerne. Men de syns det har vært morsomt med de fysiske testene – har gitt dem mye. De har mindre forhold til spørreskjemaene – de er jo bare delt ut og samlet inn. Det tror vi kan endre seg når vi får inn gode elektroniske løsninger. Da kan det bli noe de kan følge fortløpende. Å ha det teknologibasert gjør det lettere for dem å være entusiastiske overfor det». (FYSIOPRIM-forsker)*

Samarbeidsformene som testes ut i FYSIOPRIM for å få klinikere til å engasjere seg i forskning er helt avhengige av det trykket utenfra som FYSIOPRIM-forskerne står for i form av forskningsledelse og veiledning. Dersom det skal være mulig for klinikerne å involvere seg i senere forskning, må det være et lignende engasjement utenfra på plass. Videre forskning innebærer for det første at klinikerne fremdeles honoreres, men også aktiv tilstedeværelse og trykk utenfra fra samarbeidende forskningsinstitusjoner. Dette er ikke unikt for fysioterapeuter, eller for primærhelsetjenesten, men er generelt for aktiviteter som utføres under særskilte omstendigheter med det nødvendige trykket utenfra:

*«Vi har et prosjekt der folk i spesialisthelsetjenesten ringer opp pasienter og spør folk om hvordan det går. De sier det er kjempespennende og gøy å måtte følge opp folk, men når vi slutter å betale dem for å gjøre dette, så slutter de med det. Handler om at folk er travle, og man gjør det man må og skal, og får penger for». (FYSIOPRIM-forsker)*

*«Synlighet er veldig viktig. Som tidligere klinikere, vet vi at du får ikke folk til å gjøre noe bare ved å sitte her på universitetet og fortelle dem hva de skal gjøre». (FYSIOPRIM-forsker)*

Det er også delte oppfatninger med hensyn til hvorvidt de nye testene/behandlingsmetodene som er under utprøving i FYSIOPRIM vil bli videreført når FYSIOPRIM avsluttes – selv om de skulle vise seg å være forbedrede behandlingsverktøy. Mange peker på vanskeligheten med å få en kliniker til å endre en praksis om har utviklet seg over lang tid, jfr. uttalelsene nedenfor:

*«Jeg tror de i kommunene/primærhelsetjenesten har lært mye om forskningsmetode og sånn, men de er jo frikjøpt for å gjøre det, så jeg tror at den dagen prosjektene er avsluttet, så har de som har deltatt lært noe, men vil ikke videreføre det i sin praksis». (FYSIOPRIM-forsker)*

*«I mitt eget prosjekt kan vi få avkreftet eller bekreftet om denne behandlingen gir bedre effekt. Men jeg er 100 prosent overbevist om at den behandlingen vi tester i prosjektet ikke blir videreført i kommunene når vi trekker oss ut, fordi det er for krevende». (FYSIOPRIM-forsker)*

Enkelte mener at for at en ny metode skal tas i bruk selv etter at FYSIOPRIM avsluttes, så er det ikke nok med en dokumentert effekt gjennom FYSIOPRIM, men metoden må fases inn i nasjonale faglige retningslinjer, som vil gi det nødvendige presset om å ta den i bruk.

Vi deler synet fra enkelte FYSIOPRIM-forskere at med mindre trykket utenfra videreføres, så er det en fare for det meste stopper opp i 2015. FYSIOPRIM-prosjektet har en tung organisering – det er ikke bare en samling enkeltstående prosjekter som lever sitt eget liv. Programmet har en fulltidskoordinator, og en leder i 80 prosent stilling som har ansvar for helheten, forskerne har midler til rådighet til å drive modellutvikling, til frikjøp av klinikere, og de har brukt mye tid fysisk i klinikkene og gitt nødvendig støtte og oppbakking. Enkelte av FYSIOPRIM-forskerne har således en realistisk tilnærming til hva man kan forvente vil skje i klinikkene når FYSIOPRIM avsluttes, som i hovedtrekk går ut på at FYSIOPRIM ikke skaper forskning, men «bereder grunnen». Med dette menes at det skapes forskningsinteresse og forståelse der, som er grunnlaget for at de skal gi kunnskapsbasert behandling – ikke nødvendigvis at de skal bli forskere selv.

### 5.3 Viktigheten av å satse stort og langsiktig

Fondet for gode skussmål fra alle våre informanter (inkludert helsemyndigheter og vertsinstitusjoner) for at de har valgt en større satsing konsentrert om gjennomføring av ett stort prosjekt. Langsiktigheten har vært avgjørende for gjennomføringen av eksempelvis det store D-prosjektet:

*«Veldig bra med Fondets 5-årige satsing med kontinuitet. Vi har sittet i 2,5 år og arbeidet frem prosjekt D. Det hadde ikke gått innenfor et vanlig 3-års prosjekt». (FYSIOPRIM-forsker)*

FYSIOPRIM oppfattes av representanter for vertsinstitusjonene som et slags fysioterapiens Senter for fremragende forskning, som det forventes vil gi større slagside og synergieffekter i forhold til om flere små prosjekter hadde blitt gjennomført:

*«Det er en god idé med konsentrasjon. Å dele ut midler i hytt og pine skaper ikke vekst. Norges forskningsråd hadde en satsing på forskning innen alternativ medisin for noen år siden, og spredde pengene på alt. De blomstene vokste litt og så døde de ut. Dette vet Fondet, som har vært flinke til å se på andres erfaringer og unngå de feilene som er gjort der». (FYSIOPRIM-forsker)*

Prosjektets størrelse er dessuten et godt markedsføringselement, fordi det blir lagt merke til når et så stort prosjekt startes opp, og gir sannsynligvis en viss legitimitet hos helsemyndigheter og blant fysioterapeuter generelt:

*«32 millioner er en veivalser. Det ga tyngde i åpningskonferansen og har vært viktig for å vekke interesse hos myndigheter. Hadde Fondet brukt de samme 32 millionene på å gjøre fem RCT, så hadde det ikke vært så bra». (FYSIOPRIM-forsker)*

Men Fondet frarådes å tro at det holder med én stor satsing. Fondet bes fra alle typer informanter om å ha «is i magen», og fortsette en strategi der det velges større, konsentrerte satsinger over lang tid. Fondet har vært viktig med hensyn til å bygge identitet for fysioterapi som forskningsdisiplin, men frarådes å overvurdere forskningskompetansen i fysioterapi i dag, men tenke at dette tar tid – i hvert fall når det gjelder å etablere forskning innenfor en sektor der dette er tilnærmet ikke-eksisterende. En god illustrasjon på en slik forsiktig tilnærming er denne:

*«Tung forskning må kommunene søke universitetene om å gjøre. Men kanskje vi kan løfte opp utøverne i praksis på et tilnærmet master-nivå, som kunne gjøre noen små prosjekt. Men jeg tenker mest på det å stille kritiske spørsmål, finne/lese relevant litteratur. Med et mer kritisk blikk, da vil det utkrystallisere seg noen som ønsker å gå videre. Husk at vi bygger faget vårt – opp på et høyt nivå på ganske kort tid». (FYSIOPRIM-forsker)*

Alle informantene våre er enige om at det er urealistisk at en offentlig finansiering kan ta over når FYSIOPRIM avsluttes i 2015. Primærhelsetjenesten heller er ikke klar for å bli en selvstendig forskningsaktør innen den tid, og det som må til er en langsiktig kvalifisering av klinikerne i tjenesten, samtidig som noen utenfra må fortsette å ta det finansielle ansvar for prosjekter der primærhelsetjenesten gradvis kan inkluderes og tilegne seg forskerkompetanse. Mange snakker også om at en kulturendring som tar tid må til. Det er i dag lite naturlig å sette forskning på dagsordenen i primærhelsetjenesten, og det trengs sannsynligvis en rekke (vellykkede) samarbeidsprosjekter med gode resultater å vise til, før primærhelsetjenesten selv begynner å ta initiativ til forskningsprosjekter. De fleste mener vi her snakker om en 10-20 års periode, og at det derfor vil «være klokt av Fondet å ikke trekke seg ut etter fem år», blant annet illustrert slik:

*«Universitetsklinikker er realistisk, men tar lang tid å utvikle. Hvis Fondet ønsker langsiktig satsing, så er vi med å diskutere dette, men det innebærer en forskerskole og systematisk opplæring. Hvis jeg satt i Fondet ville jeg laget en 15-års strategiplan». (Vertsinstitusjon)*

Det er derfor nødvendig at Fondet har et langsiktig perspektiv. Det er mange om beinet som søker innpass hos myndighetene for å få en langsiktig finansiering og faste stillinger til forskning innen de respektive feltene i primærhelsetjenesten. Ønsket om en slik forankring må realiseres over tid. Fondet må holde fast ved denne målsettingen også i fremtidige strategiarbeider.

FYSIOPRIM kan nå i dag ses på som et viktig «såkornmiddel». Det tas et (begrenset) initiativ på å involvere klinikere i primærhelsetjenesten med i forskningsprosjekter under ledelse av universiteter og helseforetak. Ambisjonen er at dette skal gi gode nok resultater til at andre (dvs. det offentlige) skal se verdien i det, og etter hvert ta over finansieringen. En slik strategi har Fondet lyktes med tidligere – med hensyn til å bygge opp utdanningstilbud i UoH-sektoren, og med hensyn til å etablere forskerstillinger og dermed også forskermiljøer ved universitetene. I NIFU STEPp (2008, s. 20) gjennomgang av Fondets strategi for å bygge forskningskompetanse innen fysioterapi ved universitetene, heter det:

*«Intensjonen fra Fondets side har vært å initiere virksomhet som i neste omgang skulle budsjettmessig overtas av vertsinstitusjonene. Så langt har vertsinstitusjonene vist både vilje og til dels evne til å følge opp disse intensjonene i form av å sikre stillinger for kompetente kandidater. Et hvert forsøk på å få en mer forpliktende avklaring på det fremtidige budsjettansvaret har imidlertid blitt møtt med taushet fra vertsinstitusjonene. Denne tausheten er meget forståelig da ingen universitetsmyndighet kan binde seg til slike avtaler generert av en privat aktør. Fondet har hittil kunnet leve godt med en slik institusjonell usikkerhet, og bør kunne fortsette med det i årene fremover. Fondet skal ha ros for at det har sett at kompetansebyggende virksomhet vil måtte gå over mange år. Denne vurderingen må de holde fast ved. Med et relativt beskjedent utgangspunkt for fysioterapiforskning ved de fleste av universitetene vil det måtte ta mange år før miljøene har kommet over en kritisk masse. Slik situasjonen er i dag, er miljøene helt avhengige av nøkkelpersoner. Hvis disse skulle skifte beite, er miljøene meget sårbare».*

Denne beskrivelsen er nesten identisk med den situasjonen vi ser for forskning i primærhelsetjenesten nå i forbindelse med FYSIOPRIM, men med den viktige forskjellen at forutsetningene for å lykkes med å etablere noe permanent er vesentlig svakere i primærhelsetjenesten i forhold til ved universitetene. Derfor må Fondet være innstilt på å videreføre satsingen sin i flere år framover.

Et interessant og relatert tema som dukket opp i enkelte intervjuer, er faseforskyvningsproblemet, dvs. at ett styre lager en strategiplan og at et annet skal følge den opp. Det har vært stor utskiftning i Fondsstyret. De nye medlemmene har ikke samme identitet/forhold til den strategiske planen, oppgir enkelte av våre informanter. Dette kan selvsagt by på utfordringer i implementeringsfasen. Fondet bør derfor vurdere om ikke utviklingen av en strategiplan og implementeringen av denne bør ses som en enhet i forhold til styrets sammensetning og funksjonstid.

## 5.4 Muligheter for å drive forskning i primærhelsetjenesten

Er det mulig å drive forskning i primærhelsetjenesten i det hele tatt? Selv i kommuner med fokus på dette preges forskningen av å være lite prioritert og spredt organisert. Forvaltningens kompetanse, eksempelvis til å utforme søknader er svak og formidling av forskningsresultater til forvaltning er også mangelfull. På den ene siden finner vi de mange små kommunene der dette er temmelig virkelighetsfjernt. På den andre siden har vi foregangskommuner, som, typisk nok, i egenskap av å være sentra for helseforetakene og nær de store forskningsmiljøene, har kommet langt i arbeidet med å utvikle forskerkompetanse. Et godt eksempel på dette er Trondheim kommune der det er flere i kommunehelsetjenesten med doktorgrad, og der kommunen selv har tatt initiativ for å opprette kombinerte stillinger mellom forskning og primærhelsetjeneste – og derved også lagt et grunnlag for senere søknader om ekstern finansiering av forskningsprosjekter. Trondheim kommune har vært opptatt av å dokumentere effekt av behandling og gjøre tilbudet deres forsknings- og kunnskapsbasert, og ønsker nå å etablere flere forskningscentre. Stavanger kommune er også preget av en rekke initiativ som kan bidra til å styrke forskningen i primærhelsetjenesten; gjennom å satse bevisst på å styrke fokus på forebygging, gjennom organisatoriske tiltak som å slå sammen ulike sentra som jobber med sykdomsforebygging og velferdsteknologi til større og mer slagkraftige enheter som også kan romme forskningsprosjekter<sup>9</sup>. Det er behov for å utvikle en infrastruktur for forskning i kommunene, og formidling av resultater fra FYSIOPRIM til kommuner som satser på å utvikle forskning i primærhelsetjenesten blir derfor sett på som svært viktig av våre informanter, for å bidra til

<sup>9</sup> Se rapporten «God helse for alle» fra Stavanger lokalmedisinske senter (2012).

felles valide verktøy som kan brukes av hele kommunen, og for å skape mer legitimitet for satsning på primærhelseforskning i kommunene.

Men hvilke muligheter gis det her for FYSIOPRIM (eventuelt andre forskningsmiljøer innen fysioterapi) for å knytte bånd og skape samarbeid som kan vare over tid? Generelt får vi høre om at det er lettere å inngå samarbeid med små kommuner, der ting skjer raskere enn i store kommuner («ekstreme forskjeller på folk vi snakker med i Oslo og Kongsberg kommune, i små kommuner skjer ting veldig fort, alle er på fornavn»). Samtidig pekes det på at de små kommunene ikke har kompetanse til å drive forskning. Det er imidlertid en stor kommune – Trondheim – som i særdeleshet trekkes frem som en kommune der det er tilrettelagt for forskning, både i kommunen, og i form av samarbeid mot universitetet:

*«Veldig positivt at Trondheim kommune tar ansvaret som jeg mener kommunene må gjøre. Kommunene har medvirkningsansvar, men det er mye svakere styringssignaler til kommunehelsetjenesten. Ingen forskningsplikt. Men så er det noen kommuner allikevel som tar ansvar. Trondheim kommune har klart å lage en kritisk masse». (Vertsinstitusjon)*

*«Ikke vanskelig å selge dette inn i kommunen. Det lå på enhetsnivå å bestemme – måtte ikke til topps. Men det er jo en samfinansiering. Her kan Trondheim kommune vise at de gjør noe i forhold til samhandlingsreformen. Ikke like enkelt i Oslo...» (FYSIOPRIM-forsker)*

Fondet bør for øvrig merke seg en interessant problemstilling knyttet til forskningssituasjonen i primærhelsetjenesten. De fleste fysioterapeuter med forskerkompetanse driver riktignok forskning innen spesialisthelsetjenesten, men tar man steget ut i primærhelsetjenesten kan det åpne seg spennende muligheter:

*«Mange allmennleger kan sitte ute i kommunen og drive spennende forsøk. Fordelen med å sitte i kommunen er at du er på nypløyd mark. Forskningsmessig er det fantastiske muligheter med pasienter og problemstillinger. Men statusen er ikke så bra». (Vertsinstitusjon)*

Fra Helse- og omsorgsdepartementets representanter får vi høre at Norges forskningsråd har bygget opp forskningsprogrammer rettet mot primærhelsetjenesten, og at det er penger i de regionale helseforetakene som brukes på samhandlingsforskning, der også fysioterapeuter/primærhelsetjenesten kan delta i søknadsrunden. Dette forutsetter imidlertid forskerkompetanse, noe som er svært lite utbredt i primærhelsetjenesten. Representanter fra kommuner og forskerne i FYSIOPRIM peker derfor på at selv om det finnes forskningsprogrammer i Norges forskningsråd som kan være aktuelle, så er det så godt som umulig for klinikere fra primærhelsetjenesten å søke på dem, fordi det kreves «tilnærmet professorkompetanse og en lang publikasjonsliste».

Det blir dessuten påpekt at selv om HOD i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene har lagt inn at det også skal drives forskning i primærhelsetjenesten, så er dette snakk om samhandlingsforskning, som fremdeles er forskning i spesialisthelsetjenesten, og som fokuserer på pasientflyt mellom systemene, ikke på samhandling i primærhelsetjenesten. Løsningen for å få realisert forskning i sektoren synes således å gå veien om velvillige kommuner – ikke eksterne finansieringskilder.

#### **5.4.1 Det mangler insentiver for at kommunene skal drive med forskning**

Forskning er lovpålagt i spesialisthelsetjenesten. Et lignende trykk finnes ikke i primærhelsetjenesten. Fysioterapeuter innenfor primærhelsetjenesten jobber innenfor en struktur som de fleste av våre informanter mener gjør det svært vanskelig å involvere klinikere i forskningsprosjekter:

*«Strukturen gjør det fryktelig vanskelig å få involvert klinikerne. Det er ingen stillinger med en prosentandel for å drive prosjekter. Veldig kommuneavhengig å få en prosentandel for en fysioterapeut til å drive med forskning. Vi har en individbasert finansiering som ikke er ideell. Men det er stor forskjell på små og store kommuner. Lettere å få til noe i kommuner med «Helsehus», for nå skal jo kommunene ha døgntilbud. Det virker som kommunene er i ferd med å bygge opp små enheter som nesten ligner på små sykehus». (FYSIOPRIM-forsker)*

«På et eller annet tidspunkt må man se på finansieringen for privatpraktiserende fysioterapeuter. De private forvalter sin egen praksis akkurat som de vil og får betalt for det, men effekten av hva de driver med blir aldri dokumentert. Du får ikke de på instituttene til å drive forebygging i kommunehelsetjenesten, for dem handler det om å få betalt for å behandle per pasient». (Vertsinstitusjon)

«Todelingen av fysioterapitjenesten er en utfordring. De på instituttene jobber etter et takstsystem, som former deres hverdag. De gjør sjelden ting som det ikke er en takst for. Det er en barriere å få flyttet på arbeidsoppgavene innenfor dette systemet. De som er ansatt i kommunehelsetjenesten og de som jobber på disse instituttene er veldig forskjellige, jobber veldig ulikt, og det er lite samhandling mellom disse to arenaene, kanskje bare når de skal i møter med NAV. Man er avhengig av at noen stimulerer denne forskningsvirksomheten, for de er i stor grad avhengig av å bli betalt. De må frikjøpes litt. Men det er knappe ressurser i kommunehelsetjenesten». (Vertsinstitusjon)

De fleste fysioterapeuter (de privatpraktiserende) jobber innenfor en avtalestruktur som ikke legger til rette for forskning, men akkurat i det denne rapporten gikk i trykken kom det på plass en ny avtale (ASA 4313) mellom Norsk Fysioterapeutforbund og KS om drift av privat praksis for fysioterapeuter, der det er åpnet for at det kan gis permisjon for fysioterapeuter som driver med forskning. I avtalen heter det at «kommunen skal normalt samtykke til fravær grunnet etter- og videreutdanning i fysioterapi, forskning eller tillitsverv på heltid eller deltid i Norsk Fysioterapeutforbund».

Det er imidlertid ingen av informantene som mener at det bør arbeides for at «alle» kommuner skal drive med forskning. Det er heller ikke alle av våre informanter som mener ansatte i primærhelsetjenesten skal drive forskning i det hele tatt:

«Jeg er kritisk til tankegangen om at klinikere skal drive forskning. Synes ikke det skal drives forskning overalt. Men jeg syns klinikerne skal gjøre seg attraktive overfor universiteter, høgskoler og forskningsinstitutter, slik at disse kan drive forskning i primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten så er forskeren og kliniker en og samme person, men hvordan skal man få til det i primærhelsetjenesten der alle fysioterapeutene er så spredt? De er ikke kompetente nok. Tror ikke at man skal forvente at de blir det heller. Fondet gir noe til fagutviklingsprosjekter. Det er gunstig for klinikerne, men å drive forskning sammen med klinikken sånn som på Rikshospitalet, det tror jeg er dødfødt. Forskning må skje i et miljø der det er forskere» (FYSIOPRIM-forsker)

Dette er ikke et representativt synspunkt, men illustrerer behovet for at forskningen må finne sted i «miljøer der det er forskere», hvilket er i tråd med et forslag som flere fremmer; nemlig at Fondet bør identifisere og jobbe seg inn mot noen få utvalgte kommuner som er villige til å satse på forskning, og at disse må samarbeide med universitetene/helseforetakene.

#### **5.4.2 Hvilke kommuner skal egentlig drive med forskning?**

«Ikke alle. For mange kommuner er for små. Små kommuner kan ikke ha ansvar for å drive forskning. Det viktige er at det skjer på en del sånne steder, på den pasientpopulasjonen som er med i FYSIOPRIM, med den type helsehjelp som primærhelsetjenesten faktisk gir. Man må bruke det på eksemplariske steder, som må være av en viss størrelse» (FYSIOPRIM-forsker)

Når det gjelder hvem som er målgruppene for Fondets arbeid, er Fondet selv klar på at det ikke dreier seg om de små kommunene, men de store og ressursrike. Flere vi har snakket med advarer mot «enmannsforskning» på kommunenivå. Av foreslåtte løsninger for hvilke og/eller hvor mange kommuner som skal drive forskning, er det lansert en rekke forslag av våre informanter, der fellesnevneren er at de må være koblet opp mot universitetsmiljøer:

- Universitetsklinikker: som legges rundt i landet, men som er for primærhelsetjenesten, og ikke spesielt for fysioterapi (også omtalt som primærhelsetjenesteinstitutter eller satellitter).
- Universitetskommuner: som oppretter en undervisningsenhet for fysioterapi med forskertilknytning.
- Sykehusklinikker: som er samarbeid mellom helseforetak og kommuner.



En representant for en vertsinstitusjon sier at det i deres arbeid med å koble seg opp mot mulige universitetskommuner, primært handler om å få medisinerstudentene inn i praksis i primærhelsetjenesten i stedet for spesialisthelsetjenesten, men at det i ideelt sett i helseforetakenes respektive kommuner burde være en tverrfaglig arena for alle helseutdanningene.

Fondet oppfordres ellers til å se mot de allmenntedisinske forskningsenhetene (AFE), og prøve å koble seg mot disse, noe vi vet både Fondet og FYSIOPRIM har forsøkt, uten at AFENE har vist interesse for å inkludere fysioterapeuter. Her ligger det imidlertid et håp om at dataverktøyet som utvikles i prosjekt D kan åpne for et visst samarbeid etter hvert, fordi «fysioterapien» vil ha eierskap til et detaljert datasett om pasienter som vil være nyttig i all type forskning om eksempelvis muskel- og skjelettlidelser.

#### **5.4.3 Er modellene som prøves ut i FYSIOPRIM bærekraftige?**

Modellutprøving er blitt et både viktig og stort arbeid i FYSIOPRIM, dels også et krevende arbeid:

*«Dette er en ny måte å organisere prosjekter på. Har krevd mer organisering og tatt mer tid enn vi hadde forutsatt. Men i forhold til Fondets overordnede mål er dette noe av det viktigste vi gjør. Dette slår tyngre inn enn det meste annet» (FYSIOPRIM-forsker).*

Erfaringene i Oslo og Trondheim med hensyn til muligheter for samarbeid med kommunene om iverksetting av modellforsøk synes å ha vært ganske forskjellige. I Trondheim har NTNU et svært vellykket samarbeid med kommunen, der det har vært forholdsvis enkelt å 'selge' modellene inn til kommunen sammenlignet med hva tilfellet har vært i Oslo, der en slik inngang til kommunen ikke vært til stede slik vi ser det (organiseringen av fysioterapitjenesten i Oslo er nok også mer kompleks, med deler av tjenesten delegert til bydelsnivå). UiO har heller ingen doble stillinger mot kommunen, slik man har fått til i Trondheim. Derfor har UiO søkt å koble FYSIOPRIM til prosessene knyttet til Samhandlingsarena Aker, der det gjøres forsøk på å bygge forskning og klinikk i Oslo kommune, for slik å komme i inngrep med kommunen, men dette har foreløpig ikke resultert i noe. Flere informanter mener mulighetene for samarbeid er enklere i Trondheim enn i Oslo:

*«Trondheim er ikke like stort, og har muligens kommet lengre med samhandlingstankegangen. Kommunen har en veldig velvillig leder for fysioterapitjenesten, og kommuneoverlegen er i bistilling på NTNU». (FYSIOPRIM-forsker)*

Modellene som prøves ut i FYSIOPRIM har en «generalitet» i seg, dvs. de kan i prinsippet videreføres utenfor FYSIOPRIM-programmet, fordi det handler om måter å koble forskere fra UoH-sektoren med klinikere i primærhelsetjenesten. En videreføring av modellene som prøves ut, fordrer imidlertid at fysioterapeuter i praksisfeltet, og særlig i kommunal sektor, får mulighet til frikjøp for å delta i forskningsprosjekter, og at det gis aksept for at forskningsarbeid er en legitim del av de kommunalt ansatte fysioterapeutenes oppgaver. Dette har man fått til i FYSIOPRIM, men disse konstellasjonene er midlertidige og fremforhandlet for de pågående prosjektene spesifikt. Det ligger ikke noe grunnlag her for å utvikle permanente forskningsstillinger så vidt vi kan forstå det. Dette henger naturlig nok sammen med insentivstrukturen i sektoren:

*«Det er ikke realistisk å skape forskning i primærhelsetjenesten når det ikke er strukturer for å drive forskning der. Vi kan kanskje skapes grobunn. Først og fremst økonomisk. Ildsjel-preg kanskje. For krevende for dem å drive klinisk forskning. Et erkjent problem ikke bare innen fysioterapi. Sliter med rekruttering til de allmenntedisinske sentrene også. Neste utopisk å tro at dette skal gå. Krever møteplasser/tid som er veldig lite forenlig med stykkprissystemet som de fleste jobber innenfor». (FYSIOPRIM-forsker)*

Modellene anses imidlertid som viktige fordi de kan legge et grunnlag som det kan bygges på videre. For det første har FYSIOPRIM bidratt til å styre interessen til flere universitetsforskere mot primærhelsetjenesten. For det andre har universitetene nå utviklet nettverk der. For det tredje er det håp om at FYSIOPRIM når programmet avsluttes, kan sende signaler inn mot resten av universitetsmiljøet og Norges forskningsråd, om at det går an å gjennomføre forskningsprosjekter også i denne sektoren, og dermed styrke muligheten for denne typen forskning til å generere flere

prosjektmidler. Alt dette indikerer at et visst fundament er lagt med tanke på videre forskning der primærhelsetjenesten deltar.

Modellene som prøves ut i FYSIOPRIM vurderes som hensiktsmessige, men ikke som bærekraftige med mindre Fondet fortsetter finansieringen av lignende forsøk også etter 2015. Vi mener det bør gjennomføres en grundig evaluering av modellforsøkene i forbindelse med sluttevalueringen av FYSIOPRIM. Det er viktig å få dokumentert overfor kommuner/KS at det er verdifullt at klinikere bruker tid på forskning, og at det finnes modeller for å få til godt forskningssamarbeid mellom primærhelsetjenesten og universiteter.

Et annet viktig poeng relatert til modellutprøvingene, er behovet for en bredere markedsføring av FYSIOPRIM, og i særdeleshet modellene som testes. Selv om programmet er stort er det forholdsvis lite kjent mener flere av forskerne i FYSIOPRIM, hvilket er litt overraskende («alt med 32 millioner kroner er egentlig en sensasjon»). Prosjektleder for FYSIOPRIM forteller at det jobbes med en publiserings-/formidlingsplan. I referansegruppen for FYSIOPRIM har det også vært fokusert på markedsføringen av programmet, herunder diskusjoner rundt viktigheten av å få media til å skrive om programmet, og at deltakerne er like bevisst på dette som hvilke fagtidsskrifter man vil publisere forskningsartikler i. Her ser vi igjen et eksempel på «ildsjel-preget» vi omtalte tidligere, nemlig de store ambisjonene om formidlingsarbeid, til en viss grad på bekostning av internasjonal og/eller poenggivende publisering.

Referansegruppen har også poengtert viktigheten av å få frem gode måter å fremstille modellutprøvingen i FYSIOPRIM på, og å selge dem videre til beslutningstagere og myndigheter – hvilket krever en gjennomtenkt kommunikasjonsstrategi:

*«Jeg tror ikke rene forskningsprosjekter har noen betydning for videre finansiering. Det er kommunen som eventuelt skal finansiere i fremtiden. Innenfor disse to årene har Trondheim kommune brukt 1,2 millioner til frikjøp. Hvis vi kan dokumentere evidens, så må kommunen vurdere etter to år at dette var så positivt at dette vil vi gjøre videre». (FYSIOPRIM-forsker)*

Vi vet at det har vært flere oppslag om FYSIOPRIM i enkelte lokalaviser (ofte etter initiativ fra kliniske koordinatorene), og det har vært omtalt i Fysioterapeuten. Men det er god grunn til å si at dette ikke treffer bredt nok ut. Dessuten har vi fått høre at det profileringsarbeidet som så langt er gjort, har vist frem mer avgrensede sider ved FYSIOPRIM, der enkeltstudier og ikke programmets helhet trer frem:

*«På et vis forstås vi som mye mer avgrenset enn det vi er. Kanskje fordi prosjekt A (Fysisk form) har kommet så langt og er det mest profilerte. Da ser det ut som vi har brukt 32 millioner kroner på noe som er veldig lite». (FYSIOPRIM-forsker)*

Det er derfor viktig at profileringsarbeidet tar utgangspunkt i at FYSIOPRIM er et stort og forholdsvis unikt prosjekt, med flere originale løsninger på hvordan man kan få en (stor) sektor uten FoU-tradisjoner til å involvere seg i forskning.

## **5.5 Resultater av FYSIOPRIM**

De mest åpenbare resultater fra et forskningsprogram som FYSIOPRIM er vitenskapelige publikasjoner, men dette er det alt for tidlig å vurdere omfanget av, nå midtveis i prosjektperioden. Utover dette er det imidlertid en rekke prosessuelle forhold knyttet til FYSIOPRIM som kan betraktes som resultater fra programmet.

Innenfor rammen av FYSIOPRIM er det ikke mulig å iverksette nye prosjekter, men Fondet har vurdert det som ønskelig at FYSIOPRIM – både programmet og delprosjektene søker kontakt med og oppretter tilknytning til andre forskere/miljøer/prosjekter, dersom det er sammenfallende interesser, såkalt knoppskyting. Per i dag er FYSIOPRIM koblet opp mot CHARM (1), en følgestudie om kunnskapstranslasjon (2) og et prosjekt om samhandlende team i primærhelsetjenesten (3).

CHARM (1) er et forskningsprogram om habilitering og rehabilitering (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models and Services). I FYSIOPRIM har man deltatt i utviklingen i ett av delprosjektene i CHARM og vurdert å samkjøre måter data innsamles på med CHARM. Videre har det blitt arbeidet med å utvikle prosjekter for å studere målsettingsprosesser i CHARM. Enkelte av disse er koblet inn mot FYSIOPRIM.

Ett forsøk på å supplere FYSIOPRIM økonomisk med en ny studie, fant sted i 2011, da det etter drøftinger om evaluering i referansegruppen og mellom UiO og Fondet ble tatt initiativ til en følgestudie om kunnskapstranslasjon (2): «Kunnskapsmøter mellom forskning og klinikk», for å kunne utforske faktorer som har betydning for kunnskapsutvekslingen mellom forskere og klinikere som deltar i FYSIOPRIM. Fondet skriver i årsberetningen for 2011 at de «vurderer å gå inn i en samfinansiering av studien og vil, etter ekstern fagfelleevaluering, avgjøre saken i 2012». UiO søkte (25.10.11) om en medfinansiering på 900.000 kroner fra Fondet med følgende begrunnelse: «Prosjektet skal knyttes til forskningsprogrammet FYSIOPRIM i den hensikt å utforske faktorer som har betydning for kunnskapsutvekslingen mellom forskere og klinikere som deltar i samarbeidet», men Fondet avsto søknaden. I FYSIOPRIMS framdriftsrapport for første halvår 2012, refereres det imidlertid til at UiO har bevilget midler til en stipendiat som skal studere kunnskapsutvekslingen slik den foregår i møtene mellom forskere og klinikere i FYSIOPRIM. Studien legges imidlertid opp uten å ta hensyn til å se på den som et ledd i evalueringen av FYSIOPRIM. Men sannsynligvis vil det her komme viktige bidrag i forhold til å forstå hvordan klinikere og forskere samhandler, og hvordan kunnskap fra de ulike deltakerne benyttes i forskningen.

Prosjektet om samhandlende team i primærhelsetjenesten (3) i Trondheim og Stjørdal kommune har som formål å undersøke om bruk av et samhandlende team i primærhelsetjenesten, sammenlignet med nåværende praksis, vil gi redusert sykefravær og færre søknader inn til spesialisthelsetjenesten, samt private rehabiliteringsforetak. Prosjektet er finansiert av samarbeidsorganet, og utgår fra Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Prosjektet har henvendt seg til FYSIOPRIM vedrørende bruk av måleinstrumenter.

Det er dessuten to andre prosjekter som bruker materiale fra FYSIOPRIM. For det første, EBBA-II studien som er en stor studie om brystkreft. En substudie omhandlende fysioterapi for disse pasientene i primærhelsetjenesten, bruker måleinstrumenter fra prosjekt A i FYSIOPRIM. For det andre, Exercise is medicine som er et program initiert av American College of Sports Medicine (ACSM). Det er et verdensomspennende program som har som mål å øke allmennlegers kunnskap om fysisk aktivitet. I Norge er man nå i gang med å utvikle et kurs for allmennleger. Prosjekt A i FYSIOPRIM skal presenteres på dette kurset. «Prøvekurs» er startet opp i to kommuner.

Ellers så har flere masterstudenter blitt tilknyttet delprosjekter i FYSIOPRIM, derav enkelte som ikke nødvendigvis er en del av FYSIOPRIM, men som er muliggjort på grunn av data som FYSIOPRIM har generert. Det har også vært søkt på prosjekter som i en eller annen forstand er relatert til FYSIOPRIM prosjektene, og Fondet har gitt tilsagn til ett prosjekt. Prosjektleder for FYSIOPRIM tror dette er noe vi kommer til å se mer av fremover.

Med hensyn til å utløse ekstern finansiering, og i arbeidet med å sikre offentlig finansiering, mener flere informanter at det er utrettet lite gjennom FYSIOPRIM på dette feltet. De samme informantene trekker fram arbeidet med modellutvikling og metoder for standardisering og dokumentasjon som de viktigste resultatene av FYSIOPRIM så langt.

### **5.5.1 Bidrag til standardisering og verktøy for dokumentasjon**

FYSIOPRIM kan vise seg å få stor betydning for mulighetene for å drive forskning i (og på) primærhelsetjenesten i fremtiden, fordi det i prosjektene genereres data, som muliggjør forskningsprosjekter som det kan søkes om fremtidige forskningsmidler for å gjennomføre. Med andre ord: FYSIOPRIM kan bidra til å skape en større plattform for forskning i henhold til eget fagfelt og egen praksis. I særdeleshet trekkes D-prosjektet frem – også av HODs representanter, som et viktig register

for å gi datagrunnlag for ulike typer forskningsprosjekter. HODs representanter vurderer også at D-prosjektet kan være relevant for utvikling av kvalitetsregistre innenfor ulike sykdomsgrupper der man ønsker å forske på effekt og resultater (kvalitet) av behandling:

*«Prosjekt D kan bli viktig for å utvikle kvalitetsregistre/kvalitetsindikatorer – også innen fysioterapi. Min vurdering er at prosjekt D er det viktigste mht. å danne grunnlag for å få forskningen spredt ut. Kvalitetsregistre er viktig for blant annet forskningen, fordi registre er dimensjonert for å påvise effekter av tiltak. Generelt for alle forskningsprosjekter som ser på effekt av behandling, er at disse også inneholder en kost-nytte vurdering av tiltak. Gitt at det blir veldig tydelige og klare resultater på effekt eller kost-nytte, kan man bruke dette som et eksempel på hvordan forskning faktisk kan påvirke fagutvikling og behandlingstilbud» (HOD)*

FYSIOPRIM vurderes som et godt virkemiddel for å bidra til å styrke kunnskapsutviklingen og utvikle fysioterapeuters tjenestetilbud innen feltet. FYSIOPRIM bidrar med både 1) konkret dokumentasjon på effekt av behandling, 2) metodeutvikling som kan bidra til standardisering av behandling, og 3) generering av verktøy som kan brukes for videre forskning med formål å studere nytte av behandling:

*«FYSIOPRIM gir mer kvalitetssikring av praksis. Strukturerte opplegg å støtte seg på. Mer forutsigbare pasientforløp». (Kliniker)*

*«Standardiseringen som ligger inne i FYSIOPRIM er viktig som basis for å utvikle fysioterapifaget». (Vertsinstitusjon)*

*«Vi kan få bredere bevis for hva som påvirker muskel/skjelett. Vi blir mer bevisst hva som er nyttig å kartlegge». (Kliniker)*

*«Vi skal enes om systematiske testprosedyrer til registrering og dokumentering slik at vi får en statistikk på pasienters sykdomsforløp; forskningsbaserte behandlingsmetoder. FYSIOPRIM gir bedre pasientbehandling; vi kartlegger pasienten bedre før behandling- har større bevissthet under behandling – både hos terapeut og pasient- slik at vi kan evaluere hvordan det går - det er behov for tydeligere mål i fysikalsk behandling. Faget har tidligere kimset mye i forhold til hva som skal være mål». (Kliniker)*

*«Vi har ikke samlet inn data for dataenes skyld, men for å etablere en ny type struktur for en litt endret praksis. De siste to årene må vi bruke til å sørge for at dette blir implementert, og virkelig jobbet med i kommunene, og det er en morsom del, selv om det er vanskelig». (FYSIOPRIM-forsker)*

Etableringen av en databasestruktur som knytter metodikk, behandling og oppfølging sammen og som gjøres tilgjengelig for praksisfeltet, vurderes av flere (inkludert HODs representanter) som det viktigste resultatet av FYSIOPRIM, og som et godt fundament for videre forskning. HODs representanter vurderer det derfor som viktig at arbeidet med D-prosjektet videreføres. Det er også særlig D-prosjektet som HOD anser nyttig i forhold til å utvikle forskning som kan danne grunnlag for kunnskapsoppsummering og Helsedirektoratets utvikling av faglige retningslinjer. HOD ønsker mer kost-nytte studier knyttet til behandlingseffekt, da dette alltid må vurderes når nye tiltak foreslås og/eller implementeres.

Noen av verktøyene i FYSIOPRIM er forøvrig allerede spredd til bruk i primærhelsetjenesten. A-prosjektets instrumenter for måling av fysisk form, er allerede etterspurt fra kommuner som ønsker å ta det i bruk:

*«Kommunene har nok hørt om oss gjennom Fysioterapeuten. I kommunene tenker de mer og mer standardisering, på det å kunne måle om noe virker, og om kommunen skal satse på det. Kommunene ønsker nok å få bukt med gjengangerproblematikken». (FYSIOPRIM-forsker)*

## **5.6 Er det for profesjonsorientert?**

FYSIOPRIM er realisert med et ønske om å løfte fysioterapiforskning, og å skape fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten. Fondets strategiske arbeid med å bruke fysioterapiforskning som middel for å iverksette forskning i primærhelsetjenesten i bredere forstand, møter en del innvendinger da formålet med Fondets initiativ oppfattes som svært profesjonsorientert blant flere av våre informanter, som

mener fysioterapiforskning i seg selv ikke er et salgbart argument for offentlig finansiering av forskning i primærhelsetjenesten; forskningen må være tverrfaglig, jfr. de behov som skildres i samhandlingsreformen, og som HOD vektlegger i sine forskningsstrategier. Dette er Fondet innforstått med, men utad er det skapt et inntrykk av at Fondet eksempelvis arbeider for å opprette egne forskningsenheter for fysioterapi.

Våre informanter påpeker at dersom Fondet skal lykkes med å få offentlig finansiering av fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten, må problemstillingene settes inn i en videre kontekst, der det ikke nytter å bare ha fokus på fysioterapi, men forskningens rolle og plass i primærhelsetjenesten må tas opp i sin fulle bredde. Det innebærer at det må etableres felles arenaer hvor alle fagmiljøer deltar i samspill med helsemyndighetene for å arbeide frem en felles forskningsplattform. Her må således fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, helsestasjoner, pleie- og omsorgstjenesten og allmennlegene delta. For at «profesjonsinntrykket» skal modereres, mener vi det vil være i Fondets interesse å finansiere prosjekter som i større grad involverer andre helsefaggrupper enn hva tilfellet er gjennom FYSIOPRIM. Dette vil kunne bidra til å sette primærhelsetjenesten på dagsorden på en helt annen måte enn et snevert fokus på fysioterapi vil kunne gjøre. I den sammenheng vil myndighetene få en direkte kopling til hovedtanken bak samhandlingsreformen.

Det er også godt mulig at satsing på tverrfaglige miljøer ville kunne virke stimulerende på den kommunale sektor som skal bære hovedtyngden av arbeidet med primærhelsetjenesten, til også å ville engasjere seg, jfr. det arbeidet som er gjort i for eksempel Stavanger og Trondheim. Det finnes flere muligheter for hvordan en slik tanke kan settes ut i livet. En mulighet er å etablere et institutt for primærhelsetjeneste som favnet hele spekteret av profesjon og problemstillinger. Men kan dette finansieres av det offentlige? HODs representanter mener at de finansielle mulighetene allerede er til stede for at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten kan søke forskningsmidler enten gjennom programporteføljen i Norges forskningsråd eller gjennom midler i de regionale helseforetakene, sistnevnte i samarbeid med et helseforetak.

De fleste av informantene har imidlertid stor forståelse for Fondets tilsynelatende ikke bidrar til finansiering av tverrfaglige forskningsprosjekter. For det første, fordi det er unaturlig at et Fond for en spesifikk profesjon skal finansiere andre profesjoners forskning, men også fordi fysioterapifaget har behov for forskning om egne metoder, som bidrag til standardisering og dokumentasjon av behandlingstiltak:

*«Det burde vært mer tverrfaglig, men ikke nå. De må standardisere sine metoder, legge til rette for at det går an å drive fysioterapiforskning. Må drive litt navlebeskuende de første årene, men hensikten på lang sikt er å hjelpe pasientene. Men det kan man ikke gjøre nå når fysioterapeut A, B og C gjør helt forskjellige ting, så vet man ikke om det er fysioterapeuten eller behandlingen som hjelper». (Vertsinstitusjon)*

Men forståelsen for dette til tross; signalene fra representanter for både helsemyndigheter, vertsinstitusjoner og også fra forskere i FYSIOPRIM for øvrig er at FYSIOPRIM er for profesjonsorientert, og at mer tverrfaglighet hadde vært ønskelig:

*«FYSIOPRIM har et veldig fysioterapipreg. Vår forskning skal helst være tverrfaglig. Ønsker å ha våre ansatte integrert i forskning, hvor det er problemstillingen som er viktig, ikke forskernes bakgrunn». (Vertsinstitusjon)*

*«Vi er veldig kritiske til å knytte forskningsfinansiering direkte til yrkesgrupper fordi dette blant annet kan være et hinder for tverrfaglig samarbeid. For å tydeliggjøre dette, har vi eksempelvis gått bort fra begrepet medisinsk og helsefaglig forskning – og benytter i stedet begrepet helseforskning for å synliggjøre at vi snakker om en helhet. Det er behov for tverrfaglig forskning om de store lidelsene, og der er fysioterapi en av mange viktige profesjoner». (HOD)*

*«Stipendiaten vi sleit med å få tak i til prosjektet måtte være fysioterapeut, slik Fondet har presisert prosjektet/forutsetningene for at vi fikk det. Hvis ikke, kunne vi fått tak i en annen. I et annet prosjekt har vi med andre faggrupper. Jeg er veldig lite opptatt av om folk er fysioterapeuter, men at det er fysioterapirelatert». (FYSIOPRIM-forsker)*

En klar anbefaling fra vertsinstitusjoner og HOD, er at Fondet må jobbe for å innfase fysioterapi i tverrfaglige strukturer, i stedet for å fokusere på fysioterapi i seg selv. I forbindelse med en slik prosess, får Fondet en del kritikk for å ha hatt for lite tenkning om sin rolle som forskningspolitisk aktør, og i for liten grad vært opptatt av de forskningspolitiske sidene av sin egen strategi. Fondet vurderes som et Forskningsrådsprogram, med vekt på søknadsbehandling og prosjektoppfølgning, og med statutter som legger klare begrensninger på hvilke prosjekter som kan få støtte. Dette er ikke spesielt kompatibelt med de krav til tverrfaglighet som andre aktører vurderer som essensielt for forskning i primærhelsetjenesten. Derfor bør Fondet vurdere å i større grad åpne for/orientere sin tildelingspraksis mot prosjekter som involverer andre yrkesgrupper enn fysioterapeuter, så fremt prosjektene kan vurderes som ledd i et strategisk løp for å få fysioterapeuter til å drive forskning. Dette er tanker som flere informanter deler med oss, og godt illustrert gjennom følgende uttalelse:

*«Vi har ca. 430 kommuner og mange tusen fysioterapeuter med og uten kommunale avtaler som utgjør en viktig del av primærhelsetjenesten. Mange av disse har problemstillinger de ønsker å få belyst, men de har ingen steder å gå. FYSIOPRIM er et slikt sted hvor ulike samarbeidsmodeller utprøves. Det blir viktig å få etablert et "institutt" som kan ha en slik funksjon etter programmet utløp. Jeg har liten tro på at fysioterapeutene vil lykkes i dette ved at de går på egenhånd. Man må se primærhelsetjenesten under ett. Man må således få opprettet et "institutt" som omfavner alle de profesjoner som inngår i primærhelsetjenesten, å gå alene er dødfødt. Veien frem er således å etablere en samhandlingsarena hvor alle parter deltar med målsetting å etablere et forskningssenter som favner hele primærhelsetjenesten». (Forbundet)*

I markedsføringen av FYSIOPRIM og modellutprøvingen anbefaler også flere at resultatene formidles i en bred forstand, eksempel som viktigheten av fysioterapi i samhandlende team, tverrfaglige behandlingssløp:

*«Hvordan selge FYSIOPRIM? Det som er viktig er mye mer forskning i primær- og kommunehelsetjenesten. Da trenger vi forskning med ulike perspektiv. Lettere å selge integrerte problemstillinger». (Vertsinstitusjon)*

*«Ville kanskje profilert det litt på at fysioterapeuter er en viktig gruppe i kommunehelsetjenesten, både i forhold til helsetjenestene de leverer og som samarbeidspartnere for andre. Man bør selge det inn som noe som ikke bare handler om fysioterapi, men å få til en bedre kommunehelsetjeneste som sådan». (FYSIOPRIM-forsker)*

## **5.7 Det mangler en strategi for å følge opp FYSIOPRIM**

Med utgangspunkt i våre intervjuer fremkommer det at daværende Fondsstyre primært var opptatt av å få satsingen opp å stå slik at oppmerksomheten var rettet mot å gi strategien et innhold gjennom å etablere FYSIOPRIM som et operativt forskningsprogram. Så godt som ingen oppmerksomhet ble rettet mot arbeidet med å sikre en fremtidig offentlig finansiering av fysioterapiforskning innen primærhelsetjenesten. Fondet får kritikk for at de har latt ønsket om «offentlig finansiering» av forskning i primærhelsetjenesten bli stående uten en aktiv handlingsplan, kanskje ut fra en naiv forestilling om at FYSIOPRIM skal gjøre salgsjobben?

*«En stor svakhet med strategiplanen er at den ikke går nærmere inn på verken omfanget av finansieringen eller hvem som skal finansiere dette. Her kan det tenkes ulike modeller, men mest nærliggende er det at HOD må ta et overordnet ansvar. Men først og fremst må Fondet og Forbundet ta et ansvar for dette for å sette i gang en prosess med myndigheten, og å få de andre profesjonene om bord». (Fondsrepresentant)*

Fondet har heller ikke definert hva som ligger i begrepet «offentlig finansiering». Hvis man her tenker forskningsprogrammer rettet mot primærhelsetjenesten, som fysioterapeuter kan søke på, er HOD og Norges forskningsråd adressater. Dersom det siktes til avtalefestet forskningstid for fysioterapeuter innenfor takstsystemet, så er det Forbundet og KS som er adressater. Dersom man ser for seg oppretting av universitetsklinikker/kommuner, så er universitetene og enkeltkommuner adressater.

En viktig problemstilling for Fondet er hvordan man skal gå videre når verden består av mange små kommuner og faget er dominert av privat praksis. Man må trekke store vekslere på den kompetanse som finnes ved universitetene. Det er stort sett de eneste miljøene som har den nødvendige

forskningskompetansen. Det er derfor viktig at de erfaringer som nå gjøres med ulike modeller for samvirke mellom forskningsmiljøer og praksisfeltet, fanges opp og avrapporteres i prosjektene.

Fondet har signalisert at de ønsker at arbeidet i FYSIOPRIM videreføres med offentlig finansiering, men dette er av flere grunner problematisk:

- Flere av våre informanter forteller oss at fysioterapeutene betraktes som en ressurssterk gruppe (i kraft av å ha et stort fond), og at det derfor er et spørsmål hvorfor det offentlige da skal gi penger. Den andre pengesterke gruppen, legene, vurderes også som underfinansiert i sektoren til tross for at de har de fire sentrene knyttet til universitetene. Dette er interessant, og Fondet bør vurdere en justering av sin strategi, slik at det kommer tydeligere frem at det er primærhelsetjenesten som helhet som er Fondets fokus (selv om Fondet ikke har handlingsrom for å finansiere tverrfaglig forskning, jfr. Folketrygdloven).
- Universitetene forsøker å bygge opp stillinger mot primærhelsetjenesten, men prioriterer stillinger for medisinerer, som er deres primær oppgave, og praksisplasser for medisinerstudenter.
- Mange av våre informanter mener at kommunene må ta et større ansvar for å delta i forskning, eller at det burde ligge et større ansvar på kommunen mht. å finansiere forskning – men lovverket gir lite forpliktende føringer, og HOD har dessuten presisert at kommunene ikke selv skal finansiere forskning.

Det mest realistiske etter vårt skjønn er at forskning for fysioterapi i primærhelsetjenesten må komme frem gjennom bilaterale forhandlinger mellom kommuner/universiteter/klinikker i forbindelse med enkeltprosjekter, der man tar i bruk modeller for samarbeid, lignende dem som nå prøves ut i FYSIOPRIM.

Fra vårt intervju med HODs representanter, er det lite som tyder på at HOD er rett adressat for Fondets ønske om offentlig finansiering, slik det har vært foreslått i Fondets strategidokument:

*«I henhold til medvirkningsansvaret skal kommunene tilgjengeliggjøre data for forskningsinstitusjonene, og spille inn viktige forskningsbehov m.v. fra kommunens ståsted. Det er selvsagt ønskelig at flere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten driver med forskning, men i forhold til lovreguleringen så er det ikke pålagt». (HOD)*

Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) representanter pekte på at de i dag har lagt til rette for finansiering av fysioterapiforskning gjennom eksisterende ordninger. Departementet viser til at:

- Det er allerede bygget opp programmer i Norges forskningsråd som dekker forskning i primærhelsetjenesten. Det finnes også midler i de regionale helseforetak skal gå til samhandlingsforskning.
- Fysioterapeuter forsker faktisk en del, uavhengig av FYSIOPRIM, og den type avlønning som klinikerne i dag gis gjennom FYSIOPRIM kan legges inn som tilleggskostnad i søknader om prosjektmidler til ulike forskningsfinansiører i ethvert prosjekt der for eksempel UoH-sektoren skal samarbeide med klinikker i primærhelsetjenesten.
- HOD kan ikke pålegge kommunene eller UoH-sektoren å samarbeide, til forskjell fra de regionale helseforetakene som er innenfor departementets styringsstruktur. Gjennom samarbeidsavtalene mellom de regionale helseforetakene og kommunene er det lagt til rette for samarbeid om forskning.

HODs representanter vurderer eventuelle problemer med å muliggjøre fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten til ikke å være relatert til tilgang på finansiering, men til manglende kultur og erfaring med å utvikle gode problemstillinger og å skrive gode prosjektsøknader. Det er dessuten kommunene selv som må ta ansvar for å koble seg opp mot universitetsmiljøer som kan lede

forskningsprosjektene – HOD kan ikke pålegge noen å samarbeide om dette. HOD viser til eksempler med fagområder der forskning har vært ikke-eksisterende, men der man med forholdsvis beskjedne såkornmidler har fått et reelt løft, og mener fysioterapeutene må følge samme vei:

*«Se på tannleger og kiropraktorer. Der var forskning inntil nylig ikke-eksisterende. Kiropraktorene har på eget initiativ fått i stand et forskningskurs i samarbeid med Universitetet i Stavanger. HOD har i statsbudsjettet for 2012 og 2013 bevilget én million kroner i støtte til infrastruktur på forskning, og nå er det aktivitet. Det begynner i det små. Det handler om å lære seg å skrive gode søknader, få gode prosjektideer. Dette må fysioterapeutene lære seg».*

## 5.8 Leverer FYSIOPRIM det programmet har lovet?

Som vi har poengtert før, er denne rapporten ikke en evaluering av FYSIOPRIM, og vi har helt sett bort fra den vitenskapelige kvaliteten på den forskningen som utføres gjennom FYSIOPRIM. Vi mener imidlertid at den bredt sammensatte prosjektporteføljen i FYSIOPRIM bidrar på hver sine områder med hensyn til en del av (de ganske så ambisiøse) suksesskriteriene som ble satt for FYSIOPRIM. Flere av disse er det for øvrig for tidlig å si noe om midtveis i prosjektperioden, som eksempelvis programmets bidrag for å bedre helsen til brukerne i primærhelsetjenesten, og programmets mulighet til å få kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser og neurologisk sykdom – sistnevnte dels fordi det er få av delprosjektene i FYSIOPRIM som innbefatter helseøkonomiske vurderinger, og dels fordi disse vurderingene enda ikke er gjort i de prosjektene der dette skal gjøres. Da vi ikke har sett på det vitenskapelige innholdet i prosjektene, kan vi heller ikke vurdere hvorvidt FYSIOPRIM stimulerer til forskning som resulterer i gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling (translasjonsperspektivet). Dette er et naturlig tema for sluttevalueringen av FYSIOPRIM.

Vi mener imidlertid at arbeidet med modellutprøvingen i FYSIOPRIM har vært usedvanlig omfattende, og at dette kan være et viktig bidrag for å legge grunnlag for «langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten»; samtidig som det her er viktig å bokstavelig talt understreke uttrykket «legge grunnlag». Modellene som prøves ut i FYSIOPRIM har kort levetid, og vil falle bort når FYSIOPRIM avsluttes. Det kan ikke være FYSIOPRIMs ansvar å sørge for at dette ikke skjer. FYSIOPRIM kan kun fungere som eksempel på hvordan dette kan gjøres i praksis, og det må en videre satsing til fra Fondet sin side for å videreføre modellforsøkene. Målsetningen må være at modellene på sikt kan gå fra å være forsøk til å bli rene faktiske modeller for forskningssamarbeid.

FYSIOPRIM-prosjektene kan grovt sett deles i to grupper: de som studerer effekt av behandling, og de som bidrar til utvikling av verktøy som kan anvendes både i pasientbehandling og i forskningsøyemed. Sammen er de med å styrke kunnskapsgrunnlaget for god faglig og administrativ kvalitet på fysioterapitjenesten i primærhelsetjenesten, og fungerer som bidrag til å skaffe et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter. Å dokumentere effekt av behandling og å utvikle verktøy for registrering og standardisering av klinisk praksis er utvilsomt med på styrke grunnlaget for bedre pasientforløp.

Dersom vi legger godviljen til, kan vi også si at FYSIOPRIM *kan* bidra til å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten. Argumentet for dette er at enkelte av verktøyene som utvikles i FYSIOPRIM også kan tas i bruk i spesialisthelsetjenesten, og at bidrag som prosjekt D vil gi et fundament for bedre informasjons- og kunnskapsutveksling mellom ulike aktører i helsetjenesten (allmennleger og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten). Like fullt heller vi mer mot å betrakte FYSIOPRIM som et samarbeidsprosjekt mellom universitet og kommunehelsetjenesten, og der det ikke inngår særlig samarbeid med andre aktører. Det er også vårt inntrykk at klinikerne ikke deltar fullt ut i forskningsprosessen; de er viktige dialogpartnere, og avgjørende for at forskningsprosjektene blir gjennomført, men er ikke involvert i slutfasen av delstudiene (analyse og artikkelsskriving). Det arrangeres samlinger for kliniske koordinatorene og FYSIOPRIM-forskere, men det



er så vidt vi skjønner ikke noe samarbeid mellom de ulike instituttene som deltar, slik at samhandlingen mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten styrkes. All den tid FYSIOPRIM handler om at universitetsforskere skal drive forskning i primærhelsetjenesten i samarbeid med klinikere, mener vi det er et urealistisk, og kanskje heller ikke særlig relevant suksesskriterium at samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal styrkes i denne sammenhengen – et annet suksesskriterium for FYSIOPRIM. Ei heller samarbeidet mellom aktørene i primærhelsetjenesten, for i likhet med hva alle våre informanter mener, er det avgjørende for å etablere forskning i denne sektoren at klinikerne gis mulighet til å jobbe opp mot et sterkt faglig miljø ved en akademisk institusjon; ikke at de videreutvikler samarbeidet sitt med andre aktører fra egen sektor som heller ikke har forskningserfaring. Men enkelte av verktøyene som utvikles gjennom FYSIOPRIM kan på sikt tas i bruk av flere aktører, og sånn sett bidra til mer samhandling på tvers av aktører og sektorer. Således mener vi samlet sett at FYSIOPRIM midtveis i prosjektperioden følger oppsatt plan, og leverer resultater på de kriteriene der programmet nå i dag har mulighet for å kunne gjøre det.

## 6 Måloppnåelse for Fondets strategi

Fondet har bedt NIFU om å gjennomføre en midtveisevaluering av Fondets strategi, med vekt på FYSIOPRIM som det tyngste tiltaket innenfor strategien. I mandatet for NIFUs evaluering, var Fondet opptatt av at følgende spørsmål skal besvares:

- Bidrar satsningen til økt offentlig finansiering av forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten?
- Bidrar satsningen til utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud i primærhelsetjenesten?
- Bidrar satsningen til å legge grunnlag for langsiktig forskning med faste stillinger?
- Bidrar FYSIOPRIM til å utvikle en hensiktsmessig modell for forskning innen fysioterapi?

Med satsningen forstår vi her både FYSIOPRIM og den tildelingspraksisen som Fondets strategi ellers legger opp til, der søknader med relevans for primærhelsetjenesten blir prioritert. Fondet yter en betydelig miljøstøtte til universitetene i form av finansiering av doktorgrads- og postdoktorstillinger der disse stillingene nå er koblet opp mot forskningsprosjekter med primærhelsetjenesten som tema.

Foruten dette har Fondet ulike stipendkategorier for forskningsprosjekter, arbeid med prosjektbeskrivelser og til formidling, der det igjen er prosjekter innen primærhelsetjenesten som blir prioritert. Det store flertallet av disse prosjektene utgår fra helseforetakene, og i mange av prosjektene er klinikere i primærhelsetjenesten deltakere i en form som ligner på grunntanken i FYSIOPRIM. Det vil si at studiene baserer seg på en pasientpopulasjon fra primærhelsetjenesten, og der klinikere bistår i oppfølging av pasientene. Andre prosjekter er forankret i primærhelsetjenesten i den forstand at data samles inn der (eksempelvis gjennom spørreskjemaer ved helsestasjoner, eller ved at pasienter med kneproblemer er rekruttert fra allmennlegekontor). I noen av prosjektene som inngår i Fondets miljøstøtte er det også satt av midler til at klinikere kan delta, jfr. FYSIOPRIM.

Alt dette er naturlig nok med å underbygge ønsket om å fremme forskning i primærhelsetjenesten, men tiltakene gjennom de etablerte stipendkategoriene skiller seg vesentlig fra arbeidet i FYSIOPRIM ved at prosjektene er mange, spredd utover landet, mer kortvarige, og der det ikke er en felles overbygning mellom dem eller et formalisert samarbeid med primærhelsetjenesten på samme nivå som hva FYSIOPRIM opererer med.

Vi mener denne spissingen av satsingen har vært fornuftig. Det er en satsing som kommer på siden av alle andre tildelingskategorier som Fondet tidligere har bedrevet. Fondet har et helhetlig sett av tildelingskategorier som treffer bra – og bredt – og som kan skisseres hierarkisk, der vi går fra lav til

høy relevans mht. hvor nært koblet tildelingene er til primærhelsetjenesten. Et slikt kontinuum gjør at Fondet nå med FYSIOPRIM har en helhetlig portefølje av tildelingskategorier:

1. LAV RELEVANS: Individuelle og institusjonelle tilskudd til høyere utdanning og til etterutdanning.
2. MIDDELS RELEVANS: Miljøstøtte som går til stillinger ved universiteter koblet mot prosjekter relatert til primærhelsetjenesten (men uten strukturelle koblinger til primærhelsetjenesten), og stipend til forskningsprosjekter m.m., som går til prosjekter koblet til primærhelsetjenesten, men i et beskjedent omfang.
3. HØY RELEVANS: Fullskalaprojektet FYSIOPRIM: stor bevilgning, nært samarbeid med klinikere, egne midler avsatt til modellforsøk.

Dagens satsing på primærhelsetjenesten kan vi kalle for fase 3 i Fondets arbeid. Fondet har tidligere med svært gode resultater bidratt til å (1) utvikle studietilbud innen fysioterapi ved universiteter og høyskoler, og i å (2) bygge opp forskningsmiljøer for fysioterapi ved samme institusjoner. Disse initiativene har hatt fellestrekk med FYSIOPRIM i den forstand at det dels handler om kunnskapsutvikling og kompetansebygging innen fysioterapi, og dels ved at Fondet har ønsket at de aktivitetene de satte i gang etter hvert skulle overtas (finansielt) av andre. Men der disse initiativene var rettet inn mot forskningstunge institusjoner, har Fondet denne gang vært ambisiøse nok til å prøve samme strategi på et felt der det knapt eksisterer tradisjoner eller strukturer for å drive forskning. Det i seg selv tilsier at satsningen denne gangen har langt svakere sjans for å lykkes – og at satsingen må kunne betegnes som desto mer ambisiøs. I likhet med våre informanter, mener vi Fondet fortjener ros for å ha tatt fatt på denne krevende oppgaven.

### **Bidrar satsningen til økt offentlig finansiering av forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten?**

Det er tre måter å definere «økt offentlig finansiering av forskning» på i denne sammenheng. Den første handler om hvorvidt FYSIOPRIM eller andre mottakere av tilskudd fra Fondet eksplisitt øremerket forskning i primærhelsetjenesten, har utløst ekstern finansiering. Dette har så vidt vi vet foreløpig ikke skjedd. Indirekte kan selvfølgelig Fondets stipend til enkeltstående forskningsprosjekter bidra til å bygge kompetanse, nettverk og CV som styrker sjansene for at søker senere kan bli tildelt midler gjennom andre offentlige utlysninger av forskningsmidler, men i hvilken grad dette har skjedd har vi ikke data om. Vi vet heller ikke hva søknadene om stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse har resultert i, men tanken om et slikt stipend er uansett svært rasjonell, da vi forutsetter at Fondet i sine tildelinger har forventning om at prosjektbeskrivelsene kan utløse støtte fra andre finansieringskilder som et vurderingskriterium. I dette ligger det innebygd en generering av annen finansiering av forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Den andre måten å definere dette på, som faktisk er innfridd, er å betrakte universitetenes bidrag i FYSIOPRIM (personell, infrastruktur, samt en medfinansiering på over ti millioner kroner) som en form for offentlig finansiering. FYSIOPRIM har dessuten utløst gaveforsterkningsmidler gjennom Norges forskningsråd, men både dette bidraget og universitetenes bidrag er å anse som en engangsutbetaling nå i forbindelse med gjennomføringen av FYSIOPRIM (selv om UiO riktignok, som det eneste av miljøene som har mottatt støtte fra Fondet, også har fått gaveforsterkning for de andre tildelingene). Den tredje måten å definere dette på, er ved å gjøre noen betraktninger rundt om det foreligger en interesse fra offentlige instanser til å skyte inn midler i senere prosjekter som viderefører de ideer og målsettinger som ligger inne i FYSIOPRIM. Dette har vi vanskelig for å se er tilfellet nå i dag.

Vi mener målsettingen om at Fondets satsing skulle resultere i økt offentlig finansiering, definert som at offentlige instanser er villige til å videreføre Fondets finansiering, har vært urealistisk, i alle fall i et kortsiktig perspektiv. Universitetsstillinger finansiert gjennom miljøstøtten, kan riktignok medføre faste ansettelser senere uten Fondets aktiviteter, men den prosjektrettede støtten til forskningsprosjekter og FYSIOPRIM må betraktes som første ledd i et langt løp, der det er Fondet som nå må legge en

forskningspolitisk plan for hvordan man skal bruke forskningsprosjektene og FYSIOPRIM som plattform og/eller argumentasjon for at offentlige finansieringskilder kan ta over mer av ansvaret for forskning i primærhelsetjenesten. Det er ingen aktører som kommer til å stå klare i 2015 for å ta over stafettspinnen: HOD avviser at de kan spille en rolle her og peker på at det i denne sammenheng er fysioterapeutenes eget ansvar, alternativt en forhandlings situasjon mellom KS og Forbundet. Kommunene selv er med få unntak lite modne for forskningsoppgaver, mens de medisinske fakultetene først og fremst føler ansvar for samarbeid med primærhelsetjenesten i tilknytning til sine studenter i grunnutdanningen, dvs. medisinerstudentene. Her trengs det en strategi til fra Fondets side, fordi FYSIOPRIM – et forskningsprogram – kan ikke drive en slik lobbyvirksomhet inn mot enkeltkommuner, KS eller universitetene.

Forskning innen helse og omsorg, spesielt knyttet til eldre og velferdsteknologi er viktige områder eksempelvis for de regionale forskningsfondene (RFF) og har som oppgave å mobilisere nye aktører til forskning, herunder kommunesektoren, og skape bedre koplinger mellom forskningsmiljøene og slike aktører. I tiden fremover kan Fondets styre ta initiativ til å utrede hvorvidt RFF; eventuelt andre program kan være aktuelle finansører.

Avhengig av hvilken offentlig aktør som eventuelt skal videreføre satsingen, må Fondet også bestemme seg for hva slags «modell» for fysioterapiforskning de ser for seg. Er det snakk om en generell rettighet for alle fysioterapeuter i primærhelsetjenesten for å drive forskning? Dette er ikke nødvendigvis en løsning som vil være veldig effektiv, for det generelle kompetansegrunnlaget med hensyn til forskning i praksisfeltet er lite utviklet, og det er ikke på plass nødvendige formalstrukturer for samarbeid med fagmiljøer ved universiteter eller i spesialisthelsetjenesten. For det andre vil ressurskravet langt overstige utbyttet både for fysioterapien som fag, for ikke å snakke om den samfunnsmessige nytten av en slik ordning. Norsk Fysioterapeutforbund og KS har nylig reforhandlet avtalen for drift av privat praksis for fysioterapeuter, der det er åpnet for at det kan gis permisjon for fysioterapeuter som driver med forskning, men dette er kun en halvferdig løsning, for det kreves uansett at klinikerne får en akademisk forankring til et større forskningsmiljø, enten ved et universitet, en høgskole, et helseforetak, eller opp mot en kommune som har vist vilje og evne til å iverksette tverrfaglige forskningsaktive enheter, som for eksempel Stavanger kommune nå legger opp til.

Dersom Fondet ser for seg at fysioterapiforskning skal være en aktivitet i slike ledende kommuner, må Fondet drive lobbyvirksomhet overfor de relevante kommunene, og moderuniversitetene deres. Dette vil sannsynligvis være en mer farbar vei i og med at den knytter sammen Fondets arbeid med å styrke fysioterapiforskningen ved universitetene/spesialisthelsetjenesten med et fokus på primærhelsetjenesten. En slik løsning virker realistisk i forhold til Fondets virksomhet gitt den ressursmengden Fondet rår over, og en slik inkrementell løsning mener vi er å foretrekke da Fondet tidligere har vist at deres satsninger har vært vellykkede. Nye større løsninger, som forutsetter medvirkning fra eksterne aktører som så langt har vist seg relativt lunkne, virker ikke realistiske.

Dersom Fondet ser for seg at Norges forskningsråd skal satse mer på forskning i primærhelsetjenesten, vil det i praksis fremdeles være slik at klinikerne i primærhelsetjenesten er nødt til å inngå i formaliserte samarbeidskonstellasjoner med forskere fra akademia, for å kunne nå opp i konkurransen om slike prosjekter. Men med Norges forskningsråds fokus på kvalitet i sine tildelinger, vil søknader i en åpen konkurranse med etablerte forskere sannsynligvis ikke virke gunstig for forskningsprosjekter der en stor del av teamet kommer fra primærhelsetjenesten; her må det først brukes tid på å bygge opp forskerkompetanse i sektoren. Derimot vil fysioterapirelaterte prosjekter være relevante i forbindelse med søknader til samhandlingsprosjekter som for eksempel lyses ut gjennom RHF-systemet (som da vil forutsette et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Fra 2010 er det årlig stilt krav om at minst 15 millioner kroner skal benyttes til samhandlingsforskning fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning.

Det er viktig at Fondet i sin videre strategi avklarer hvilke myndigheter som skal være målgruppen. Vi mener for øvrig at mulighetene for at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten skal kunne drive forskning vil være vesentlig større dersom Fondet selger behovet for forskning i primærhelsetjenesten som

«tverrfaglig forskning i primærhelsetjenesten» og ikke som ren fysioterapiforskning som har liten appell både hos myndigheter og universiteter. Fondet bør tydeligere signalisere at de er villige til å satse på tverrfaglige prosjekter, som er relevante i et fysioterapiperspektiv, der Fondet bidrar med finansieringen fra «fysioterapisiden».

### **Bidrar satsningen til utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud i primærhelsetjenesten?**

Det er selvsagt for tidlig i dag å si noe om hvilken betydning satsningen har for utviklingen av fysioterapeuters tjenestetilbud i primærhelsetjenesten. Slike resultater vil først vise seg etter lang tid.

Innenfor FYSIOPRIM, ser uansett Prosjekt D ut til å være særlig viktige her. Dette er et prosjekt som i høy grad kan «bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter», som er et av målene for Fondet strategi. Systemet for forbedrede pasientjournal som utvikles i prosjekt D, er det elementet i FYSIOPRIM som vi tror vil ha mest umiddelbar og positiv effekt på fysioterapeuters muligheter til å gi god behandling. Dette prosjektet ville for øvrig med stor sannsynlighet ikke kunne latt seg gjennomføre innenfor et vanlig treårig forskningsprogram og her har Fondets bidrag vært helt avgjørende. Prosjekt A er også viktig, i den forstand at det utvikles konkrete verktøy som kan tas i bruk av klinikere; det samme gjelder kvalitetsindikatorskjemaet som er utviklet i prosjekt C. De kliniske studiene (inkludert Nakke-RCT studien) generelt bidrar til dokumentasjon på hva som virker av behandling, noe som er mangelvare innen fysioterapi, og kan bidra til et mer standardisert og evidensbasert tjenestetilbud. Prosjekt B3 er interessant i en «kvalitativ kontekst», da det bidrar til bevisstgjøring hos klinikere knyttet til hvilke forhold som er med å påvirke behandlingstilbudet deres.

Med tanke på å utvikle fysioterapeuters tjenestetilbud generelt sett, har Fondet alltid bidratt positivt med sine ulike stipendordninger som bidrar til kunnskapsheving generelt, og i de senere år også gjennom å prioritere søknader om stipend til forskningsprosjekter, formidling, arbeid med prosjektbeskrivelser, etc., som er innrettet mot problemstillinger i primærhelsetjenesten. Denne koblingen mot primærhelsetjenesten har også vært førende for tildelinger av miljøstøtte til universiteter og høgskoler de senere år. Fondet har altså gjennom sin øvrige virksomhet hatt et fokus på forskning i og for primærhelsetjenesten, også når forskningen drives av personell i spesialisthelsetjenesten og fra universiteter, men tar opp relevante problemstillinger for primærhelsetjenesten. Fondet har således et helhetlig perspektiv på sin virksomhet og ser ulike støtteordninger i sammenheng.

### **Bidrar satsningen til å legge grunnlag for langsiktig forskning med faste stillinger?**

Fondets miljøstøtte til fysioterapimiljøer ved universiteter har vært svært vellykket som grunnlag for å skape faste stillinger, men som vi har vært inne på tidligere, er det et helt annerledes terreng som Fondet opererer innenfor gjennom FYSIOPRIM. All aktivitet i FYSIOPRIM er tidsavgrenset, og det er urealistisk at noen offentlige virksomheter står klare til å overta finansieringsansvaret i 2015. Et slags paradoks ved den store satsingen på primærhelsetjenesten som Fondet nå gjør, er at foruten modellforsøkene som akkurat har startet opp for fullt, er primærhelsetjenestens bidrag i FYSIOPRIM-prosjektene i stor grad å være datainnsamler og/eller forskningsobjekt. Forskningen utføres fra universitetene, og kan bidra til at flere stillinger innen fysioterapi blir videreført på universitetene som faste stillinger. Men vi ser ikke noe potensiale for opprettelse av faste forskerstillinger i selve primærhelsetjenesten som et resultat av Fondets satsing, og er usikre på om «langsiktig forskning med faste stillinger» er et relevant mål for fysioterapiforskning som utføres i primærhelsetjenesten – i hvert fall slik FoU-situasjonen er i kommunene nå i dag. Klinikerne som har deltatt i FYSIOPRIM gjør det på timebasis/får betalt per pasient og lignende, mens modellforsøkene er knyttet til tidsbegrensede engasjementer i en forholdsvis lav stillingsandel. Til forskjell fra Fondets tidligere satsinger på å opprette miljøer for fysioterapiforskning i universitetene, kan ikke faste stillinger i primærhelsetjenesten vurderes som realistisk. Hva som skjer videre på universitetene i forhold til stipendiater, postdoktorstipendiater og andre forskere som har vært involvert i FYSIOPRIM, er det for tidlig å si noe om.

Vi er derfor mer opptatt av hvorvidt satsningen har vært vellykket med tanke på å berede grunnen for videre forskning i primærhelsetjenesten også etter at FYSIOPRIM avsluttes. Her tror vi satsningen kan vise seg å være svært betydningsfull. Gjennom FYSIOPRIM genereres det nå både gode data og gode verktøy for registrering av data, som vil egne seg godt for fremtidig forskning.

Universitetsinstituttene fra UiO og NTNU har nå etablert et stort nettverk som man kan trekke på fremover i tid, og klinikerne som har deltatt synes det har vært interessant – såpass interessant at vi tror de vil være motiverte for å delta som prosjektmedarbeidere i fremtidige prosjekter.

### **Bidrar FYSIOPRIM til å utvikle en hensiktsmessig modell for forskning innen fysioterapi i primærhelsetjenesten?**

Et av de to overordnede målene med FYSIOPRIM er «å skape modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i primærhelsetjenesten og derved legge grunnlag for varige forskningsmiljøer». Vi mener modellene som prøves ut virker gode – i hvert fall i teorien: hospitantene ved UiO er for eksempel ennå ikke ansatt, så en god vurdering av hvor hensiktsmessige modellene faktisk er lar vente på seg enda noen år. Vi kan imidlertid vurdere modellforsøkene ut fra tre forhold Fondet selv har skissert som mulige løsninger for å integrere primærhelsetjenesten i forskningsaktiviteter:

- **Forskningsledelse:** forskning i primærhelsetjenesten må (i hvert fall i en startfase) være knyttet til etablerte forskningsmiljøer på universiteter og høyskoler fordi de har kompetanse i forskningsledelse og fordi solid metodekompetanse er vesentlig for god kvalitet i forskningen. Dette er tilfelle i modellforsøkene i FYSIOPRIM, og innebærer at klinikere i en eller annen forstand gis en forskeropplæring på universitetet.
- **Formalstruktur:** interaksjon mellom praksis og forskning gir gjensidig nytte. For å få til dette er det nødvendig å lage noen formaliserte arenaer for samarbeid som også inkluderer primærhelsetjenesten. I FYSIOPRIM skjer dette gjennom å opprette hospitantstillinger, kombinasjonsstillinger mv.
- **Nettverk:** nettverkssamarbeid mellom kommuner og/eller mellom private fysikalske instituttet som sammen knytter et formelt samarbeid med et forskningsmiljø, kan være en måte å ivareta forskning i små miljøer. Kombinasjonsstillinger mellom forskning og klinikk kan forsterke nettverket. Her er sistnevnte løsning utprøvd i FYSIOPRIM, mens det ikke er gjort forsøk på å utvikle nettverk mellom kommuner og/eller private fysikalske institutt.

Det overordnede poenget vårt her er at modellene i FYSIOPRIM synes gode, men at det er altfor tidlig å vurdere om de i praksis fungerer godt.

### **Oppsummering**

Etter å ha gjort vellykkede strategiske grep for å utvide tilbudet av masterstudier innen fysioterapi, og for å opprette fagmiljøer for forskning innen fysioterapi ved universiteter og høyskoler, har Fondet nå valgt et langt mer krevende satsingsområde; primærhelsetjenesten. Fondet skal ha ros for å satse stort på et felt der forskningskompetanse- og strukturelle rammer er lite utviklet. Tilsynelatende skulle Fondets strategiske plan og satsnings mange sammenfallende trekk med samhandlingsreformen gi viktig drahjelp, men denne synes ikke å komme da kommunenes medvirkningsansvar for forskning er lite forpliktende, og handler mer om å påpeke behov for forskning og stille data til rådighet for forskning, framfor at sektoren selv skal utøve eller finansiere den. Det mulighetsrommet for forskning i primærhelsetjenesten som samhandlingsreformen åpnet for synes primært å være rettet mot samhandlingsforskning.

Det er derfor vanskelig å videreføre fysioterapiforskning – enten som selvstendig disiplin, eller som ledd i en tverrfaglig satsning – med egen offentlig finansiering i primærhelsetjenesten. Det er derfor helt nødvendig at Fondet selv viderefører denne satsingen selv etter at FYSIOPRIM avsluttes. Videre satsing på enkeltprosjekter og andre stipendkategorier som er rettet mot primærhelsetjenesten bør

selvsagt videreføres, men er for lite konsentrert, og med for lite potensial for å bygge varige strukturer mellom academia og primærhelsetjeneste, til at dette kan være de eneste elementene fremover.

Vi anbefaler derfor Fondet å gjøre følgende:

- Videreføre satsingen på modellforsøkene. Selv om det er interesse og villighet i kommunene for å la fysioterapeuter bruke deler av arbeidstiden på sin forskning, må dette skje under ledelse og veiledning fra universitetsansatte, og slike forskningsprosjekter er det enn så lenge lite sannsynlig at offentlige instanser er villige til å dekke.
- I forbindelse med sluttevalueringen av FYSIOPRIM, er det nødvendig at arbeidet med modellforsøkene gis særskilt oppmerksomhet, for å få en grundig vurdering av hvor gode løsningene som er valgt i FYSIOPRIM er med tanke på å skape hensiktsmessige modeller for forskningssamarbeid mellom primærhelsetjenesten og akademiske miljøer. Dette er viktig, fordi det er gjennom disse strukturene vi både tror, og anbefaler, at forskning i primærhelsetjenesten vil bli utført i de kommende år.
- Erfaringene fra FYSIOPRIM knyttet til modellforsøkene, utvikling av dataverktøy og kliniske tester, samt både faglige og helseøkonomiske resultater fra studiene (når de foreligger), må markedsføres som eksempler på *god nytte* av at primærhelsetjenesten involveres i forskningsprosjekter. Dette med tanke på at andre instanser skal være villige til å forplikte seg til å bistå Fondet, og eventuelt på lengre sikt overta ansvaret for at fysioterapiforskning (og annen forskning) i denne sektoren finner sted.
- Fondet må operasjonalisere hvem det er de ser for seg faktisk er målgruppen for et slikt profileringsarbeid av behovet for og nytten ved forskning i primærhelsetjenesten, samt hvordan Fondet i fremtiden ser for seg at slik forskning skal finne sted: som individbasert forskning på bakgrunn av endringer i avtalen mellom Norsk Fysioterapeutforbund og KS, som frikjøp av klinikere til forskningsprosjekter på universiteter, som ulike former for brobygger/hospiteringsstillinger for klinikere på universiteter, eller i form av fysioterapiforskning utført innenfor helt nye institusjonelle rammer (eksempelvis universitetskommuner, universitetsklinikker, eller ved et nasjonalt (eller regionale) institutt for primærhelsetjenesteforskning).
- Vi mener imidlertid at den mest effektive strategien Fondet kan velge er en annen modell. Etersom vi ikke tror det verken er realistisk eller ønskelig å etablere fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten på nasjonalt nivå, bør Fondet se hen mot et begrenset antall ledende kommuner, som har vist engasjement og evne til å etablere tverrfaglige enheter i primærhelsetjenesten med gode forutsetninger til stede for å drive tverrfaglig helseforskning. Vi tenker da i første rekke på Stavanger og Trondheim kommune. Dette vil innebære at Fondet åpner for en tverrfaglig tilnærming der det fysioterapispesifikke nedtones, og der fysioterapeutenes rolle i tverrfaglige behandlingsteam/forskerteam vektlegges, slik at det er diagnose og ikke profesjon som står i sentrum. På samme måte som Fondet har gitt miljøstøtte til universitetene, bør Fondet vurdere en lignende form for «såkornmidler» i form av miljøstøtte til «best practice» kommuner. Fondet bør gå i dialog med kommunene og diskutere hva slags forskningsprosjekter og stillinger som kan legges til slike kommunale sentra med en tilstrekkelig fysioterapeutisk relevans til at Fondet kan yte finansiering.
- At Fondet skulle inngå samarbeid med og finansiere slik aktivitet i enkeltkommuner, er ikke et alternativ til at modellforsøkene videreføres, men et supplement. Det vil fremdeles være behov i de kommunale sentrene, og helt avgjørende for å sikre god kvalitet i forskningen, at de inngår et formalisert samarbeid med universitetene, som på sin side kan bidra med forskningsledelse, veiledning, opplæring og nødvendige faglige nettverk.

## Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2006): *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011. November 2006. Revidert strategi*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): *Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2006-2007): *Nasjonal helseplan (2007-2010) – særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NIFU STEP (2008): *En gjennomgang av Fondets bidrag til å bygge forskningskompetanse*. Oslo: NIFU STEP.

St.meld.nr.47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Vabø, Agnete og Ingvild Marheim Larsen (2010): *Fagspesifikke masterstudier for fysioterapeuter. En evaluering for Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter*. Rapport 17/2010. Oslo: NIFU STEP.





Nordisk institutt for studier av  
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in  
Innovation, Research and Education

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)