



Rapport
2021:13

Fysioterapi – forskning og praksis i kunnskapsflyt?

Sluttevaluering av FYSIOPRIM-satsingen (2010–2020)



Vera Schwach, Frøydis Sæbø Steine og Ole Wiig

Rapport
2021:13

Fysioterapi – forskning og praksis i kunnskapsflyt?

Sluttevaluering av FYSIOPRIM-satsingen (2010–2020)



Vera Schwach, Frøydis Sæbø Steine og Ole Wiig

Rapport 2021:13

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)
Adresse Postboks 2815 Tøyen, 0608 Oslo. Besøksadresse: Økernveien 9, 0653 Oslo.

Prosjektnr. 21144

Oppdragsgiver Fysiofondet
Adresse Postboks 147, Sentrum, 0102 Oslo

Illustrasjon Adobe Stock

ISBN 978-82-327-0519-1
ISSN 1892-2597 (online)



Copyright NIFU: CC BY 4.0

www.nifu.no

Forord

På oppdrag fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet) har NIFU evaluert fondets forskningsprogram om fysioterapi i primærhelsetjenesten – FYSIOPRIM. Programmet løp 2010–2020. FYSIOPRIM har vært Fysiofondets største, spissede satsing på forskning og kunnskapsutvikling for fysioterapi i og for primærhelsetjenesten. Evalueringen legger vekt måloppnåelse, for fysioterapiforskning i og for primærhelsetjenesten og dessuten samhandling mellom forskere og klinikere. Den drøfter større, langsiktige tildelinger kontra mindre, kort-siktige og ser på mulige ringvirkninger av FYSIOPRIM-satsingen. Evalueringen skal legge grunnlag for læring slik at nye strategier og tiltak forankres i kunnskap og erfaringer fra FYSIOPRIM.

Ved NIFU har forskerne Vera Schwach, Frøydis Sæbø Steine og Ole Wiig utført arbeidet med evalueringen, med Schwach som prosjektleder.

Vi takker alle som har latt seg intervjuet og bidratt med verdifull innsikt. Vi takker Fysiofondet for et interessant oppdrag, innsiktsfulle kommentarer i slutfasen og godt samarbeid underveis.

Oslo, september 2021

Vibeke Opheim
direktør

Espen Solberg
forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning.....	11
1.1 Fysiofondet og FYSIOPRIM.....	11
1.2 Sluttevalueringens mandat og utføring.....	15
1.2.1 Gjennomføring og inndeling.....	15
1.3 Disposisjon.....	17
2 Bakgrunn, rammer og mål	18
2.1 Primærhelsetjenestens behov.....	18
2.2 Første fase 2010–2014.....	19
2.2.1 Forskningsbasert kunnskap.....	20
2.2.2 Midtveisevaluering og videre aktivitet.....	20
2.3 Andre fase 2015–2020	21
2.3.1 Budsjett.....	23
3 Forske, utdanne og dele kunnskap	24
3.1 Kunnskapsdeling i flere kanaler	24
3.2 Vitenskapelig publisering, hvor og hvor mye?	25
3.3 Temafordeling.....	27
3.4 Ph.d. og master betyr styrket fagkompetanse	33
3.5 Kunnskapsspredning som formidling.....	35
3.5.1 Kronikker og medieoppslag	35
3.5.2 Retningslinjer, rapporter og fagartikler.....	36
3.5.3 Annen formidlingsaktivitet.....	37
3.6 Oppsummert.....	38
4 Kunnskapsflyt og nytte for primærhelsetjenesten	40
4.1 Forankre klinisk praksis og kompetanse.....	40
4.2 Partssamarbeid.....	42
4.2.1 To modeller	43
4.3 Bygging av nettverk og arenaer for kunnskapsutveksling og samarbeid.....	47

4.4	Tverrfaglighet – mulig?.....	48
4.5	Data for kunnskapsbasert praksis	49
4.5.1	Kliniske verktøy og databaser	49
4.6	Oppsummert	51
5	Konklusjon: kontaktflater, kunnskaps- og kompetansebygging	53
5.1	FYSIOPRIM, oppbygging og samarbeid	53
5.2	Kunnskapsbygging	54
5.2.1	Kompetanse og partssamarbeid.....	55
5.2.2	Ringvirkninger	56
5.3	Større, langsiktige tildelinger versus mange små.....	56
6	Data og metode	58
	Referanser.....	60
	Vedlegg.....	63
	Tabell- og figuroversikt.....	72

Sammendrag

Forskningsprogram for fysioterapi i primærhelsetjenesten (FYSIOPRIM) har pågått fra 2010 til 2020. Satsingens mål har vært å bygge kunnskap om og for klinisk praksis i fysioterapi og utprøve modeller for samarbeid mellom klinikere, forskere og kommuner. Med en bevilgning på inntil 59 millioner kroner har satsingen vært Fysiofondets hittil største langsiktige, samlede innsats på forskning og fagutvikling i og for primærhelsetjenesten. Gjennom FYSIOPRIM har Fysiofondet adressert viktige spørsmål for fagutviklingen i fysioterapi, og hvordan fysioterapi kan bidra til bedre pasientforløp, helse og god livskvalitet i befolkningen.

Bakgrunn

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet) er hjemlet i Folketryktdloven fra 1966 og har fra 1974 fått tildelt midler fra folketrygden. Fondets mål er å heve kompetansen blant norske fysioterapeuter ved å tildele midler for at fysioterapeuter kan drive etter- og videreutdanning, annen fagutvikling og forskning. Siden 2008 har primærhelsetjenesten vært et innsatsområde for Fysiofondet. Forskningsprogrammet FYSIOPRIM har inngått i denne satsingen. Programmets mål har vært å legge grunnlag for langsiktig forskning, bygge solide forskningsmiljøer og kunnskap til nytte i og for primærhelsetjenesten. Med sin satsing har Fondet løftet fram en stor utfordring i norsk helsevesen: primærhelsetjenesten bruker 10 prosent av offentlige forskningsmidler og spesialisthelsetjenesten 90 prosent.

I FYSIOPRIMs første fase, 2010–2014, var satsingen rettet mot temaer som nevrologisk sykdom, muskel- og skjelettlidelser og aktiv samhandling mellom klinikere, andre helseprofesjoner, forskere og kommuner. I andre fase, 2015–2020, har primærhelsetjenestens behov stått i sentrum, og satsingen ble spisset og konsentrert langs to akser: 1) to modeller for samhandling i primærhelsetjenesten og 2) elektronisk verktøy og databaser.

Sluttevalueringens formål og inndeling

Denne evalueringen vurderer om FYSIOPRIM har innfridd sine mål og ambisjoner og legger vekt på programmets andre fase. Vurderingen skal legge grunnlag for

læring, slik at Fysiofondets strategier og tiltak fremover kan forankres i kunnskap og erfaringer fra FYSIOPRIM. Evalueringen drøfter vitenskapelig og faglig kunnskapsbygging foruten formidling og partssamarbeid mellom forskere, fysioterapeuter i praksis og kommuner. Den belyser også mulige ringvirkninger på kommunalt og nasjonalt nivå.

Kapittel 1 innrammer evalueringen, dens bakgrunn og formål. Kapittel 2 setter FYSIOPRIM-satsingen inn i en faglig og helsepolitisk sammenheng. Kapittel 3 retter blikket mot FYSIOPRIMs kunnskapsproduksjon, kompetansebygging og brukerformidling, mens kapittel 4 handler om kunnskapsflyt og samhandling. Kapittel 5 konkluderer. Evalueringens kildegrunnlag inkluderer bibliometri og andre publiseringsdata, programdokumenter og andre dokumenter, registerdata og intervjuer og trekker veksler på fagliteratur. Kapittel 6 redegjør for kildegrunnlag og litteratur.

Betydelig kunnskapsbygging og bred spredning

FYSIOPRIMs mål har vært å balansere forskning og annet faglig utviklingsarbeid med kunnskap til nytte for praktisk fysioterapi og helsearbeid i kommunene. Programmet har bidratt til en anselig kunnskapsproduksjon og -spredning, både i form av vitenskapelige artikler, doktoravhandlinger, masteroppgaver, kronikker og medieoppslag foruten retningslinjer, rapporter, og andre skriftlige og muntlige formidlingsmåter.

Forskningsresultatene er jevnt fordelt mellom vitenskapelige og andre typer faglige bidrag. Den vitenskapelige artikkelpubliseringsen oppviser stor tematisk bredde med utviklingen av metoder og verktøy og behandlingsformer som sentrale emner. Det meste av den vitenskapelige publiseringen har skjedd gjennom internasjonale tidsskrifter. De norskspråklige bidragene har gjerne blikket rettet mot norske forhold. Doktoravhandlinger, masteroppgaver ved siden av annen videreutdanning knyttet til FYSIOPRIM, har samlet sett bidratt til betydelig fag- og forskerkompetanse.

Fagtidsskriftet *Fysioterapeuten* har vært en sentral kanal for å formidle så vel vitenskapelige, som profesjons-, bruker- og allmennrettede resultater. Aktivt samvirke mellom klinikere, kommuner, forskere/forskningsmiljøer, for eksempel med å utvikle retningslinjer, har bidratt til å legge til rette for formidling og utveksling av kunnskap mellom forskning og klinisk praksis. Partssamarbeid har medvirket til å forankre nyvunnen kunnskap og metoder i fysioterapipraksis.

Med stor nytte for kommuner i primærhelsetjenesten

To modeller for partssamarbeid ble utprøvd i andre fase: trondheimsmodellen og hospitantmodellen. Hovedforskjellen mellom dem er hvor tungt kommunen er

involvert i planlegging, drift og medfinansiering. Begge modellene har vist seg egnet for å etablere partssamarbeid. Hospitantmodellen legger tyngden på samarbeid mellom to parter: forskningsmiljø og klinikere. Her er enkeltpersoner, «hospitanter», sentrale kontaktpunkter mellom akademia og klinisk arbeid; trondheimsmodellen innebærer et organisert trepartssamarbeid mellom et forskningsmiljø, klinikere og kommunen. Mens hospitantmodellen styrker partssamarbeid mellom forskning, kompetansebygging og klinikk, har trondheimsmodellen som organisasjonsmodell sin styrke i en forankring i kommunens fysioterapitjeneste, og/eller en avdeling med ansvar for helse og omsorg. Et kommunalt feste og engasjement gir trolig et bedre organiserings grunnlag for å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig helsearbeid mellom aktører i primærhelsetjenesten.

Modeller er stiliserte måter å strukturere forholdet mellom ulike aktørgrupper på. I praksis har begge modellene stimulert til gjensidig utnyttelse av kunnskap fra forskning, klinisk forskning og pasientbehandling. Trondheim og Stavanger med hvert sitt modellutgangspunkt er eksempler på målrettet innsats for å realisere partssamarbeid. Begge har vært tuftet på engasjerte fysioterapeuter, fagmiljøer og klinikere. Blant eksempler på vellykket samvirke med ringvirkninger utover programperioden og Fysiofondet er samarbeid for tverrfaglig prematurforløp i Trondheim, knutepunktmodellen og arteroseprosjektet i Stavanger – START. Et kommunalt partnerskap krever dedikert lederstøtte på avdelings- eller kommunenivå, en egnet driftsorganisering samt en felles, overordnet strategi for forskning i kommunenes regi og/eller for etterspurte kunnskapsbehov og implementering i primærhelsetjenesten.

FYSIOPRIM har lyktes et godt stykke på vei med å utvikle anvendelige elektroniske verktøy og databaser for registrering av pasientdata til nytte både for fysioterapi i praksis og for forskning. Verktøyet og innsamlingen har delvis blitt kritisert for å være for komplisert, omfattende og lite pasient- og klinikervennlig. Likevel har innsamlingen samlet gitt betydelige, verdifulle datamengder, og databaser har dannet grunnlag for spin-off prosjekter og fått støtte fra blant annet Norges forskningsråd. Data fra FYSIOPRIM er blitt brukt til å utvikle et beslutningsstøttesystem der bruk av kunstig intelligens – maskinlæring – inngår, og i 2019 fikk NTNU støtte til forskningsprosjektet SupportPrim, behandlingsforløp og samhandlingsmønstre.

FYSIOPRIM – en pionerinnsats for samhandling

Satsingen har vært et nybrottsarbeid som har fulgt opp intensjonene i regjeringens samhandlingsreform fra 2009 i praksis. Kunnskapsoppbygging, samarbeid og kunnskapsspredning av kunnskap har vært formålet. Gjennom FYSIOPRIM har Fysiofondet stått i forkant med å løfte fram helseomsorgens sammensatte

problemer, når det gjelder sammensatte fysiske og psykiske lidelser, og den har satt søkelys på betydningen av forebygging og rehabilitering. Muskel- og skjelettlidelser rammer bredt og i økende grad i en befolkning som lever lenger og med krav til god livskvalitet.

FYSIOPRIM har vært virksom i en del kommuner, likevel er det et stykke igjen til den innsatsen Fysiofondet gjennom FYSIOPRIM har gjort, gjør seg gjeldende med ringvirkninger på landsbasis. Å forankre en tidsbegrenset forskningsinnsats i daglig klinisk praksis og kommunal drift er utfordrende. Ulike logikker styrer forskning og høyere utdanning og kommunal forvaltning. I tillegg er primærhelsetjenesten, i motsetning til spesialisthelsetjenesten, en sektor med lav forsknings-tradisjon.

Programmet har levert rikholdig med forskningsresultater, kompetansebygging og datagrunnlag, men også satt spor i kommuners behandlingstilbud, i lokal kunnskaps- og helsesammenheng. Pionerinnsatsen FYSIOPRIM har styrket kompetansegrunnlaget for bedre pasientforløp og arbeidet for å bedre helsen for brukere av fysioterapi. Innsatsen til forskningsmiljøer, enkeltpersoner har vært en sentral drivkraft for resultatene oppnådd, både samarbeidsstrukturer, styrket forskning i primærhelsetjenesten og anvendbare databaser. FYSIOPRIM har bidratt til å bygge nettverk og samarbeid mellom klinikker, kommuner og forsknings- og utdanningsmiljøer og arbeidet for å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike grupper i primærhelsetjenesten – fastleger, sykepleiere og fysioterapeuter.

Fortsatt finnes det et stort behov for å intensivere fysioterapeutisk forskning, tverrfaglig kunnskapsbygging og å omsette kunnskapen til klinisk praksis. Fondet har tidligere lyktes med en pionerinnsats, før det offentlige har overtatt. Samme strategi kan i prinsippet fungere videre overfor primærhelsetjenesten i kommunene og nasjonale helsemyndigheter. En pilotinnsats er ikke tilstrekkelig til å oppnå varige effekter. For å oppnå langvarig fremgang og gjennombrudd i alle kommuner, må arbeidet i fortsettelsen både forankres på høyt nivå i kommuneforvaltningen og på departementalt nivå. Vår konklusjon er derfor at en ny, større samlet satsing har vært godt egnet med tanke på de formålene som Fysiofondet hadde med FYSIOPRIM. Arbeidet er kommet et stykke på vei, men er langt fra fullført.

1 Innledning

Denne evalueringen vurderer om og hvordan FYSIOPRIM har innfridd satsingens mål. Gjennomgangen skal legge grunnlag for læring slik at nye strategier og tiltak kan forankres i kunnskap og erfaringer fra FYSIOPRIM. Evalueringen drøfter FYSIOPRIM fra oppstarten i 2010, men tyngdepunktet ligger i andre fase, 2015–2020.

1.1 Fysiofondet og FYSIOPRIM

Vedtektene for Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet) sier i første paragraf at formålet er: å «yte støtte til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, herunder av pedagogisk karakter». Videre paragrafer sier at Fondet kan gi støtte i form av reisestipend, arbeidsstipend og forskningsstipend og andre formål som kan styrke, eller har sammenheng med fysioterapeuters etter- og videreutdanning (Fysiofondet 2021a, § 2). Fondet som ble hjemlet i Folketrygdloven av 1966, får sine midler over folketrygden. Vedtektene for Fondet ble vedtatt av Norsk Fysioterapiforbund (forkortet NFF) i 1974 og stadfestet av daværende Sosialdepartement i mai 1975. Den første overføringen av midler fant sted i november 1974. Fondet har siden da fulgt flere spor i sine tildelinger. Siden 1976 har forskning vært ett av sporene ved siden av etter- og videreutdanning og fagutvikling.

I et femtiårs perspektiv har Fysiofondets innsats endret seg fra individuell kunnskaps- og fagutvikling til en mer systematisk og tydeligere organisert kompetansebygging med større vekt på formell forskningsbasert kunnskap. Likevel har Fondets ulike kompetansetiltak tidsvis løpt parallelt og delvis vært sammenfallende. De seks hovedsporene har vært:

- kompetansehevende tiltak til enkeltpersoner
- støtte til organiserte kurs/program for etterutdanning og videreutdanning
- institusjonell infrastrukturstøtte
- masterutdanninger og doktorløp i fysioterapi
- miljøstøtte til forskning og utviklingsarbeid
- strategisk forskningsatsing, forskningsprogram, FYSIOPRIM (Fysiofondet 2019; Piro et al. 2013: 16–20).

Støtten til forskning ble styrket på 1980-tallet og ytterligere forsterket i 2000-årene (Fysiofondet 2021). Siden 2008 har Fondet hatt primærhelsetjenesten som et satsingsområde.

En pilar i satsingen på fagutvikling, forskning og primærhelsetjenesten har vært programmet FYSIOPRIM som har pågått fra 2010 til 2020. Satsingen har vært delt i to faser: 2010–2014 og 2015–2020, og kostet til sammen inntil 59 millioner (løpende) kroner (jf. 2.3.1). I første fase ble det gitt tilsagn om inntil 32 millioner kroner og i andre inntil 27 millioner (jf. 2.3.1). FYSIOPRIM har vært Fondets hittil største, enkeltvise samleinsats på forskning og kompetansebygging. Den har innebåret en omlegging fra flere, mindre enkeltprosjekter til å samle mye av Fondets midler om én større, langsiktig tildeling. Å drøfte dette valget inngår i mandatet for denne evalueringen (Fysiofondet 2020, punkt 7) (jf. 5.2).

Formålet ved oppstarten var å legge grunnlag for langsiktig forskning til nytte for primærhelsetjenesten, bygge solide fagmiljøer og å bidra til kompetansebygging og forskningsbasert praksis; med andre ord styrke kunnskapsgrunnlaget for å sikre god kvalitet på kommunenes fysioterapitjeneste. Aktivt samvirke mellom forskere og klinikere skulle gi bedre helse for brukere i primærhelsetjenesten og styrke grunnlaget for et bedre pasientforløp. Faglige mål var forskningsbasert kunnskap om forebygging, behandling og rehabilitering av muskel- og skjelettlidelser og nevrologisk sykdom. Dessuten skulle man få kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom (Fysiofondet 2009).

Satsingens formål

Denne evalueringen tar sitt utgangspunkt i målene for satsingen, og hvordan de er blitt innfridd. NIFU midtveiseevaluerte FYSIOPRIM i 2013 (Piro et al. 2013). Målene fra begge fasene trekkes inn og danner ramme for sluttevalueringens mandat, men slik at denne evalueringen legger hovedvekten på årene 2015–2020.

2010–2014

Målene da FYSIOPRIM-satsingen begynte var:

- forskningsbasert kunnskap om fysioterapeutiske virkemidler for forebygging, behandling og rehabilitering innenfor muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom
- (...) langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten
- (...) gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling (translasjonsperspektivet)

- (...) samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten
- (...) kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom
- styrke grunnlaget for bedre pasientforløp
- styrke kunnskapsgrunnlaget for god faglig og administrativ kvalitet på fysioterapitjenesten i primærhelsetjenesten
- bedre helsen for brukere i primærhelsetjenesten
- skaffe et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter, (Fysiofondets utlysning 2009).

2015–2020

I 2014, da Fondet bestemte å videreføre FYSIOPRIM for en ny periode, satte det utfyllende mål for videreføringen. De var som følger:

- videreføre arbeidet med metoder og verktøy til bruk i klinisk praksis og modeller for forskning i primærhelsetjenesten.
- tilrettelegging for at kunnskapen og metodene kan forankres, formidles, bli nyttige og tas i bruk lokalt og i hele fysioterapitjenesten i kommunene.
- tverrfaglig samarbeid med å utvikle prosjekter i samarbeid med andre forskningsnettverk, i tråd med signalene i strategien HelseOmsorg21 og rapporten Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannlegetjenesten (2013) (Fysiofondet 2020: 2).

Målene ble utmyntet til temaer og prosjekter (i andre fase kalt arbeidspakker). Figur 1.1 gir en skjematisk fremstilling av FYSIOPRIMS hovedtemaer og organisering.



Figur 1.1 FYSIOPRIMs hovedtemaer og prosjekter, 2010–2020.

Kilde: FYSIOPRIM (2020), Fysiofondet (2020).

1.2 Sluttevalueringens mandat og utføring

Evalueringen skal belyse hvordan satsingen har bidratt til kunnskapsproduksjon, kompetanseoppbygging, samarbeidsstrukturer og virkninger. I mandatet for evalueringen heter det: «Evalueringen må ta utgangspunkt i de overordnede målene for utlysningen [FYSIOPRIM] og også se på ringvirkningene ti år med FYSIOPRIM har ført til for kommunene, fysioterapitjenesten og forskere i forhold til samarbeidsstrukturer, kompetanse og politikkkutforming. Mandatet er spesifisert til følgende sju punkter:

1. Overordnede mål, er de nådd?
2. Kunnskapsproduksjon
 - (a) temaer og problemstillinger
3. kompetanseoppbygging
 - (a) formalisert kompetanse
 - (b) ikke formalisert kompetanse
4. samarbeidsstrukturer for forskning i primærhelsetjenesten
 - (a) beskrive samarbeidsmodeller (oppfølging av SINTEF-rapporten 2014)
 - (b) modellenes innvirkning på samarbeid og kunnskapsflyt mellom forskning og praktisk fysioterapi
 - (c) hvordan samarbeidsmodellene bidrar til kunnskapsbasert praksis
5. styrket forskning i primærhelsetjenesten
 - (a) elektroniske verktøy og database
 - (b) deltakelse, økt aktivitet
 - (c) nytte og risiko
6. ringvirkninger – bidrag til politikkkutforming
7. Har store, langsiktige tildelinger større verdi enn mange små? (Fysiofondet 2020: 2).

1.2.1 Gjennomføring og inndeling

Mandatets punkter 1 til 5 gjelder satsingens gjennomføring og resultater. Det omfatter kompetansebygging i bred forstand og sammenhenger mellom satsingenes ulike prosjekter (arbeidspakker). I punktene 2 og 3a ber mandatet om en evaluering av kunnskapsproduksjon og formalisert kompetansebygging. I punktene 3b, 4 og 5b–c skal organisering, strukturer (modeller) for effektiv samhandling som bidrar til en kompetansebyggende fysioterapi og samvirke mellom forskere/forskningsinstitusjoner, klinikere og kommuner vurderes. Punktet 5a er en vurdering av arbeidene med elektroniske verktøy og databaser til nytte i klinisk praksis. Punktene 1 til 6 samles til en generell evaluering av FYSIOPRIMs måloppnåelse, mens punkt 7 gjelder satsingens ringvirkninger og bidrag til

politikkutforming. Figur 1.2 gir en skjematisk fremstilling av gangen i FYSIOPRIM fra formål, til innsats, aktiviteter, resultater og mulige virkninger.



Figur 1.2 Fysiofondets FYSIOPRIM-satsing, (2010) 2015–2020.

1.3 Disposisjon

Kapittel 1 innrammer evalueringens bakgrunn, formål og inndeling. **Kapittel 2** setter FYSIOPRIM-satsingen inn i en bredere sammenheng: faget fysioterapi, Fysiofondets virksomhet og primærhelsetjenestens kunnskapsbehov. **Kapittel 3** retter blikket mot FYSIOPRIMs innsats for å danne forskningsbasert kunnskap, bygge formell kompetanse og spre kunnskap. **Kapittel 4** handler om omsetting og bruk av kunnskap og samvirke mellom forskere, klinikere og kommuner. **Kapittel 5** konkluderer med vekt på andre fase, 2015–2020. Vi evaluerer formalisert kunnskapsproduksjon, drøfter samhandling mellom forskere, klinikere og kommuner og dessuten mulige ringvirkninger for fysioterapifaget, helse(tjeneste) forskning, for primærhelsetjenesten og helsepolitikk. Så drøftes fondets innretning og spørsmålet om store, langsiktige tildelinger har større verdi enn mange små. **Kapittel 6** redegjør for datagrunnlag og metode for evalueringen: program- og andre dokumenttyper, registerdata samt intervjuer med deltakere og andre med innsikt i FYSIOPRIM.

2 Bakgrunn, rammer og mål

Dette kapitlet plasserer FYSIOPRIM i en helsetjenestesammenheng. Det ser på intensjonen om å styrke kompetanse i fysioterapi og tverrfaglig helsearbeid, behov og forutsetninger for god kvalitet i primærhelsetjenesten.

2.1 Primærhelsetjenestens behov

Med sin oppmerksomhet om primærhelsetjenesten har Fysiofondet siden 2008 adressert tre viktige nasjonale helsepolitiske utfordringer:

- innsats om nevrologisk sykdom, muskel og skjelettlidelser
- betydningen av fysioterapiforskning i og for primærhelsetjenesten
- samhandling mellom forskere og praktikere.

Fysiofondets FYSIOPRIM-satsing er en betimelig påminnelse om de betydelige utfordringene som norsk helsevesen og -forskning står overfor. Folk i Norge har generelt god helse, men forskjellene øker av sosiale og økonomiske grunner. Muskel-skjelettplager øker med flere eldre i befolkningen, og flere som lever lenger med plager. Flere yngre mennesker opplever plager i muskler og skjelett og antallet i yrkesfør alder som står utenfor arbeidslivet stiger. Dessuten overføres pasienter raskere fra sykehus og spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Denne delen av helsetjenesten, og med det fysioterapeuter, har fått flere og mer krevende oppgaver å håndtere. Ifølge våre informanter, har flere kommuner begynt å vie mer oppmerksomhet til, og ta tak i, sammensatte helse- og levekårsutfordringer.

Få år før oppstarten av FYSIOPRIM kom stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. nr. 47, 2008–2009). FYSIOPRIM har dermed rettet oppmerksomheten mot et erkjent eller latent behov, lokalt og nasjonalt. Et hovedanliggende ved samhandlingsreformen har vært at kommunene skal overta flere arbeidsoppgaver i pasientbehandlingen og deler av finansieringen. Det innebærer at deler av behandlingen som tidligere fant sted i spesialisthelsetjenesten, er blitt overført til primærhelsetjenesten. Mens forskning har vært lovpålagt og inngått som en basis for praksis i spesialisthelsetjenesten, har den ikke hatt samme fotfeste i primærhelsetjenesten og ikke vært lovpålagt (Piro et al. 2013: 10). Fordelingen mellom forskningsressurser i og for

primærhelsetjenesten kontra forskning i spesialisthelsetjenesten var, og er fortsatt i 2021, skjev. Mens helseutgiftene – og utfordringene, er noenlunde jevnt fordelt mellom de to tjenestetypene, brukes om lag 90 prosent av forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten. Gjennom den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg (HelseOmsorg21) har Forskningsrådet siden 2015 arbeidet med å gjennomføre en rekke tiltak og prosjekter, også innenfor kommunal sektor / primærhelsetjenesten.

Fysiofondet med FYSIOPRIM som hovedsatsing har hatt som mål å vise potensialet i fysioterapi i seg selv og i tverrfaglig arbeid. FYSIOPRIM har løftet fram at fysioterapi som fagkunnskap i en tid når muskel- og skjelettlidelser rammer bredt og i økende grad. Men selv om det finnes forskningsbasert kunnskap som er relevant for fysioterapi, blir den ikke nødvendigvis brukt i praksisfeltet. Det kan gjøre at nye behandlingsmåter ikke tas i bruk, eller at metoder tas for tidlige i bruk, altså før man vet tilstrekkelig om metodenes nytte og konsekvensene. Fondets FYSIOPRIM-satsingen har vært en prioritet for å dekke viktige kunnskapsbehov i fysioterapifaget og samtidig møte samfunnets helseutfordringer.

2.2 Første fase 2010–2014

Den første utlysningen hadde som mål å bygge forskningsbasert kunnskap gjennom langsiktighet, klinisk forskning, behandling og samhandling med helsetjenesten. Prosjektene i FYSIOPRIM skulle oppfylle følgende formål:

Fase I (overordnet målsetting):

- Modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i PHT [primærhelsetjenesten] som gir grunnlag for varige forskningsmiljøer
- (Felles) kunnskap ervervet gjennom studier av klinisk praksis, epidemiologiske studier og eksperimentelle forsøk.

Sentrale målsettinger for prosjektene:

- (...) database som kan benyttes til å karakterisere pasienter i fysioterapi praksis mht. [med hensyn til] kliniske funn, fysisk funksjon, behandlingene som anvendes og endringene hos pasientene gjennom behandlingsforløp.

Ny forskningsbasert kunnskap om:

- 1) pasientene hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (hva som kan forutsi bedring og hvem som drar nytte av hvilke behandlingsopplegg)
- 2) behandlingen de får
- 3) endringer som skjer gjennom behandling (effekter av behandling for artrose og nakkeplager)
- 4) nytteverdien og kostnadene ved den kliniske fysioterapitjenesten.

(FYSIOPRIM, kort prosjektbeskrivelse 2010)

2.2.1 Forskningsbasert kunnskap

Fysiofondets ambisjon var å bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter. En målsetting var å frembringe kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi. Arbeider som omhandler temaene helsetjeneste og helsepolitikk, har derfor vært særlig relevante. De fleste av de femten norskspråklige artiklene vi har identifisert i kapittel 3 er klinisk orienterte og rettet mot primærhelsetjenesten. De omhandler gjerne norske forhold, og det gir mening at de publiseres i norske tidsskrifter. Åtte av de femten artiklene retter blikket mot *helsetjeneste og helsepolitikk*, mens seks handler om *kliniske data*.

2.2.2 Midtveisevaluering og videre aktivitet

NIFU fikk i oppdrag å midtveisevaluere første fase av FYSIOPRIM (2013). NIFU så FYSIOPRIM som et vellykket tiltak, men pekte på at innsatsen ikke var tilstrekkelig for å berede grunnen for forskning i og for primærhelsetjenesten. Evalueringen pekte på grunnleggende problemer med å drive forskning i primærhelsetjenesten, et samfunnsområde med få strukturelle koblinger til forskningsmiljøer. Imidlertid vurderte NIFU FYSIOPRIMs modellforsøk som svært viktige. Utprøvingene var et pionerarbeid i sine forsøk på å etablere partssamarbeid og koblingspunkter, og forsøkene var viktige for klinikere involverte i prosjektene. NIFUs blikk var primært rettet mot partssamarbeidet mellom forskere og klinikere. NIFU bemerket at klinkernes rolle syntes primært å være knyttet til planleggings- og gjennomføringsfasen og i mindre grad til analyser og publisering av resultater.

Evalueringen pekte dessuten på at kommunenes medvirkningsansvar for forskning var svakt formulert i samhandlingsreformen. Evalueringen pekte på at primærhelsetjenesten og kommunenes oppgaver var et samfunnsområde med lav forskningstradisjon og at svært ulike logikker rådde mellom forskning- og utdanning og kommunal forvaltning og drift. Sentrale myndigheter vektla samhandlingsforskning, men da først og fremst forskning av tverrfaglig karakter. På den bakgrunn anbefalte NIFU at Fysiofondet burde støtte tverrfaglige prosjekter. (Piro et al. 2013:7–8, 38–41). NIFUs evaluering ble fulgt opp i SINTEFs gjennomgang av de ulike modellene for samvirke mellom klinikere, forskere/forskning og kommuner (Melby 2014).

Fysiofondet tok sannsynligvis innover seg noen av evalueringens anbefalinger da det besluttet å videreføre FYSIOPRIM. Fondet rettet blikket mot primærhelsetjenesten, slik at de ulike tematiske tyngdepunktene inngikk i den overordnede ambisjonen, å møte primærhelsetjenestens behov. Modellforsøkene i andre fase var en måte å skape et aktivt partssamarbeid på, nå mellom forskere, klinikere og også mer aktivt bevisst, involvere *kommuner*.

2.3 Andre fase 2015–2020

Tidlig på året i 2014 oppfordret Fondsstyret til en videreføring av fondets satsing på forskning i og for primærhelsetjenesten. Fondet ville videreføre og spisse satsingen ved å legge vekt på verktøy og metoder til bruk i klinisk praksis og modeller for forskning i primærhelsetjenesten (Fysiofondets invitasjon til ny prosjektbeskrivelse for en femårig forlengelse, 2014). FYSIOPRIMs andre fase har vært strukturert rundt to hovedtemaer: Prosjektene skulle utvikle modeller for samhandling og kompetansebygging og etablere verktøy – databaser og kliniske verktøy og dessuten etablere kunnskapsbaserte retningslinjer for praktisk fysioterapi (se ramme nedenfor).

Fase II: nye muligheter for varig fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten.

- (Etablere) kunnskapsbasert praksis og optimal ressursutnyttelse gjennom et organisert samarbeid mellom forskning og praksisfelt gjennom nye arbeidsmodeller og registreringsverktøy
- (etablere) kunnskapsbaserte retningslinjer

Revidert prosjektbeskrivelse for FYSIOPRIM-2015-2020, juni 2015.

Deltakere fra Universitetet i Oslo, NTNU og Trondheim kommune har vært med i andre fase. De tre hovedtemaene: for det første, metoder, verktøy og modeller, for det andre, ta i bruk ny kunnskap og for det tredje, tverrfaglig samarbeid, ble organisert i først fire tverrgående prosjekter – benevnt arbeidspakker. Kort tid etter oppstart har en femte arbeidspakke til, hospitantmodellen, kommet til (FYSIOPRIM 2020: 4), se figur 1.1. for visuell fremstilling.

Arbeidspakkene 1 til 3 gjelder databaser og klinisk verktøy, mens 4 og 5 gjelder modeller for samarbeid mellom forskning og praksisfelt i form av modeller for organisering. Arbeidet med kunnskapsbaserte retningslinjer har inngått her.

Med utgangspunkt i FYSIOPRIMs prosjektbeskrivelse fra 2014 (FYSIOPRIM, 2014) og sluttrapporten (FYSIOPRIM 2020) er de fem arbeidspakkene sammenfattet nedenfor og vurderes i kapitlene 3 og 4.

Arbeidspakke 1: Database med standardiserte data og beskrivelse av kliniske forløp og faktorer av betydning for kliniske forløp. Hensikten med arbeidspakken var å etablere metoder med gode måleegenskaper for å dokumentere behandlingsforløp, beskrive kliniske forløp for ulike pasientgrupper, undersøke faktorer av betydning for pasientenes kliniske forløp og demonstrere betydningen av data på disse faktorene. I tillegg var målet å undersøke likheter og forskjeller mellom karakteristika og forløp for pasientgrupper hos fysioterapeut, fastlege, spesialisthelsetjeneste og i befolkningen. Målet med arbeidspakken var å skape muligheter for videre analyser og spin-off prosjekter.

Arbeidspakke 2: Implementering av klinisk verktøy for registrering og bruk av pasientdata i klinisk praksis. Gjennom arbeidet skulle en utvikle suksesskriterier for implementering av klinisk verktøy, implementere verktøyet og måle resultatene opp mot suksesskriteriene, for så å justere systemet og implementeringen underveis ved behov. Det skulle undersøkes hvordan verktøyet og dataene ble brukt og om det hadde betydning for behandlingsvalg, mål og målsettingsprosessen og videre pasientenes opplevelse av behandlingen. Dessuten var det vesentlig å undersøke fysioterapeutenes erfaringer med å ta i bruk verktøyet.

Arbeidspakke 3: Prognostiske faktorer, kliniske prediksjonsregler og identifisering av undergrupper av nakke- og ryggpasienter med best utbytte av fysioterapi. Formålet var å identifisere prognostiske faktorer som predikerer god nytte av behandling og utvikle kliniske prediksjonsregler. Videre skulle undergrupper med god nytte av fysioterapibehandling identifiseres, for så å undersøke effekten av utvalgte behandlingstiltak for disse.

Arbeidspakke 4: Trondheimsmodellen. Gjennom dette arbeidet skulle det opparbeides kunnskap om lokal praksis, både på pasient- og systemnivå. Lokale retningslinjer skulle utvikles, tilpasses og gjennomføres, og en skulle opparbeide seg kunnskap om praksis etter implementering. Det ble gjennomført flere prosjekter for å utprøve modellen.

Arbeidspakke 5: Hospitantmodellen og andre samarbeidsflater. Hensikten var å prøve ut ulike modeller for å øke samarbeidet mellom klinikere i kommunehelsetjenesten og forskere. En skulle bygge opp gode samarbeidsformer og utvikle forskning basert på problemstillinger utviklet fra praksisfeltet. Som i første fase, var ordningen rettet mot klinikere i primærhelsetjenesten uten forskerkompetanse.

2.3.1 Budsjett

Fysiofondets intensjon har vært å gi forskerne stabile og forutsigbare betingelser. Derfor bestemte det å utdele større rammebevilgninger. Fondet har, bevilget totalt 57–59¹ millioner (løpende) kroner til FYSIOPRIM 2010 til 2020 (Fysiofondet 2020). Budsjettet i andre fase, 2015–2020, var 27 millioner kroner pluss andre midler på 13,3 millioner, til sammen cirka 40 millioner kroner. En del av de 13 millionene var overføringer fra første fase, noe var institusjonenes egenfinansiering og i tillegg gaveforsterkningsmidler (Fysiofondet 2015).²

FYSIOPRIM mottok nemlig midler fra Norges forskningsråd, som på vegne av Kunnskapsdepartementet forvaltet en gaveforsterkningsordning. Private gaver på minimum tre millioner kroner til langsiktig, grunnleggende forskning kunne utløse et tillegg fra staten på 25 prosent av gavebeløpet. For 2018–2019 utløste ordningen 3,9 millioner kroner til FYSIOPRIM og for 2020 1,5 millioner. Ordningen opphørte ved utgangen av 2020 (Norges forskningsråd 2021). Timetallet og egeninnsatsen til klinikere, forskere og ansatte i kommuner har vært betydelig og uvurderlig for satsingen, og skal understrekes selv om verdien av engasjement og arbeidsinnsats ikke enkelt lar seg tallfeste.

¹ Epost fra Eline Rygh, daglig leder i Fysiofondet til NIFU 28.09.2021. I, første fase ble det gitt tilsagn om inntil 32 millioner og i andre fase inntil 27 millioner, til sammen ble inntil 59 millioner kroner tildet.

² Regnskap i årsrapportene inneholder ikke detaljerte oversikter over tildelinger på arbeidspakker eller institusjoner, FYSIOPRIM, årsrapport og regnskap fra 2017 til 2020.

3 Forske, utdanne og dele kunnskap

Kunnskap skal dannes, formidles og brukes. FYSIOPRIMs hovedmål har, siden starten i 2010, vært å stimulere til kunnskapsproduksjon og kompetansebygging. Det har handlet om å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om fysioterapeutiske virkemidler for forebygging, behandling og rehabilitering innenfor muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom. Har FYSIOPRIM lagt grunnlag for langsiktig forskning og stimulert til forskning og fagutvikling i klinikk og i primærhelsetjenesten? Har FYSIOPRIM lagt til rette for formidling og utveksling av kunnskap mellom grunnleggende forskning, klinisk forskning og pasientbehandling? I dette kapitlet vurderer vi FYSIOPRIMs betydning for å forske og utdanne, danne fagkunnskap og spre den. Vi undersøker volum, temavalg, og hvordan forskningsbasert kunnskap gjøres tilgjengelig for ulike grupper brukere. Kapitlet legger vekt på avsenderne, mens det neste retter blikket mot mottakere og samhandling.

3.1 Kunnskapsdeling i flere kanaler

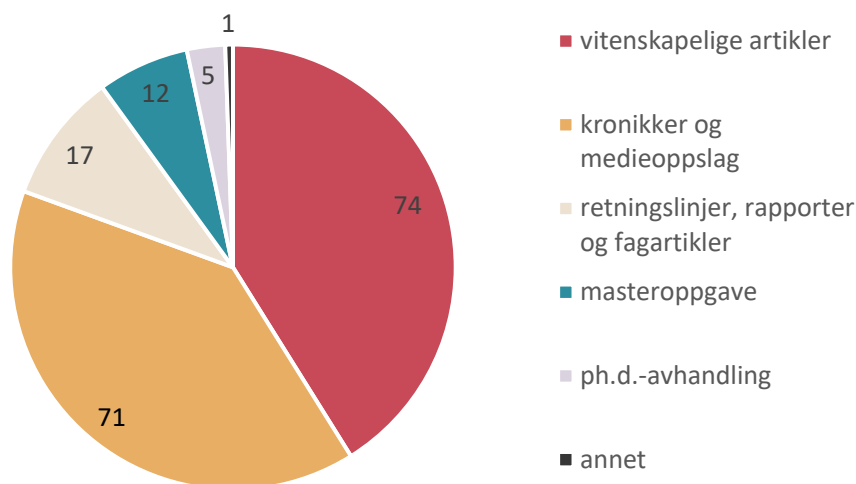
FYSIOPRIM handler om forskning, fagutvikling og utdanning – samspillet mellom måter å bygge og bruke kunnskap rettet mot primærhelsetjenesten. Et kjernemotiv bak satsingen har vært å bygge formal kompetanse og utvikle kunnskapsbasert praksis om hvordan fysioterapi kan forebygge, behandle og rehabiliterer lidelser i nerver, muskler og skjelett. Forskning, vitenskapelige resultater og utdanning utgjør grunnleggende forutsetninger for en bærekraftig, anvendelig kompetanse for praksis. For å undersøke hvordan FYSIOPRIM har lyktes med kompetansebygging i akademisk forstand gjennomgår vi resultater fra satsingen med vekt på publisering i vitenskapelige kanaler, avhandlinger for ph.d.-graden og masteroppgaver. Videre ser vi på kanaler rettet mot fysioterapeuter, tilliggende profesjoner samt formidling beregnet på allmennheten.

Per januar 2021 utgjorde de skriftlige bidragene for 2010–2020 samlet sett, 180 arbeider.³ Figur 3.1 nedenfor viser fordelingen på publikasjonstyper i antall.

³ Tallet inkluderer publikasjonsliste fra FYSIOPRIM (nettpresentasjon), programmets sluttrapport for perioden 2015–2020, supplerende referansesøk i Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST. Dessuten er masteroppgaver tatt med.

Vi ser en fordeling med mange ulike typer og slutter av det at kunnskapsbyggingen i FYSIOPRIM både har vært rettet mot vitenskapelige fagfeller og mot et bredere, faglig kyndig publikum, det være seg fysioterapeuter eller andre brukere i (primær)helsetjenesten og/eller en bredere allmennhet.⁴ Deltakerne i FYSIOPRIM har altså lagt til rette for å nå et bredt spekter av mottakere.

Vitenskapelige publikasjoner, her presisert til artikler, har utgjort 74 av 180, eller 41 prosent av samtlige bidrag fra satsingen.⁵ Avhandlinger for ph.d.-graden har utgjort 5 bidrag, mens masteroppgaver har vært 12 av de 180 bidragene. Sjangrene kronikker og medieoppslag har talt 71 av 180 bidrag, eller 39 prosent. Det er verdt å merke seg at spesielt i siste del av hver fase har forskere og andre fagfolk bidratt til en rekke kronikker og medieoppslag. (jf. tabell v. 2). Utover artikler og kronikker/medieoppslag ble det publisert 17 retningslinjer, rapporter og fagartikler i perioden.



Figur 3.1 Skriftlig kunnskapsproduksjon etter publikasjonstype, 2010–2020.

N=180. Kilde: Publikasjonsliste fra FYSIOPRIM (nettpresentasjon), programmets sluttrapport for prosjektperioden 2015–2020 og supplerende referansesøk i Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST.

3.2 Vitenskapelig publisering, hvor og hvor mye?

Resultater fra FYSIOPRIM har nådd ut til en rekke tidsskrifter. 59 av 74, eller 80 prosent av artiklene er utgitt i internasjonale tidsskrifter, mens 15 av 74, eller 20

⁴ Sluttrapporten for FYSIOPRIM oppgir fire ph.d.-grader; i første halvdel av 2021 ble nok én avhandling levert til bedømmelse.

⁵ Supplerende søk i Google Scholar ga treff på ytterligere 14 vitenskapelige bidrag, inkludert korte artikkelsammendrag fra konferanser og artikler under utgivelse. Søket ga også treff på enkelte fagfellevurderte artikler som refererte til FYSIOPRIM uten å direkte formidle resultater fra satsingen. De er ikke inkluderte.

prosent av dem ble publisert i norske tidsskrifter, men slik at artiklene langt på vei har vært samlet i *Fysioterapeuten*. 14 av 15 norskspråklige arbeider har stått på trykk her. Mens det er en konsentrasjon nasjonalt, ser vi en tydelig spredning internasjonalt. Tabell 3.1 gir oversikt.

Tabell 3.1 Tidsskrifter med fagfelleverderte FYSIOPRIM-artikler, 2010–2020.

Tidsskrift	Antall artikler
AAAI Press	1
Aging Clinical and Experimental Research	1
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation	1
Arthritis Care & Research	2
BMC Health Services Research	2
BMC Musculoskeletal Disorders	4
BMJ Open	1
Cappelen Damm Akademisk	1
Cochrane Database of Systematic Reviews	1
Communication & Medicine	1
Contemporary Clinical Trials Communications	1
European Journal of Pain	1
European Journal of Physiotherapy	1
European Journal of Sport Science	1
Fysioterapeuten	14
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1
Journal of health services research & policy	1
Journal of Occupational Rehabilitation	1
Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy	1
Journal of Rehabilitation Medicine	1
Journal of Rheumatology	1
Manual Therapy	4
Medical Hypotheses	1
Musculoskeletal Care	1
Osteoarthritis and Cartilage	1
Pain	1
Physical & Occupational Therapy In Pediatrics	1
Physiological Reports	2
Physiotherapy	3
Physiotherapy journal	4
Physiotherapy Theory and Practice	6
PlosOne	1
ResearchSquare	2
RMD Open	1
Routledge	1
Scand J of Pain	1
Scandinavian Journal of medicine & science in sports	1
Spine	2
Tidsskrift for psykisk helsearbeid	1
Taylor & Francis	1
Totalsum	74

Kilde: Publikasjonsliste fra FYSIOPRIM, Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST.

Listen over internasjonale tidsskrifter i tabell 3.1 inneholder en rekke tidsskrifter som er rangert på nivå-2 i det norske registeret over vitenskapelige publiserings-

kanaler.⁶ Også i informantintervjuer ble flere av tidsskriftene i tabell 3.1 fremhevet som viktige kanaler for formidling av forskning på fagfeltet internasjonalt, særlig *European Journal of Physiotherapy*, *Physiotherapy*, *Physiotherapy Theory and Practice* og *Manual Therapy*.

Som vi ser, er flere av tidsskriftene spesialisert innenfor fysioterapi, muskelskjelettlidelser, artrose og rehabilitering. Det passer tematisk godt overens med temaområder i FYSIOPRIM. Samtidig er det publisert FYSIOPRIM-artikler i en rekke tidsskrifter som ikke er tematisk spesialiserte innenfor disse områdene. Denne spredningen til andre tidsskrifter kan bidra til at forskningen når ut til fagfeller utenfor egne spesialiserte fagfelter.

Innslaget av artikkelforfattere med institusjonsadresse utenfor Norge er beskjedent. Det er ikke uventet gitt at FYSIOPRIM var nasjonalt basert og rettet mot forskning i og for primærhelsetjenesten i Norge. Men selv om forskere utenfor landet sjelden er medforfattere, så synes artiklene tematisk relevante og kvalitetsmessig å holde et slikt nivå at de har interesse utenfor en særnorsk sammenheng.⁷

Av de 74 fagfelleverderte artiklene har, som nevnt over, 15 av dem vært utgitt i norske tidsskrifter, altoverveiende i *Fysioterapeuten*. Dette profesjonsrettede tidsskriftet når, ifølge våre informanter, bredt ut til fysioterapeuter i og utenfor klinikk, men også andre kollegaer i tilgrensende profesjoner i helsesektoren. Fysioterapeuter i klinikk har, som kjent, vært en sentral målgruppe for FYSIOPRIM. *Fysioterapeuten* synes å være en meget viktig kanal for generell spredning av ny, forskningsbasert kunnskap om fysioterapi, herunder til primærhelsetjenesten. Videre forteller informanter at de har opplevd liten interesse fra internasjonale miljøer når det kommer til de vitenskapelige artiklene som er publisert i *Fysioterapeuten*. Vi oppfatter at liten internasjonal interesse for denne forskningen i stor grad handler om forskningens innretning og tema, som er særlig rettet mot kommunehelsetjenesten i Norge, heller enn kvaliteten på forskningen som er gjort.

3.3 Temafordeling

Da FYSIOPRIM startet i 2010, var satsingen tuftet på tre hovedtemaer: 1) metoder for innsamling av data i klinisk praksis, 2) kliniske studier og kohortstudier og 3) modeller for forskning i primærhelsetjenesten. I andre fase, 2015–2020, ønsket Fysiofondet å videreføre deler av dette arbeidet med tydeligere konsentrasjon om

⁶ Det nasjonale publiseringsutvalget som organiserer Norsk publiseringsindikator, bestemmer nivå 2-publikasjoner slik: "Nivå 2 skal være begrenset til publiseringskanaler som anses å være faglig ledende i brede fagsammenhenger. [...] Nivå 2 skal være en rettesnor for hvor forskere vil forsøke å publisere sine ledende vitenskapelige arbeider."

⁷ Per sommeren 2021 var det for kort siden FYSIOPRIM var avsluttet til å analysere om artiklene blir referert til og sitert fra (se kap. 6).

metoder, verktøy og modeller i tillegg til å tilrettelegge for bruk av ny kunnskap og metode og tverrfaglig samarbeid. Se figur 1.1 for oversikt og detaljer.

Vi har gjennomgått de 74 vitenskapelige artiklene som ble publisert i perioden 2010 til 2020 for å kartlegge temaer, og hvilke temaer som forekom oftere enn andre. Formålet har vært å se om artiklene gjenspeiler ambisjonene og målene til FYSIOPRIM-satsingen (jf. mandatet for evalueringen, 1.2).

Vi har valgt ut fire tematiske kategorier med tilhørende tema. Disse ble valgt delvis ut ifra målene til FYSIOPRIM, og delvis ut fra temaer som viste seg sentrale i flere av artiklene, og som derfor fremheves.

De vitenskapelige artiklene delte vi inn i fire kategorier:

1. metode, verktøy og utvikling av dette
2. forebygging, behandlingsform og -utfall
3. pasientgruppe
4. annet.

Tittel, sammendrag og nøkkelord ble brukt for å bestemme tema for hver artikkel. Et hovedtema ble bestemt for hver artikkel. I tillegg hadde mange av artiklene ett eller flere undertemaer. Tabell 3.2 viser fordelingen av temaer i artiklene, både hovedtema for hver enkelt artikkel og eventuelle undertema(er).

Tabell 3.2 Tema i vitenskapelige artikler. Hovedtema og undertema(er).

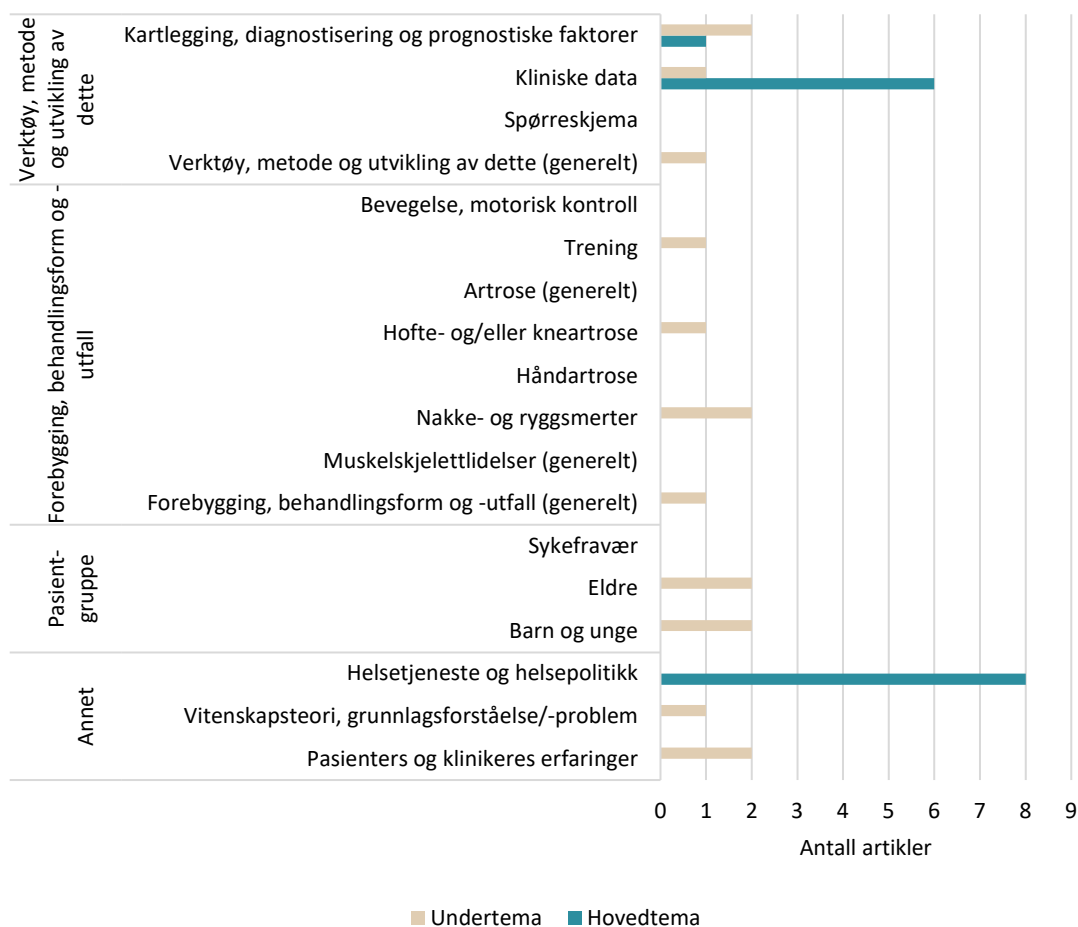
Kategori	Tema	Hovedtema	Undertema
Verktøy, metode og utvikling av dette	Verktøy, metode (metodeutvikling) av dette (generelt)	4	2
	Spørreskjema	2	1
	Kliniske data	14	1
	Kartlegging, diagnostisering og prognostiske faktorer	12	4
Forebygging, behandlingsform og -utfall	Forebygging, behandlingsform og -utfall (generelt)	4	2
	Muskelskjelettlidelser (generelt)		8
	Nakke- og ryggsmarter	4	15
	Håndartrose		4
	Hofte- og/eller kneartrose		4
	Artrose (generelt)		1
	Trening	8	5
Bevegelse, motorisk kontroll	3	5	
Pasientgruppe	Barn og unge		6
	Eldre		4
	Sykefravær	1	
Annet	Pasienters og klinikers erfaringer	6	7
	Vitenskapsteori, grunnlagsforståelse/-problem	6	3
	Helsetjeneste og helsepolitikk	10	1
Sum		74	73

Tabell 3.2 viser bredden i publikasjonene og hvilke temaer som har forekommet hyppigere enn andre. Et stort antall artikler har handlet om muskelskjelettlidelser, særlig *nakke- og ryggsmarter* (19 artikler), *kartlegging, diagnostisering og prognostiske faktorer* (16), *kliniske data* (15) og *helsetjeneste og helsepolitikk* (11),

enten som hovedtema eller som undertema. *Trening og pasienters og klinikers erfaringer* var også temaer i ti eller flere artikler. Ellers har *artrose*, mer spesifikt hånd-, hofte- og/eller knearterose, vært undertema i ni artikler. Videre har det vært artikler som handler om avgrensede pasientgrupper; om *barn og unge* fant vi seks artikler og om *eldre* fire artikkelbidrag.

Temaer i norske fagfelleverderte artikler

De fleste norskspråklige fagfelleverderte FYSIOPRIM-artiklene hadde en klinisk orientering og var rettet mot helsetjenesten. Hovedtema i åtte av de 15 artiklene har vært *helsetjeneste og helsepolitikk*, mens hovedtema i seks andre artikler har vært *kliniske data*. Artiklene har formidlet ny kunnskap om eksempelvis avtalefysioterapeuter, privat praksis, funksjonsvurdering, retningslinjer for behandling, behandlingsforløp og flere nye verktøy for klinisk praksis. Artiklene som omhandler helsetjeneste og helsepolitikk kan ses som bidrag til et bedre beslutningsgrunnlag for forvaltning og politiske myndigheter, et av målene i FYSIOPRIM-satsingen. Hovedtema i den siste av de 15 artiklene var *kartlegging, diagnostisering og prognostiske faktorer*. Figur 3.2 illustrerer hvordan de 15 artiklene publisert i norske tidsskrift fordeler seg etter tema.



Figur 3.2 Temaer i norskspråklige vitenskapelige artikler.

Artiklene tar for seg ulike praksisfelt og pasientgrupper som barnefysioterapi, fysioterapi i skolehelsetjeneste i tillegg til eldre aldersgrupper. Søkelys på disse pasientgruppene kan ha bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget for god faglig og administrativ kvalitet på fysioterapi i primærhelsetjenesten, et annet av målene til FYSIOPRIM.

Én vitenskapelig artikkel drøfter dessuten helseøkonomisk vurdering i fysioterapi. Kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi ved muskelskjelettlidelser og neurologisk sykdom var et mål i Fysiofondets utlysning i 2009. Vi kan ikke finne at det har blitt fulgt opp med flere prosjekter. Gjennom informantintervjuene oppfatter vi også at det helseøkonomiske aspektet har vært savnet i det vitenskapelige arbeidet som kan tilskrives FYSIOPRIM. Det kunne være behov for å engasjere personer med fagkompetanse utenfor fysioterapifeltet for å belyse og bringe frem ny kunnskap om denne type tema. Samfunnsøkonomiske gevinster av fysioterapi og det helseøkonomiske aspektet er heller ikke å finne i Fondets utlysning fra 2014. De valgte altså å endre strategi på dette punktet.

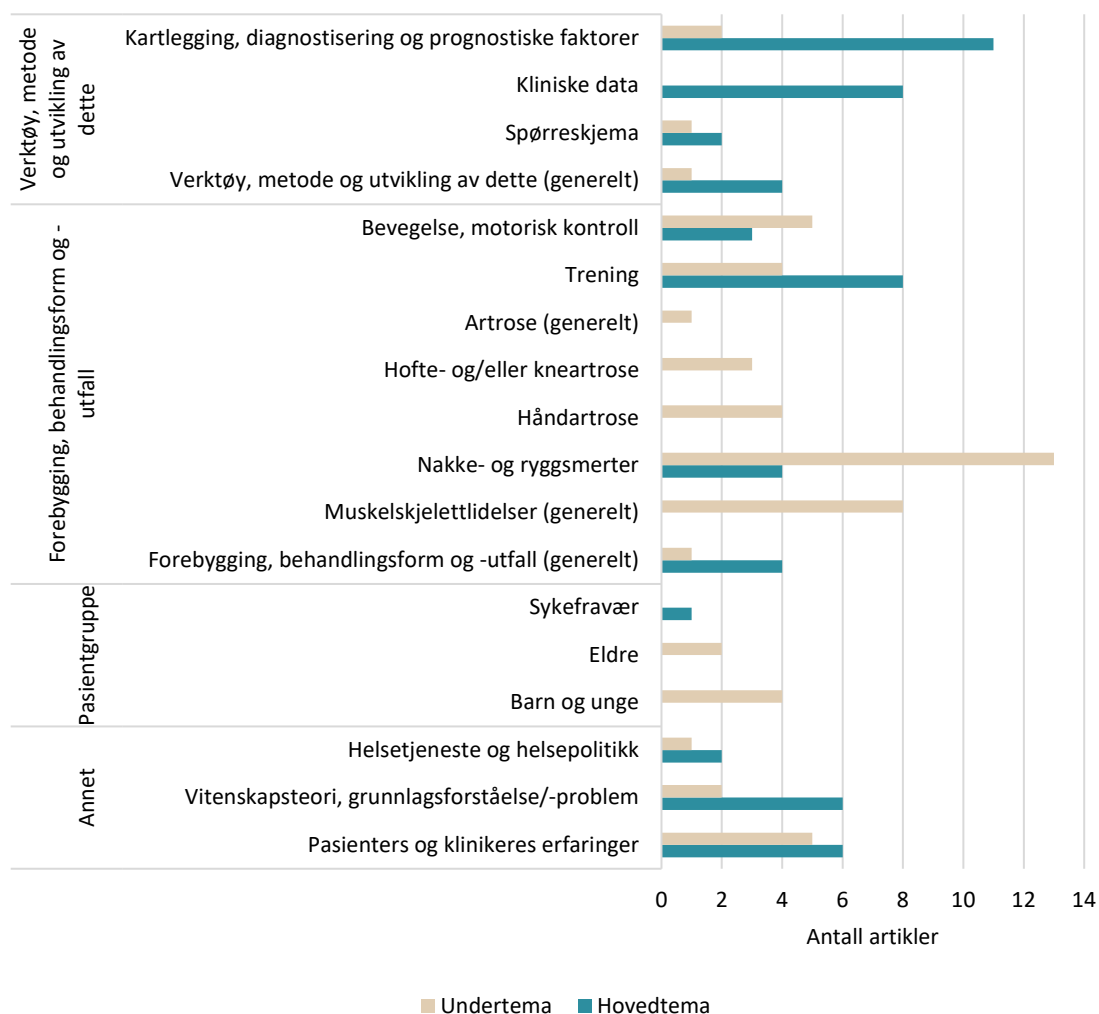
Tabell 3.3 Titler i norskspråklige, fagfelleverderte artikler fra FYSIOPRIM, 2010–2020.

Avtalefysioterapeuters prioritering av henvendelser: En tekstanalyse
<i>Back Performance Scale</i> (BPS): Funksjonsvurdering av pasienter med ryggplager i primærhelsetjenesten
Bruk og brukere av fysioterapi i privat praksis i primærhelsetjenesten
Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten: Pasient-Spesifikk Funksjons Skala
Evaluering av behandlingsforløp og utkomme i klinisk praksis
FysioPol – en ny elektronisk database for kvalitetssikring og kunnskapsutvikling i fysioterapi
Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis
Fysioterapi i videregående skole - en kvalitativ intervjustudie
Fysisk aktive eldre og treningsvaner
Fysisk funksjon hos eldre som går til fysioterapeut i Kongsberg kommune - en tverrsnittsundersøkelse
Helseøkonomisk evaluering i fysioterapi
Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid
Ny metode for funksjonsvurdering av pasienter med hoft- og/eller kneartrose
Prioritering og ventetid hos avtalefysioterapeuter - en tverrsnittstudie
Utvikling av retningslinjer for kunnskapsbasert barnefysioterapi i primærhelsetjenesten

Kilde: Publikasjonsliste fra FYSIOPRIM, Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST.

Temaer i internasjonale tidsskrifter

De fagfelleverderte artiklene publisert i internasjonale tidsskrift har en noe større bredde i sine temaer sammenlignet med artiklene publisert i norske tidsskrift. Figur 3.3 illustrerer dette, særlig når det gjelder bredden i hovedtema. *Kartlegging, diagnostisering og prognostiske faktorer, kliniske data og trening* er blant hovedtemaene som går igjen i en rekke artikler, i tillegg til *pasienters og klinikers erfaringer* og *vitenskapsteori*. Artikler som bidrar til ny kunnskap om kartlegging, diagnostisering og prognostiske faktorer og pasienters og klinikers erfaring, kan være særlig relevante for å styrke grunnlaget for bedre pasientforløp, mens for artiklene som setter søkelys på trening kan bidra til bedre helse for brukere i primærhelsetjenesten, to av målene til FYSIOPRIM.



Figur 3.3 Temaer i vitenskapelige artikler publisert internasjonalt.

Mer enn halvparten av artiklene omhandler muskelskjelettlidelser, herunder nakke- og ryggsmertesmerter samt hånd-, hofte- og/eller kneartrose. Disse artiklene har igjen kobling til medisinske fagfelter som nevrologi, ortopedi og revmatologi i tillegg til det bredere helseområdet, rehabilitering. I hovedmålet for Fysiofondets satsing i 2009 var muskelskjelettlidelser et område man ønsket å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om.

Sett i sammenheng med de fagfelleverderte artiklene publisert i norske tidsskrift, stort sett i *Fysioterapeuten*, synes vektleggingen i de internasjonale, fagfelleverderte artiklene fra FYSIOPRIM å gjenspeile programmets innretning på en god måte. Artiklene publisert i norske tidsskrift vektlegger i større grad *helsetjeneste og helsepolitikk* og er tettere knyttet til primærhelsetjenesten i Norge sammenlignet med artiklene som er publisert internasjonalt. Slik sett utfyller de fagfelleverderte artiklene hverandre godt.

3.4 Ph.d. og master betyr styrket fagkompetanse

Ett mål for FYSIOPRIM har vært å legge grunnlag for langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten. En viktig del av denne målsettingen er formell utdanning med gradsbelegg for å bygge forskerkompetanse og enda bedre kunnskapsbasert klinisk praksis. FYSIOPRIM har bidratt til det blant annet med mastergradsoppgaver og doktorgradsavhandlinger.

Tre ph.d.-avhandlinger med tilknytning til FYSIOPRIM ble forsvart for ph.d.-graden henholdsvis høsten 2014 (Tveter), våren 2016 (Meisingset) og våren 2017 (Lillehagen). Disse er oppført på publikasjonslista fra FYSIOPRIM-programmet. Ytterligere to ph.d.-avhandlinger (Blixt og Nordstoga) med tilknytning til FYSIOPRIM ble innlevert i 2020–2021 (jf. tabell 3.4). Begge disse siste kandidatene er ellers oppført som forfatter/medforfatter til to fagfelleverderte artikler på programmets publikasjonsliste.

De fem avhandlingene dekker temaer som vi kjenner igjen fra den tematiske inndelingen, presentert for de vitenskapelige artiklene (jf. tabell 3.2). De handler blant annet om kliniske tester og deres måleegenskaper, bevegelse og motorisk kontroll hos pasienter med nakkesmerter, elektronisk verktøy til bruk i klinisk praksis, og korsryggsmerter. Én avhandling undersøker forskningsbasert kunnskap i praksis, og forskning der kunnskapsbrukere er involvert i forskningsprosessen. Å stimulere til forskning som resulterer i gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling var blant målene i FYSIOPRIM-satsingen. Involvering av kunnskapsbrukere i forskningsprosessen, altså klinikere, har vært en måte å fremme dette målet på.

Tabell 3.4 Ph.d.-avhandlinger med tilknytning til FYSIOPRIM.

Navn	Tittel på ph.d.-avhandling	Disputas-institusjon	År
Tveter, Anne Therese	Measuring Health-Related Physical Fitness in Physiotherapy Practice: Reliability, Validity, and Feasibility of Clinical Field Tests and a Patient-Reported Measure	UiO	2014
Meisingset, Ingebrigt	Motion, Motor Control and Psychological Factors in Neck Pain	NTNU	2016
Lillehagen, Ida*	Participatory Research as Knowledge Translation Strategy. An ethnographic study of knowledge co-creation	UiO	2017
Nordstoga, Anne Lovise**	Low back pain: Prognostic and associated factors within a biopsychosocial framework	NTNU	2020
Blixt, Line	An electronic clinical tool in physiotherapy: a study of the adoption and use of novel technologies in the practicing of physiotherapy	UiO	2021

*Studerte FYSIOPRIM og kunnskapsutveksling som fant sted gjennom programmet. Flere deltakere var dels finansiert av Fysiofondet. Lillehagens stipend var finansiert av Universitetet i Oslo.

**Bygger på longitudinelle data om korsryggsmerter fra HUNT og til dels FYSIOPRIM. Gjennomført blant annet med støtte av Fysiofondet.

Masteroppgaver løftes ikke fram i FYSIOPRIMs publikasjonsliste, men fremheves i noen av framdriftsrapportene, fordi oppgavene gjerne var faglig knyttet til spesifikke deler av forskningssatsingen. Vi anser masteroppgaver som en del av FYSIOPRIMs bidrag til formalisert kompetansebygging.

Vi har funnet tolv masteroppgaver med ulik tilknytning til FYSIOPRIM. Noen av studentene har gjerne mottatt støtte til gjennomføring av masteroppgaven fra FYSIOPRIM, andre oppgaver er utarbeidet som en del av et større prosjekt innenfor FYSIOPRIM, eller at studenter har tatt del i datainnsamling og brukt data fra FYSIOPRIM i arbeidet med masteroppgaven. For eksempel har hospitantordningen stimulert to av hospitantene til å starte på en masterutdanning, der de brukte data fra FYSIOPRIM i oppgaven. Andre studenter har bare brukt manualer som er utarbeidet gjennom FYSIOPRIM i arbeidet med oppgaven.

Tabell 3.5 Et utvalg masteroppgaver med ulik tilknytning til FYSIOPRIM.

Navn	Tittel på masteroppgave	Institusjon	År
Moseng, T.	Pasientspesifikt funksjonsmål: Et verktøy til bruk i fysioterapi praksis?	UiO	2011
Andresen, H.	Normaldata for bevegelse og bevegelseskontroll i nakken hos nakkefriske personer,	NTNU	2013
Chomon, CEC.	Hodets stødighet ved isometrisk nakkefleksjonstest til utmattelse,	UiB	2014
Lunde, J.	Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten	UiO	2015
Bakkane, K-L.	Privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med henvisningsdiagnoser,	USN	2016
Kvambekk, AK.	Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt - Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere-En kvalitativ ...,	HiOA	2017
Meyer, KM.	Hva kjennetegner hjemmeboende eldre i forebyggende treningsgrupper i Oppegård kommune? Har muskelstyrke, balanse, ganghastighet og bekymring for fall ...,	HiOA	2018
Skinnes, MN.	Psykososiale faktorerens betydning for utfall av fysioterapi-behandling.,	UiO	2019
Games, EM.	Sammenheng mellom psykiske faktorer og smerteintensitet hos kroniske rygg pasienter: En prospektiv kohort,	OsloMet	2019
Bjørger, EA.	Hjerterehabilitering: Effekt av tidlig hjerterehabilitering hos eldre,	NIH	2020
Hofmo, J.	The number of pain sites in individuals seeking physiotherapy and the association with biopsychosocial pain characteristics: A cross sectional study	NTNU	2020
Øyehaug, GA.	Pasienter med muskel- og skjelettplager hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten – arbeidsevne og sammensatte helseplager	USN	2021

Kilde: Google Scholar.

Videreutdanning er definert som utdanning som leder til formell kompetanse og studiepoeng innenfor det ordinære utdanningssystemet, eksempelvis mastergradsutdanning. Vi har ikke informasjon om hvor mange av de tolv masteroppgavene som er gjennomført som videreutdanning eller som sammenhengende studieløp. Vi vet likevel fra intervjuer at flere av masterkandidatene var praktiserende fysioterapeuter før de tok mastergraden, og har dermed tatt med seg

kompetanse fra utdanningen tilbake til klinisk praksis, til fagutvikling på egen arbeidsplass eller lignende. På denne måten kan FYSIOPRIM ha bidratt til økt kompetanse i fysioterapipraksis. Intervjuer med forskere, klinikere og representanter fra kommuner underbygget denne antakelsen.

3.5 Kunnskapsspredning som formidling

Hvordan bringes kunnskap ut og i hvilke sjangre?

3.5.1 Kronikker og medieoppslag

Kronikker og andre oppslag i fagtidsskrifter, aviser og blogger er sjangre rettet mot klinikere, men også ofte allmenheten og den offentlige debatten. Til gruppen publisering som er ment å nå et bredere publikum enn fagsamfunnet av forskere regner vi også sammendrag av fagfelleverderte artikler og doktoravhandlinger.

På egen publikasjonsoversikt har FYSIOPRIM registrert 20 kronikker og medieoppslag. Vi har supplert dette med supplerende søk i Norart-basen og i mediedatabasen ATEKST (se kapittel 6 for beskrivelse). De fleste kronikkene og medieoppslagene har stått på trykk i fagtidsskriftet og medlemsbladet *Fysioterapeuten*, som både publiserer fagfelleverderte artikler og andre faglige bidrag. Et fåtall har blitt publisert i regionale og lokale medier, gjerne knyttet til kommuner der FYSIOPRIM har hatt aktiviteter. Likevel er hovedbildet at *Fysioterapeuten* også dominerer den allmennrettede formidlingen fra FYSIOPRIM. Inntrykket av *Fysioterapeutens* betydning for kunnskapsspredning ble stadfestet i informantintervjuer. Papirutgaven blir sendt til medlemmer i Norsk Fysioterapiforbund (NFF) og andre abonnenter. Intervjuene har stadfestet at journalistikken bevisst vinkles for å gjøre fagstoffet aktuelt, spesielt for flertallet av leserne – klinikere. *Fysioterapeuten* publiserer på nett i tillegg til papirutgaven. Informantene pekte på en interessant observasjon: På nettsidene ser det ut til at fysioterapeutene er i flertall blant dem som skriver i kommentarfeltet. *Fysioterapeuten* fremstår som en viktig kanal for forsknings- og fagformidling ved siden av de vitenskapelige publikasjonene. Tidsskriftet synes å ha vært en viktig kanal for FYSIOPRIM, for å nå ut og særlig fram til klinikere.

Tematikken i kronikkene og andre medieoppslag overlapper i betydelig grad med de fagfelleverderte artiklene i tidsskriftet. De fleste publikasjonene har enten å ha en klar praktisk innretning for profesjonsutøvere eller gi en situasjonsbeskrivelse, for eller analyser, av fysioterapi i primærhelsetjenesten. Gjennom informantintervju har vi også fått inntrykk av at *Fysioterapeuten* har jobbet aktivt med å skape denne type redaksjonelt innhold som omhandler den vitenskapelige

aktiviteten fra FYSIOPRIM for å nå et bredere publikum enn fagfeller. Titlene på et utvalg publikasjoner er presentert i tabellen under.

Tabell 3.6 Fysioterapeuten, overskrifter i kronikker, essays og sammendrag.

Beskrivelse av barn og voksne som får oppfølging av kommunalt ansatte fysioterapeuter i Trondheim kommune
Direkte tilgang - hensikter og realiteter
Dårlig fysisk form ved muskelskjelettplager
Enkelt er godt nok - om å dokumentere klinisk praksis
Et skråblikk på spedbarnsasymmetri - fortsatt et stykke fra teori til praksis?
Forskning og praksis hånd i hånd - mål eller utopi?: tanker om forskningens betydning for praksis - og vice versa
FYSIOPRIM - for å styrke primærhelsetjenesten gjennom forskning
Fysioterapeuter i primærhelsetjenesten - hva gjør vi egentlig?
Idrettsfysioterapi - viktig kompetanse som kan brukes enda bedre?
Kan fysioterapeuters praksis dokumenteres? Erfaringer og utfordringer fra FYSIOPRIM.
Kjernesett for rehabilitering ved muskel- og skjelettsykdommer, skader og plager
Pasienter hos privatpraktiserende fysioterapeuter i primærhelsetjenesten; hvem er de?
Store muligheter for styrking av fysioterapi i primærhelsetjenesten
Testing av fysisk form i fysioterapipraksis – en metodestudie
Vurdering av måleinstrumenter for klinisk praksis

Kilder: Publikasjonsliste fra FYSIOPRIM, Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST.

3.5.2 Retningslinjer, rapporter og fagartikler

En betydelig andel av FYSIOPRIM-publikasjonene er rettet inn mot klinikere og ledelse i kommunalhelsetjenesten, to viktige målgrupper for FYSIOPRIM. Eksempler på dette er kliniske retningslinjer, rapporter og fagartikler som i stor grad er resultater av samarbeid mellom klinikere, kommuner og forskningsmiljøer som har vært involvert i FYSIOPRIM. Forfatterne inkluderer gjerne en forsker og en eller flere klinikere. I tillegg har både helsesykepleiere og personer i ulike lederroller i deltakende kommuner bidratt i arbeidet. I noen tilfeller er en av de deltakende klinikerne også del av hospitantordningen i FYSIOPRIM. Hospitantene skal være brobyggere mellom forskningsmiljøene og kommunene, og deltakelse i denne type arbeid kan være en del av denne rollen (jf. 4.2.1).

Retningslinjer, rapporter og fagartikler publisert i sammenheng med FYSIOPRIM utgjør 17 av de 180 skriftlige bidragene; 13 av dem er publisert i siste programperiode. Sju publikasjoner omhandler fysioterapipraksis for barn og spedbarn, eksempelvis om fysioterapi i skolehelsetjenesten eller retningslinjer for oppfølging av premature barn eller barn med tångange, inntåing og plattfot. Se fullstendig liste over titler i tabell 3.7 under.

Tabell 3.7 Titler på retningslinjer og rapporter fra FYSIOPRIM.

«Bergen barn» Et prosjekt om fysioterapipraksis for spedbarn 0–12 måneder
Eldre mottagere av fysioterapi i Kongsberg kommune, hvem er de? FYSIOPRIM i Kongsberg
Fagutviklingssamtaler med avtalefysioterapeuter i Lillehammer kommune
Fra tjenestemottaker til frivillig – et folkehelseiltak i praksis
Fysioterapi i skolehelsetjenesten
Hospitantordningen i FYSIOPRIM. Erfaringer og refleksjoner.
Inntåing. Retningslinjer for kunnskapsbasert oppfølging av barn henvist for inntåing i Trondheim kommune.
Plattfot. Retningslinjer for kunnskapsbasert oppfølging av barn henvist for plattfot i Trondheim kommune.
Premature barn. Retningslinjer for kunnskapsbasert oppfølging av barn født før uke 32/under 1500g i Trondheim kommune
Selvstendig, trygg og aktiv: Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering.
Spedbarnsasymmetri. Retningslinjer for kunnskapsbasert oppfølging av barn henvist for spedbarnsasymmetri i Trondheim kommune
Tå gange. Retningslinjer for kunnskapsbasert oppfølging av barn henvist for tå gange i Trondheim kommune.
Vondt å vente – et prosjekt om venteliste hos fysioterapeuter med driftsavtale.

Kilder: Publikasjonsliste fra Fysioprime, Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Nordart og ATEKST.

3.5.3 Annen formidlingsaktivitet

I tillegg til de overnevnte skriftlige bidragene fra FYSIOPRIM, har det skjedd mye annen formidling gjennom hele programperioden. Eksempler på slik aktivitet er foredrag, presentasjoner, posters, workshops og videoer. Disse aktivitetene handler alle om å formidle ny kunnskap som har kommet frem gjennom FYSIOPRIM-satsingen. Det foreligger ingen samlet oversikt over disse aktivitetene fra FYSIOPRIMs side, slik som for de skriftlige bidragene, men framdriftsrapportene for den siste femårsperioden gir en del informasjon. Her finner vi til sammen 44 formidlingsaktiviteter fra perioden. Det nevnes også at det er blitt holdt flere presentasjoner i ulike fora uten at det er spesifisert hvor og når, de er derfor ikke inkludert her.

Over halvparten (25) av de 44 øvrige formidlingsaktivitetene er, ifølge framdriftsrapportene, foredrag eller presentasjoner. Ti av dem er holdt ved internasjonale samlinger som World Confederation for Physical Therapy, In Sickness and in Health (ISIH) og International Back and Neck Pain Research Forum. Øvrige foredrag og presentasjonene synes å være presentert for et nasjonalt publikum, eksempelvis på Fysioterapikongressen, Norsk smerteforenings fagkonferanse og Nasjonal forskningskonferanse innen muskelskjeletthelse.

I forbindelse med Fysioterapikongressen i 2018 bidro FYSIOPRIM med åtte posters. Det ble i tillegg holdt to workshops og tre sesjoner. Videre er det laget tre videofilmer av FYSIOPRIM helt på slutten av programperioden. Videoene handler om fysioterapi i praksis, mer spesifikt om systematisk innhenting av

pasientinformasjon, retningslinjer for kunnskapsbasert praksis i barnefysioterapi og test av fysisk funksjon og eldre.

3.6 Oppsummert

Gjennom litt over ti år har FYSIOPRIM bidratt betydelig til kunnskapsproduksjon og -spredning, både i form av vitenskapelige artikler, doktoravhandlinger, kronikker og medieoppslag samt retningslinjer, rapporter og en rekke andre formidlingsaktiviteter. Produksjonen har vært omfattende, tematisk bred og jevnt fordelt mellom vitenskapelig og faglig formidling.

De vitenskapelige artiklene har stått for nesten halvparten av de skriftlige bidragene. De aller fleste har blitt utgitt i internasjonale tidsskrifter. Spredningen på tidsskrifter har vært stor, og de fleste av dem synes å være sentralt plassert innenfor sine tematiske områder. Nasjonal publisering har derimot vært tydelig konsentrert til ett tidsskrift: *Fysioterapeuten* som har vært en viktig kanal for vitenskapelige artikler om fysioterapiforskning til norske fagfeller. Selv om *Fysioterapeutens* primære målgruppe er fysioterapeuter, når tidsskriftet også ut til tilliggende profesjoner i helsesektoren; slik har den nasjonale publiseringen fra FYSIOPRIM trolig nådd bredt ut, selv om den hovedsakelig har blitt kanalisert gjennom ett tidsskrift.

Samlet sett har den vitenskapelige publiseringen oppvist stor tematisk bredde, men med et hovedfokus på *bruk og utvikling av metoder og verktøy*, og oppmerksomhet om *forebygging, behandlingsformer og -utfall*.

De fleste norskspråklige artiklene har vært klinisk orienterte og rettet mot primærhelsetjenesten. De har gjerne omhandlet norske forhold, og det gir mening at de har blitt utgitt, på papir og digitalt, i norske tidsskrifter. Kunnskap om de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapi, er en prioritering Fondet valgte å gå bort fra i 2014-utlysningen og ble i mindre grad dekket. Intervjuene har også etterlatt et inntrykk av at dette temaet langt på vei har vært fraværende i FYSIOPRIM. Samtidig ble det uttrykt et ønske om mer kunnskap på dette området.

Sammenlignet med de norskspråklige artiklene har de internasjonale, engelskspråklige arbeidene oppvist større tematisk bredde. Temaene i dem synes spesielt relevante for å bevare to av målene for FYSIOPRIM-satsingen i første fase: styrke grunnlaget for bedre pasientforløp og bedre helse for brukere i primærhelsetjenesten. *Muskelskjelettlidelser* var tema i over halvparten av artiklene, et område der Fysiofondet, gjennom sin FYSIOPRIM-satsing ville fremskaffe mer forskningsbasert kunnskap.

Gitt at FYSIOPRIM skulle legge grunnlag for langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten, inngår doktoravhandlingene som kan knyttes til FYSIOPRIM, til innsatsen med å bygge forskerkompetanse. Flere avhandlinger har hatt temaer rettet mot klinisk praksis,

og har bidratt til gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling – et av satsingens hovedmål. Fysioterapeuter som tar formalisert videreutdanning, for eksempel en mastergrad, bidrar også til å bygge kompetanse. Tolv masteroppgaver som direkte eller indirekte kan knyttes til FYSIOPRIM, har styrket faget og klinisk arbeid. Vi antar at flere av kandidatene var praktiserende klinikere før de tok mastergraden, og at FYSIOPRIM har bidratt til styrket kompetanse i og for fysioterapi praksis.

Når det gjelder faglig bidrag, ble det i andre fase uttrykt ønske om å styrke formidlingen fra FYSIOPRIM (FYSIOPRIM 2017). I likhet med vitenskapelig publisering på norsk ble de fleste kronikkene og øvrige mediebidrag publisert i *Fysioterapeuten*. Intervjuer klargjorde at redaktørene hadde arbeidet aktivt for å bringe fram og tilgjengeliggjøre forskningsstoff for et bredere fagpublikum.

En rekke rapporter, retningslinjer og fagartikler kan knyttes til FYSIOPRIM. Dem har gjerne klinikere, kommuner og forskningsmiljøer utarbeidet i samarbeid.

Utover skriftlige bidrag poengterer vi foredrag, presentasjoner og workshops, og videoer for å formidle kunnskap som har kommet frem gjennom FYSIOPRIM. Sammenlignet med andre faglige arbeider finner vi at denne typen øvrig, muntlig formidling i større grad også når ut til et internasjonalt publikum.

Samvirke av denne typen kan bidra til en tettere dialog og samhandling mellom dem som *skaper* og dem som *bruker* ny kunnskap. Slik kan FYSIOPRIM-innsatsen samlet sett bidra til å nå målet om at kunnskapen og metodene forankres og blir nyttige i fysioterapitjenesten.

4 Kunnskapsflyt og nytte for primærhelsetjenesten

FYSIOPRIMs formål har vært å styrke kunnskapsbygging i fysioterapi, i og for primærhelsetjenesten. I arbeidet med kompetansebygging har det stått sentralt å finne formålstjenlige samarbeidsstrukturer mellom forskning og klinisk praksis, og å utvikle elektronisk verktøy for registrering av pasientdata til nytte både for fysioterapi i praksis og for forskning. Har FYSIOPRIM lykket med å skape gode modeller for partssamarbeid og utvikle anvendelige elektroniske verktøy og databaser?

4.1 Forankre klinisk praksis og kompetanse

I forrige kapittel vurderte vi forskning, utdanning og kunnskapsspredning om og for klinisk praksis. Men for fysioterapeuter i praksis er verken en vitenskapelig publikasjon eller fagartikkel det viktigste sluttproduktet, men at ny kunnskap og kompetanse kan tas i bruk i klinisk praksis og dermed bedre kvaliteten i fysioterapitjenesten (Bjørnerud et. al. 2020: s. 10–11). FYSIOPRIM skulle balansere med krav om forskning og faglig utviklingsarbeid med kunnskap til nytte for praktisk fysioterapi og helsearbeid i kommunene. Mens fagnormer for vitenskapelige metoder og forskningsbasert kunnskap er vel etablert, finnes det ikke omforente kriterier til standard og kvalitetskrav for praktisk og erfaringsbasert kunnskap: To kunnskapssystemer møtes og brytes.

Evalueringen skal besvare tre spørsmål som hører sammen: Ble forskningen styrket som en følge av FYSIOPRIM, og kom den til nytte for primærhelsetjenesten? Hva slags forskning og faglig utviklingsarbeid fant sted i kommunene og har kommuner og fysioterapeuter som deltok opplevd nytte? (jf. Fysiofondet 2020 punkt 5, a–d).

Som nevnt ble FYSIOPRIM-satsingen spisset i andre fase og utmyntet til to hovedpunkter: 1) modeller for samhandling i primærhelsetjenesten og 2) elektronisk verktøy og databaser. Disse to punktene innrammer kapitlet.

Arbeidspakkene har vært ulikt organisert, avhengig av hvilken gruppe av deltakere og samarbeidsstrukturer det har vært lagt opp til for å nå målet. Tabell 4.1

gir en oversikt over involverte deltakere i de fem arbeidspakkene. Fordi innholdet i arbeidspakkene utviklet seg gjennom årene, har det skjedd endringer i involverte deltakere. Tabellen tar utgangspunkt i situasjonen mot slutten av FYSIOPRIM, men informasjon om relevante endringer som har skjedd underveis, er notert nederst i tabellen.

Tabell 4.1 FYSIOPRIMs arbeidspakker, deltakere og data.

Deltakere	Arbeidspakker				
	1. Database med standardiserte data og beskrivelse av kliniske forløp og faktorer av betydning for kliniske forløp	2. Klinisk verktøy for registrering og bruk av pasientdata i klinisk praksis	3. Prognostiske faktorer, kliniske prediksjonsregler og identifisering av undergrupper av nakke- og ryggpasienter med best utbytte av fysisk behandling	4. Trondheims-Modellen	5. Hospitantmodellen og andre samarbeidsflater
Forsker	4	2	8	7	Ja, men ukjent antall
Koordinator				1	1
Stipendiat	2	2			
Klinikere		10-15 (usikkert anslag)		15	5
Kommuner	Kongsberg Drammen Bergen Trondheim	Trondheim		Trondheim Stavanger**	Bergen Stavanger Ski Lørenskog Lillehammer
Ansatte i kommune/kommuneledelse ol.		1		1	5
Prosjektledere		3			
Masterkandidater	2		1		
Pasienter i databasen	Tre databaser: (a) 4109 pasienter fra selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter fra alle helseregioner, (b) 148 barn og (c) 603 eldre fulgt opp av ansatte i Trondheim kommune*			Tre databaser: (a) 4109 pasienter fra selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter fra alle helseregioner, (b) 148 barn og (c) 603 eldre fulgt opp av ansatte i Trondheim kommune	
<i>Merknad:</i>	<i>Det er også nevnt «øvrige forskere i FYSIOPRIM» uten at dette er spesifisert ytterligere.</i>		<i>To stipendiater deltok også ila. perioden. Den ene disputerte våren 2016. Den andre disputerte våren 2018.</i>	<i>Antall klinikere som deltok var høyere frem til 2019, aller høyest i starten av 2018 (42 klinikere). Antall kommuneansatte som deltok gikk ned fra 4 til 1 i løpet av perioden.</i>	<i>Antall kommuner som deltok var høyere tidligere i FYSIOPRIM.</i>

* I sluttrapporten refereres det til resultatene i arbeidspakke 4 for oppsummeringen av arbeidspakke 1(!). (FYSIOPRIM 2020: 5-6).

** Partssamarbeidet hadde utgangspunkt i hospitantmodellen, men med kommunens engasjement og et trepartssamarbeid utviklet det seg i retning trondheimsmodellen.

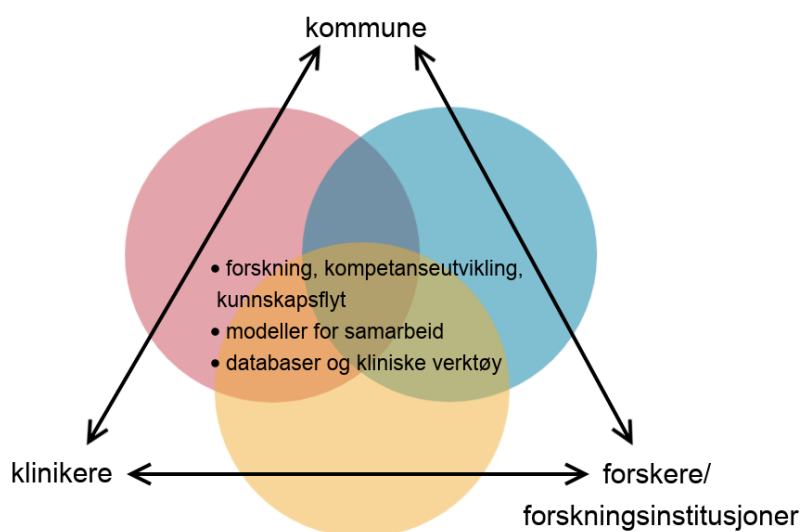
Kilde: FYSIOPRIM (2016), FYSIOPRIM (2016b), FYSIOPRIM (2017), FYSIOPRIM (2017b), FYSIOPRIM (2018), FYSIOPRIM (2018b), FYSIOPRIM (2019), FYSIOPRIM (2019b), FYSIOPRIM (2020).

Tabell 4.1 viser at deltakelsen i de fem arbeidspakkene har vært bred, men ulik, og at prosjektene ble organisert ulikt. Arbeidspakkene 1 og 2 har hatt en overvekt av forskere og 10–15, klinikere, men dette er evalueringens anslag, og noe usikkert. Arbeidspakke 3: prognostiske faktorer, kliniske prediksjonsregler og identifisering har vært forskertung. Arbeidspakke 4, trondheimsmodellen, har hele veien hatt en overvekt av involverte klinikere, i tillegg til en forskere. Arbeidspakke 5, hospitantmodellen og andre samarbeidsflater, har anslagsvis hatt fem involverte klinikere – trolig både fysioterapeuter i privat og offentlig praksis med og uten driftsavtale, og samarbeid med fem kommuner. Arbeidspakkene synes å ha hatt en dynamisk prosjektstruktur og utviklet seg underveis (FYSIOPRIM, 2016, 2016b, 2017, 2017b, 2018, 2018 b, 2019, 2019b og 2020). Man har tilpasset seg etter hvem som har deltatt og endringer for eksempel som følge av at stipendiater har disputert. Vi antar at det har skjedd tilpasninger underveis, justeringer som er blitt håndtert fortløpende. Prosjektstrukturen kan ha vært avhengig av den enkelte deltakers innsats og slik sett sårbar.

Videre i kapitlet vurderer vi samarbeidsmodeller: partssamarbeidet mellom klinikere, forskere og kommuner med utgangspunkt i «trondheimsmodellen» (arbeidspakke 4) og «hospitantmodellen og andre samarbeidsmodeller» (arbeidspakke 5) (jf. 2.3). Deretter gjennomgår vi prosjektene for utprøving av kliniske verktøy og databaser (arbeidspakkene 1 til 3), (jf. 2.3).

4.2 Partssamarbeid

FYSIOPRIM har vært en samhandling mellom praktisk fysioterapi, forskning, og primærhelsetjenesten i kommunene. Samvirket er illustrert i figur 4.1. De tre aktørgruppene er plassert i hvert sitt hjørne, temaene for FYSIOPRIMs andre fase er plassert i midten, mens sirklene skal illustrere hvordan temaene overlapper hverandre og kan gi resultater og mulige virkninger utover FYSIOPRIM-satsingen (se også figur 1.2).



Figur 4.1 (Tre)partssamarbeid illustrert.

Vi ser på hvordan henholdsvis trondheims- og hospitantmodellene har innvirket på partssamarbeidet mellom forskning og praktisk fysioterapi med hensyn til kunnskapsflyt og kunnskapsbasert praksis. I vurderingen trekker vi fram styrker og svakheter når det gjelder modellenes ulike måter å strukturere samarbeidet på. Vi belyser forskningens organisering, aktiviteter, klinikernes rolle, hvordan kommunens behov blir ivaretatt og dessuten finansiering av kompetansebygging. Fire spørsmål står sentralt:

- Hva er egnede samarbeidsstrukturer – modeller – med rom for kompetansebygging i vekselbruk mellom klinisk praksis, forskningsinstitusjoner og kommuner?
- Hvordan kan arbeidet forankres politisk og administrativt i kommunen?
- Hvordan kan forskningsprosjekter og forskningsarbeid generelt kombineres med kommunens krav til langsiktig drift og permanente strukturer?
- Hvordan kan det bygges tverrfaglighet i primærhelsetjenesten? (jf. Fysiofondet 2020: punkt 4 b, c).

4.2.1 To modeller

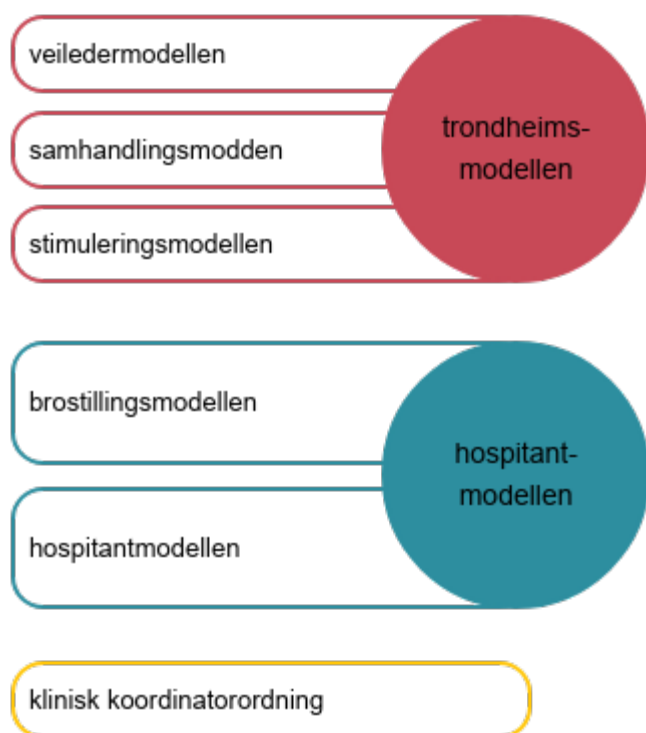
Formålet med modellforsøkene har vært å koble forskning og praksis sammen. Målet om at klinikkenes problemstillinger skulle danne utgangspunktet for prosjektene, synes å ha blitt forsterket i FYSIOPRIMs andre fase. Hvordan har de ulike modellene for partsamarbeid bidratt til samvirke og kunnskapsflyt mellom forskning og praktisk fysioterapi? Hvordan har de medvirket til kunnskapsbasert praksis? (jf. Fysiofondet 2020, punkt 4b og c). Fondet har bestilt en beskrivelse av samarbeidsmodellene i andre fase, 2015–2020 som en oppfølging til SINTEFs gjennomgang fra 2014 (Melby 2014), (jf. Fysiofondet 2020, punkt 4a).

I andre fase har trondheims- og hospitantmodellen vært de to hovedmodellene i utprøvingen av partsamarbeid og styrket kunnskapsflyt mellom forskning og klinisk praksis. *Hovedforskjellen* mellom de to modellene er hvor tungt kommunen har vært involvert i planlegging, drift og medfinansiering.

Trondheimsmodellen har sin bakgrunn i, men er ingen direkte videreføring av tre typer fra FYSIOPRIMs første fase: veileder-, samhandlings- og stimuleringsmodellen. Felles for de tre var et organisert trepartssamarbeid mellom kommunen, NTNU og fastlønte kommunalt ansatte fysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger med eller uten driftstilskudd (vedlegg 2).

Hospitantmodellen (og andre samarbeidsflater) har sin bakgrunn i, men er ingen direkte videreføring av tre modeller/ordninger fra FYSIOPRIMs første fase: hospitant- og brostillingsmodellen og ordningen med kliniske koordinatore. Imidlertid, ifølge informanter, hadde koordinatore inngått i satsingen for begge faser (vedlegg 2).

Figur 4.2 illustrerer modellforsøkene i begge faser. De ulike typer partsamarbeid i første fase er satt i rammene på venstre side, mens modellene i andre fase finnes på høyre side. Forsøkene utviklet seg og ble justert slik at figuren illustrerer en satsing med dynamiske utprøving og utvikling av partsamarbeid mellom forskning og klinisk praksis gjennom hele FYSIOPRIM-perioden.



Figur 4.2 FYSIOPRIMs modellforsøk, 2010–2014 og 2015–2020.

Trondheimsmodellen

Modellen legger vekt på *institusjonell* forankring i kommunen og kobling til universitet, høyskole og/eller forskningsinstitusjon altså et trepartssamarbeid. Karakteristika ved trondheimsmodellen er at fysioterapi som helseinnsats, eventuelt i et tverrfaglig samarbeid, er forankret i (avdelings)ledelsen og drives av engasjerte enkeltpersoner eller lokale fagmiljøer. Trondheimsmodellen har vært en bred, systematisk kartlegging, kunnskapsutvikling og iverksetting av kunnskapsbasert praksis i fysioterapitjenesten, både for de fastlønte i kommunen, klinikere i privat og offentlig praksis. Både informanter med faglig ansvar for fysioterapi kommunens regi og fysioterapeuter med delte stillinger har gitt eksempler på hvordan kunnskapsbasert praksis har blitt iverksett (jf. 4.2).

Kardinalpunktet i samvirket mellom forskning og kommuner er hvordan man skal få forskningsprosjekter forankret i ledelse og innpasset til kommunens helse-tjeneste. Allerede før FYSIOPRIM startet opp, hadde Trondheim kommune mange-årig erfaring fra utprøving av samarbeidsformer mellom kommunen, NTNU og fysioterapeuter i området, det være seg kommunalt ansatte eller private med avtale. Informanter nevnte spesielt betydningen av Trondheim som universitetskom-mune og samarbeidet fra 2018.

Kommunen har aktivt medvirket til å etablere en kunnskapsbasert praksis i fysioterapitjenesten og bidratt med forsøk for tverrfaglig helsearbeid over profesjonsgrenser.

Modellens navn har sitt opphav i partssamarbeidet Trondheim, men er ikke geografisk begrenset til Trøndelag. Evalueringen fant et tilsvarende partssamarbeid i Stavanger kommune. En viktig grunn til at FYSIOPRIM har fått en forankring i helsepolitiske og administrative prosesser i kommuner som Trondheim og Stavanger, var foruten forutgående interesse, personlige kontakter via Fysiofondet og Norsk fysioterapiforbund. Den faglige ledelsen i FYSIOPRIM-satsingen kontaktet ledelsen i avdelinger for helse og velferd i kommunen. Å bruke etablerte kontakter var av informanter karakterisert som et sjakktrekk, for å forankre Fysiofond-satsingen i avdelingsledelsen og gi den gjennomslag i planlegging og drift.

I Trondheim var fysioterapi allerede en etablert virksomhet og avdeling, som FYSIOPRIM kunne bygge på. FYSIOPRIM for Stavangers del er et eksempel på hvor viktig et initiativ utenfra kan være. Satsingen kom med såkornpenger og ambisjoner om å bygge et faglig fellesskap rettet mot kommunen. Den svarte på erkjente behov, tilførte nye ideer og fikk dem realisert. Informantene har fortalt om andre kommuner med engasjerte fysioterapeuter som ikke fikk kommuneledelsen i tale, noe som understreker betydningen av aktiv kommuneinvolvering.

Hospitanter og andre samarbeidsflater

Tyngdepunktet i *hospitantmodellen* er et partssamarbeid mellom forskningsmiljøer og klinikere med og uten forskningskompetanse i primærhelsetjenesten. Betegnelsen hospitant, fra latin «å ta inn et sted som gjest», dekker imidlertid ikke fullt ut den forpliktende og vedvarende funksjonen som en kliniker med ansettelse i 20 prosent bistilling ved Universitet i Oslo (UiO) har hatt. Hospitanten, en kliniker med forankring i primærhelsetjenesten har hospitert og virket som brobyggere mellom fysioterapi i praksis og forskningsmiljøer. Modellen kan gi bred kompetansebygging til fysioterapeuter i privat og offentlig praksis med og uten driftsavtale. Modellen har i sin struktur en svakere institusjonell kobling til kommunene enn trondheimsmodellen. Den begynte som en utprøving av samarbeid mellom UiO, fysioterapeuter – med og uten driftsavtale.

Seks hospitanter har skrevet om sine erfaringer og reflektert over ordningen. Overordnet mente de at FYSIOPRIM har lagt et godt grunnlag for videre kunnskapsutvikling i fysioterapi (Bjørnerud et. al. 2020). Hospitantene understreket i overnevnte rapport og i intervjuer hvor viktig det er at forskningen er klinisk relevant. Det betyr at klinikere og pasienter må være aktivt involverte i prosessen fra spørsmål stilles til datainnsamling, analyse og resultatpresentasjon og når ny kunnskap gjennomføres i praktisk fysioterapi.

Hvordan forankret denne modellen prosesser politisk og administrativt i primærhelsetjenesten ute i kommunene? Hvordan søkte hospitantmodellen å forene forskningens behov med kommunens krav til langsiktig drift og permanente strukturer? Hospitantene vurderte samarbeidet med kommunene. De hadde stort sett positive erfaringer, selv om de aktuelle kommunene i ulik grad var involverte og engasjerte. Manglende kommunal forankring hadde gjort starten på samarbeidet tungt og krevende for noen av hospitantene. Ikke alle hadde en fast kontaktperson i kommunen. Hospitantene mente at engasjementet har ligget hos fysioterapeutene, og hadde ønsket seg mer initiativ og «vi-følelse» rundt FYSIOPRIM fra kommunelederens side (Bjørnerud et. al. 2020: 8). Vi vurderer det slik at samarbeidet burde ha vært tydeligere forankret hos ledelsen på avdelingsnivå og oppover i det kommunale systemet og ved forskningsinstitusjonene.

Trondheimsmodellen som organisasjonsmodell har sin styrke i forankringen i kommunens fysioterapitjeneste, og/eller avdeling med overordnet ansvar for helse og omsorg. Et kommunalt feste og engasjement gir et bedre organisatorisk grunnlag for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig helsearbeid mellom aktører i primærhelsetjenesten.

4.3 Bygging av nettverk og arenaer for kunnskapsutveksling og samarbeid

FYSIOPRIM har bidratt til å bygge gode nettverk på tvers av klinikker, kommuner og forsknings- og utdanningsmiljøer. I sluttrapporten pekes det på at det er avgjørende å bygge nettverk og utvikle forskningspartnerskapet over tid. Begge modellene har aktivt medvirket til partssamarbeid og kunnskapsflyt mellom forskning og praktisk fysioterapi. Møter, samlinger og kurs der med deltakelse fra forskere og klinikere har vært møteplasser for klinikere, kommuner og forskningsmiljøer; det har vært arenaer som legger til rette for varig samarbeid basert på likeverdighet og toveis utveksling av kunnskap og erfaring. Både informanter og sluttrapporten har understreket betydningen av at eksisterende forbindelser ble styrket, og nye har oppstått (FYSIOPRIM 2020:4).

Et eksempel på møteplasser finner vi i Trondheim i starten av satsingens andre fase. Det ble avholdt månedlige møter mellom prosjektledelse og interne kunnskapsutviklere, møter mellom prosjektledelse og kommunenes lederteam og arbeidsgruppemøter mellom forskere og klinikere for å tilpasse innholdet i registreringsverktøyet for de ulike pasientgruppene. Det ble også arrangert besøk fra prosjektledelsen og interne kunnskapsutviklere til alle fysikalske institutter med driftsavtale med Trondheim kommune for å informere om prosjektet og dessuten til 20 fysikalske institutter for opplæring i bruk av det kliniske verktøyet. (FYSIOPRIM 2016: 8).

I kommuner som brukte hospitantmodellen (jf. figur 4.1) ble det i starten av andre fasen arbeidet med å utvikle samarbeidsformer i de ulike prosjektene og noen av hospitantene arbeidet med å utvikle prosjektene i fellesskap ved UiO, delvis med og delvis uten deltakelse av forskerne (FYSIOPRIM 2016b:11). I Bergen kommune finner man et eksempel på slikt samarbeid. I arbeidet med to artikler samarbeidet man med forskere både ved UiO og NTNU og dataene fra Bergen og Trondheim ble sett på samlet (FYSIOPRIM 2018b:14). Et annet eksempel på mulig interkommunalt samarbeid er at man fra Stavanger kommunes side presenterte sin modell for implementering av kunnskap om artrose i primærhelsetjenesten i flere andre kommuner (FYSIOPRIM 2019b:11).

En annen måte å initiere møteplasser på finner vi i Øvre Eiker kommune, der det ble arrangert årlig folkehelsedag i Eiker (FYSIOPRIM 2016b: 12). Et slikt initiativ vil også involvere befolkningen i bredere forstand og dermed også mulige pasient- og brukergrupper.

Dette er noen eksempler på arbeidet med å etablere nettverk og mer permanente arenaer for samarbeid mellom ulike aktører. I tillegg kommer en rekke prosjektmøter, kurs og deltakelse på kunnskapskonferanser både nasjonalt og internasjonalt. Slike arrangementer gir, foruten rent instrumentelt utbytte i forhold til

målsetningen, også muligheter for vedlikehold og utvidelse av nettverk og arenaer for kunnskapsutveksling.

FYSIOPRIM har trolig bidratt til nye møtearenaer mellom praksisfeltet, forskningsmiljøet, og med for noen kommuners del, om fag- og tjenesteutvikling. Intervjuer og rapporter har godtgjort at det har blitt gjennomført en rekke møter mellom forskere, mellom prosjektledelsen og interne kunnskapsutviklere og kommuner. Prosjektmedarbeidere, forskere og klinikere har deltatt på ulike typer samlinger, seminarer og konferanser og lagt fram materiale fra FYSIOPRIM-innsatsen. FYSIOPRIM har medvirket til å etablere samarbeidsarenaer. I etterkant av satsingen bør det dannes forpliktende samarbeidsarenaer for dem som er interessert etablering og bruk av forsknings- og utviklingsarbeid.

4.4 Tverrfaglighet – mulig?

En ambisjon med FYSIOPRIM har vært å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom aktører i primærhelsetjenesten. I praksis kan det være vanskelig å få til dialog og aktivt samarbeid mellom leger, tannleger og fysioterapeuter. Det har imidlertid ikke hindret medvirkende i FYSIOPRIM fra å forsøke. I Trondheim har man lykket med et samarbeid for et tverrfaglig premarurforløp mellom fysioterapi, helsesykepleiere, leger, Den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT-tjenesten) og et tverrfaglig team ved St. Olavs hospital. Ifølge informanter har dette samarbeidet, i likhet med knutepunktarbeidet, fortsatt etter FYSIOPRIMs avslutning. Ringvirkninger etter FYSIOPRIM vises også i arteroseprosjektet i Stavanger – START. I de neste avsnittene beskriver vi noen gode eksempler på tverrfaglighet.

Knutepunktmodellen

I 2019 ble det satt i gang et pilotprosjekt for samhandling mellom fysioterapeuter og fastleger i Trondheim kommune i samarbeid mellom FYSIOPRIM og Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser. Prosjektet var basert på en tidligere utprøvd modell for samhandling i Trondheim og Stjørdal. Protokollen fra prosjektet inngikk i søknad om midler fra Helse- og omsorgsdepartementet for «knutepunktmodellen», et samarbeid mellom Fysioterapiforbundet og Norsk forening for allmenntmedisin (FYSIOPRIM 2019b: 11).

Ut fra grunnlagsdokumenter og intervjuer for evalueringen ser vi utfordringen med å gjøre slike tiltak permanente, etablere strukturer og forankre prosesser politisk og administrativt i kommunene for å sikre kunnskapsbasert praksis og bidra til videreutvikling av kunnskapsgrunnet for tjenesten i klinikkene. Etablering av samarbeidsarenaer har kommet et stykke på vei gjennom utstrakt møtevirksomhet. Likevel har møtevirksomheten først og fremst en ad hoc-karakter, og det

bør dannes mer forpliktende samarbeidsarenaer for dem som er interessert i forskning og utviklingsarbeid i bred forstand.

START-prosjektet

Et annet eksempel på tverrfaglige ambisjoner finner vi i STavanger ARTroseprosjekt (START). Prosjektet er et initiativ fra klinikken, det vil si fra leger og fysioterapeuter i Stavanger, sammen har de tatt sikte på å bedre samhandlingen i primærhelsetjenesten. Hensikten har vært å bedre kvaliteten på behandlingen av kne- og hofteartrose gjennom økt samhandling mellom fastleger, fysioterapeuter og ortopeder. En slik samhandlingsmodell skal bidra til kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling, også basert på internasjonale erfaringer. Av konkrete tiltak kan nevnes måling av tilstanden før og etter behandlingstiltak, utvikling av epikrisemal og felles fagmøter mellom leger og fysioterapeuter. Ambisjonen har vært å bidra til redusert bruk av unødvendige undersøkelser og henvisninger. Involvering av ulike faggrupper skal kunne føre til at ulike forskningsspørsmål ble stilt, gjerne med utgangspunkt i klinisk erfaring (Østerås et al. 2017: 32ff).

Prosjektet som startet i 2016, ble Norges representant inn i EU-prosjektet JIGSAW-E, et innovasjons- og implementeringsprosjekt om behandling av artrosepasienter i primærhelsetjenesten. Prosjektet er blitt presentert i flere kommuner med sikte på implementering av kunnskap om artrose i behandlingen (FYSIOPRIM 2020:11).

4.5 Data for kunnskapsbasert praksis

Elektronisk verktøy og databaser har vært et virkemiddel for å utvikle og styrke kunnskapsgrunnlag. Tre av FYSIOPRIMs fem arbeidspakker har handlet om metoder og datagrunnlag for å styrke grunnlaget for kunnskapsbasert behandling. Data fra i overkant av 4 000 pasienter har blitt systematisk samlet inn. Har de bidratt til å styrke forskningen i primærhelsetjenesten? (jf. Fysiofondet, 2020: 5e).

4.5.1 Kliniske verktøy og databaser

Innsamling av pasientdata med tekniske utfordringer: arbeidspakke 1

Ambisjonen var å utvikle verktøy som ble opplevd som nyttig i klinisk praksis, både av klinikere og pasienter.. Arbeidspakkene 1 og 2 har hørt sammen. Prosjekt 1 har handlet om å etablere en klinisk database med systematisk registrering av pasientdata, mens pakke 2 har dreid seg om å bruke de innsamlede dataene. Begge prosjektene har utgått fra Universitetet i Oslo, men også hatt medarbeidere fra

andre steder. Det begynte med et pilotprosjekt med 250 pasienter, flesteparten kvinner med muskelskjelettplager (Vøllestad, u.å.)

Overgangen fra et pilotprosjekt til etableringen av større databaser for å karakterisere og dokumentere endringer hos pasienter som kom til fysioterapibehandling, har vist seg å møte utfordringer. At datatilfanget ble mindre enn planlagt, har hengt sammen med vansker med innsamlingen. Et praktisk problem har vært at terapeuter har en travel hverdag og begrenset med tid å bruke på datainnsamling. I intervjuer hørte vi at prosedyrene var tungvinte, og at tekniske problemer har vanskeliggjort registreringsarbeidet. Funksjonaliteten i dataprogrammene med prosedyrer for innlegging og uttak av data viste seg krevende og måtte forenkles. Driftsvansker hos programleverandør hos programleverandør, problemer med vedlikehold og feilretting la også humper i veien (FYSIOPRIM 2020: 5–6). Informanter har også pekt på at registreringsarbeidet i for liten grad var samordnet med klinikernes journalsystemer, det kan ført til at mange klinikere har opplevd registreringen som for tidkrevende og utgjøre en tilleggsbelastning i en travel arbeidsdag.

Vansker med å bruke nøkkeldata om pasienter og behandlinger: arbeidspakke 2

Ambisjonen var å utvikle et system for å hente fram og anvende innsamlede pasientdata i klinisk arbeid. For å oppnå dette skulle arbeidspakken undersøke hvordan verktøyet ble brukt i klinisk praksis og identifisere hemmende og fremmende faktorer med sikte på å videreutvikle og forbedre verktøyet ved en bred og nedefra-opp- preget prosess (Prosjektbeskrivelse FYSIOPRIM 2015–2020: vedlegg 2, s. 1).

Prosjekt ble blant annet iverksatt gjennom en ph.d.-avhandling og artikler fra forskere på Institutt for samfunn og helse ved UiO (Blixt, 2021). De har undersøkt hvordan klinikere har tatt digitalt verktøy i bruk, og hvilke erfaringer de og pasientene har hatt med å bruke verktøyet. Et sentralt funn har vært at fysioterapeutene utnytter og innlemmer teknologien når de resonnerer klinisk, altså inngår digital basert kunnskap som en delkunnskap- og kompetanse. I prosjekter som andre forskere har gjennomført, ble det forsket på temaer som fysioterapeutenes forventninger til og erfaringer med elektronisk verktøy: Hvordan ble systematiske pasientdata tolket og brukt av fysioterapeuter, deres og pasienters opplevelse av spesifikke hendelser der elektroniske verktøy ble brukt (Sluttrapport FYSIOPRIM 2015–2020: 6).

Utgangsverdier og utfallsmål i behandlinger: arbeidspakke 3

Utgangs- og tyngdepunkt for arbeidspakke 3 var et forskningsmiljø ved NTNU, men prosjektet involverte også medarbeidere fra andre institusjoner. I 2017 gjennomførte man «FULL SPIKER»-aksjonen. Målet var å registrere så mange nye pasienter som mulig, både hos privatpraktiserende og fastlønte, kommunale fysioterapeuter, i et noe endret og forenklet system av hensyn til klinikerne. Det omfattet også arbeid med en forenklet og klinikervennlig epikrisemal (FYSIOPRIM 2018b: 10). I 2018 begynte man å undersøke mulighetene for å innlemme datainnsamlingen som har vært en del av FYSIOPRIM, i Helseplattformen (FYSIOPRIM 2018b: 11).

Data samlet inn gjennom FYSIOPRIM, har underveis blitt brukt til å utvikle et beslutningsstøttesystem der bruk av kunstig intelligens – maskinlæring – inngår. I 2019 fikk NTNU finansiert et nytt forskningsprosjekt, SupportPrim, fra Norges forskningsråd. Prosjektet bygger på erfaringer og til dels på data fra FYSIOPRIM. Bevilgninger fra Fysiofondet og NTNU har gitt ytterligere støtte til dette prosjektet. To prosjekter som fikk finansiering fra Norges Forskningsråd i 2019 er spin-off-er fra FYSIOPRIM. I det ene fikk NTNU midler til et prosjekt for å teste ut et digitalt system for støtte til behandlingsvalg basert på kunstig intelligens. Databasen og systemer som var laget i FYSIOPRIM var viktig basis i søknaden. Et annet prosjekt fikk støtte til å undersøke behandlingsforløp og samhandlingsmønstre. Her kobles databasen fra FYSIOPRIM opp mot registerdata.

4.6 Oppsummert

FYSIOPRIM har vært en innovativ måte å møte forskning, utviklingsarbeid og kliniske behov på. To modeller for forpliktende partssamarbeid ble utprøvd i andre fase. Både trondheims- og hospitantmodellen har vist seg egnet for å etablere partssamarbeid. Begge modeller har stimulert til gjensidig utnyttelse av kunnskap fra forskning, klinisk forskning og pasientbehandling. Hospitantmodellen legger tyngden på samarbeid mellom to parter: forskningsmiljø og klinikere. Her er enkeltpersoner, «hospitanter», sentrale kontaktpunkter mellom akademia og klinisk arbeid; trondheimsmodellen innebærer et organisert trepartssamarbeid mellom et forskningsmiljø, klinikere og kommunen. Mens hospitantmodellen styrker partssamarbeid mellom forskning, kompetansebygging og klinikk, har trondheimsmodellen som organisasjonsmodell sin styrke i en forankring i kommunens fysioterapitjeneste, og/eller en avdeling med ansvar for helse og omsorg. Et kommunalt feste og engasjement gir trolig et bedre organiserings grunnlag for å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og tverrfaglig helsearbeid mellom aktører i primærhelsetjenesten.

Modeller er stiliserte måter å strukturere forholdet mellom ulike aktørgrupper på. I praktisk arbeid har forskjellene ikke vært så klare. Trondheim og Stavanger med hvert sitt modellutgangspunkt, er eksempler på målrettet innsats for å realisere partssamarbeid. Begge har vært tuftet på engasjerte fysioterapeuter, fagmiljøer og klinikere. Blant eksempler på vellykket samvirke med ringvirkninger utover programperioden og Fysiofondet er samarbeid for tverrfaglig prematurforløp i Trondheim, knutepunktmodellen og arteroseprosjektet i Stavanger – START.

Partnerskapet har krevd mye av kommunene. Vesentlige faktorer for å få til aktiv deltakelse fra kommunens side er dedikert lederstøtte på avdelings- eller kommunenivå, en egnet driftsorganisering samt en felles, overordnet strategi for forskning i kommunenes regi og/eller for etterspurte kunnskapsbehov og implementering i primærhelsetjenesten. FYSIOPRIM-initiativet med tilhørende midler for frikjøp av fysioterapeuter i klinikk og til å utvikle databaser og delta faglige eller i forskningsarbeid har vært uvurderlig.

FYSIOPRIM lykkes et godt stykke på vei med å utvikle anvendelige elektroniske verktøy og databaser for registrering av pasientdata til nytte både for fysioterapi i praksis og for forskning. Verktøyet og innsamlingen har delvis blitt kritisert for å være for komplisert, omfattende og lite pasient- og klinikervennlig. Likevel har innsamlingen samlet gitt betydelige, verdifulle datamengder, og databaser har dannet grunnlag for spin-off-prosjekter og fått støtte fra blant annet Norges forskningsråd. Data fra FYSIOPRIM er blitt brukt til å utvikle et beslutningsstøttesystem der bruk av kunstig intelligens – maskinlæring – inngår, og i 2019 fikk NTNU støtte til forskningsprosjektet SupportPrim, behandlingsforløp og samhandlingsmønstre.

Satsingen har styrket kompetansegrunnet for bedre pasientforløp og arbeidet for å bedre helsen for brukere av fysioterapi. Innsatsen til forskningsmiljøer, enkeltpersoner har vært en sentral drivkraft for resultatene oppnådd, både samarbeidsstrukturer, styrket forskning i primærhelsetjenesten og anvendbare databaser. FYSIOPRIM har bidratt til å bygge nettverk og samarbeid mellom klinikker, kommuner og forsknings- og utdanningsmiljøer og arbeidet for å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike grupper i primærhelsetjenesten – fastleger, sykepleiere og fysioterapeuter.

5 Konklusjon: kontaktflater, kunnskaps- og kompetansebygging

FYSIOPRIMs mål har vært kunnskapsbygging og -deling gjennom partssamarbeid mellom forskere, fysioterapeuter i praksis og kommuner. Ble målet nådd? Fikk innsatsen ringvirkninger? Og har langsiktige tildelinger større verdi enn mange små for å bygge fagkompetanse i fysioterapi?

5.1 FYSIOPRIM, oppbygging og samarbeid

Normer for vitenskapelig baserte metoder og kunnskaper er vel etablerte. Derimot er ikke praktisk og erfaringsbasert kunnskap på samme måte underlagt en omforent overenskomst for standarder og kvalitetskrav. I FYSIOPRIM har to kunnskaps-systemer møttes i brytninger og beriket hverandre gjensidig. En kontinuerlig utvekslingsprosess er essensiell for å sikre en faglig og forskningsbasert praksis, og omvendt kontakt med praktisk fysioterapi utvikler kunnskapsgrunnlaget for fysioterapifaget og forskningsfaget. Fysiofondet har bidratt til å kombinere praksis- og forskningsbasert kunnskap til nytte for fagfeltet.

Vesentlige formål med FYSIOPRIM ble nådd. Satsingens styrke gjennom begge fasene var at programmets overordnede plan for kompetansebygging var styrt av et gjennomgående mål: å dekke erkjente kunnskapsbehov i og for primærhelsetjenesten. Oppmerksomheten om fysioterapi i primærhelsetjenesten ble styrket i andre fase, og programmets innhold mer konsentrert. De fem arbeidspakkene inngikk tydelig i målet om å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om fysioterapeutiske virkemidler for å forebygge, behandle og rehabilitere mennesker. De fem arbeidspakkene i andre fase har som helhet bidratt godt til å oppfylle programmets hensikt.

Satsingen har hatt to søyler som hver for seg, men også sammen, bar programmet: den ene har vært kunnskapsbygging og -deling og den andre aktivt partssamarbeid mellom klinikere, kommuner og forskningsinstitusjoner på den andre.

5.2 Kunnskapsbygging

Da Fysiofondet startet FYSIOPRIM i 2009, var målet å legge grunnlag for langsiktig forskning, solide forskningsmiljøer og rekruttering til klinisk forskning i primærhelsetjenesten. Satsingen skulle stimulere forskning som ville resultere i gjensidig utnyttelse av kunnskap fra grunnforskning, klinisk forskning og pasientbehandling (Fysiofondet 2020).

Vi mener FYSIOPRIM har lyktes med å bygge relevant forskningskompetanse. Satsingen har resultert i fylldig kunnskapsbygging og -spredning i form av vitenskapelige artikler, doktoravhandlinger, masteroppgaver, kronikker og medieoppslag foruten retningslinjer, rapporter og andre skriftlig og muntlig formidlingsformer. Arbeidene har vært jevnt fordelt mellom vitenskapelige og andre faglige bidrag. Fagtidsskriftet *Fysioterapeuten* har vært en samlet, sentral kanal for å formidle både vitenskapelige, profesjons- og brukerorienterte og allmennrettede resultater fra FYSIOPRIM. Leserne av *Fysioterapeuten* er i all hovedsak fysioterapeuter, noe som gjør tidsskriftet til en egnet kanal for å formidle ny kunnskap som kan tas i bruk for å bedre praksis i klinikk.

Den vitenskapelige publiseringen har oppvist stor tematisk bredde. Hovedtemaet i mange artikler har vært utvikling av metoder og verktøy foruten behandlingsformer. En ambisjon for Fysiofondet gjennom FYSIOPRIM har vært å bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for politikktutforming. Ti fagfelleverderte artikler har drøftet helsetjeneste og helsepolitikk, og er slik relevante som bidra til å skaffe relevant beslutningsgrunnlag. Kunnskap om samfunnsøkonomiske gevinster av fysioterapi er også viktig for de samme beslutningstakerne, for det er med på å legge noe av premissene for videre satsing på fysioterapi. Hva er de samfunnsøkonomiske gevinstene av fysioterapibehandling ved for eksempel muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom? Ved oppstarten var det mål for Fysiofondet at FYSIOPRIM skulle frembringe ny kunnskap om økonomisk nytte (Fysiofondet 2020). Vi har imidlertid kun kommet over én artikkel som tar opp dette temaet. Fysiofondet valgte selv å gå bort fra dette spørsmålet i utlysningen for andre fase. Vi kjenner ikke bakgrunnen for dette valget, men med bakgrunn i synspunkter som har kommet fram i informantintervjuer (se kapittel 3.3) bør Fysiofondet drøfte om dette valget skal gjelde fremover eller avgjørelsen revideres.

Koblingen gjennom FYSIOPRIM mellom klinikere og forskningsinstitusjoner har bidratt til å styrke tilbudet om formell kompetanseheving, og vi peker særlig for de flere avlagte master- og doktorgrader i tilknytning til FYSIOPRIM. Samarbeid mellom klinikere, kommuner, forskere og forskningsmiljøer for å utvikle retningslinjer har vært med på å legge godt til rette for formidling og utveksling av kunnskap mellom forskning og klinisk praksis. Samhandlingen har også bidratt til å bygge bro mellom ulike kunnskapssystemer og forankre kunnskapen og metodene i fysioterapipraksis. Dette kan være en langsiktig virkning av programmet.

Dersom samarbeidsstrukturene mellom enhetene er godt nok etablert, vil det være grunnlag for å fortsette samarbeidet etter FYSIOPRIM.

Selv om det finnes forskningsbasert kunnskap som er relevant for fysioterapi, blir den ikke nødvendigvis brukt i praksisfeltet. Det kan både føre til at nye metoder ikke blir anvendt, og at metoder tas i bruk for tidlig, det vil si før man har nok kunnskap om konsekvensene. Tross intensiv kunnskapsbygging det siste tiåret trengs det mer fysioterapiforskning om muskel- og skjelettlidelser som rammer bredt i befolkningen og i økende grad.

Fondets FYSIOPRIM-satsing var viktig både innenfor fysioterapi, men også i en bredere, generell helse-, kunnskaps- og behandlingssammenheng. For at det gode arbeidet skal følge opp og bygges videre etter FYSIOPRIM, må aktivitetene systematisk følges opp, og det må sikres tilstrekkelig finansiering. Fysiofondet har ansvar for å lage en strategi og plan for kompetanseheving blant fysioterapeuter, gjennom etter- og videreutdanning og prioriterte innsatser. Forskningsinstitusjoner bør aktivt søke samarbeid for å utnytte klinikernes verdifulle praktiske erfaring i sin søken etter nye, forskningsprosjekter. Det gjelder spesielt dem som kombinerer det vitenskapelig nyskapende og interessante med primærhelsetjenestens kunnskapsbehov og relevans for fysioterapi som fag og i tverrfaglig samarbeid.

Kommunene må ta ansvar for å forankre fysioterapi i sitt helsearbeid og tilby kunnskapsrike og dyktige fysioterapeuter faglig attraktive stillinger. Kommunene har knapp økonomi, og derfor er det nødvendig å løfte helsepolitiske problemstillinger opp på et nasjonalt nivå.

5.2.1 Kompetanse og partssamarbeid

Fysiofondet hadde et ambisiøst mål med FYSIOPRIM. Programmet skulle balansere kunnskap til nytte for praktisk fysioterapi og helsearbeid i kommunene med krav om forskning og faglig utviklingsarbeid. Evalueringen skulle undersøke om forskningsbasert praksis ble styrket blant fysioterapeuter som følge av FYSIOPRIM. Hva skal til for at fysioterapeuter skal delta og oppleve nytte? Vi mener at FYSIOPRIM har bidratt til læring og kunnskapsbasert praksis blant fysioterapeutene som var knyttet til programmet – det være seg som kursdeltakere, hospitanter, i delte stillinger, master- og doktorstipendiater. Verdien av kunnskapsbygging og nettverk er større enn det som enkelt kan telles og måles, et faktum som flere informanter har understreket i intervjuer.

Utfordringen har imidlertid vært å forankre et tidsbegrenset tiltak som FYSIOPRIM i permanente driftsstrukturer i en primærhelsetjeneste, en sektor med svak tradisjon for forskning. Modellforsøkene har vist utfordringene med å forankre systematisk fag- og forskningsinnsats i kommuner. Gitt at det vesentlige av dokumentasjonen og intervjuene som dannet grunnlagsmateriale var konsentrert om

arbeidspakkene trondheimsmodellen- og hospitantmodellen, er det en svakhet at denne evalueringen best har fanget opp «mønsterkommuner», dem som systematisk hadde satset på fysioterapi, fag og forskningsutvikling.

5.2.2 Ringvirkninger

Har FYSIOPRIM hatt ringvirkninger for primærhelsetjenesten? Medvirket satsingen til politikkkutforming på kommunalt eller nasjonalt nivå, spør Fysiofondet i sitt evalueringsmandat. (Fysiofondet 2020, punkt 6).

Under det lange tiåret Fysiofondet har satset på primærhelsetjenesten og FYSIOPRIM har den helsepolitisk oppmerksomhet om levekårsutfordringer og manglende samhandling mellom ulike helsetjenester vokst. Slik har FYSIOPRIM-satsingen truffet et erkjent, eller latent, behov lokalt og nasjonalt. Med sin innsats har Fysiofondet vært i forkant med å løfte fram helse- og omsorgssektorens sammensatte problemer med en økende andel eldre i befolkningen og muskelskjelettlidelser. Nordmenn skal leve hele livet med så god helse og livskvalitet som mulig. Målet gjelder også for dem som lever og strever med sammensatte lidelser, det gjelder både fysisk og psykisk helse. Innsatsen har kommet et lite stykke på vei med FYSIOPRIM, men er langt fra i mål.

Fondet har tidligere hatt hell med sin strategi som såkornfond. Fondet har initiert og det offentlige har overtatt, slik var det med Fondets innsats for å opprette mastertilbud på universiteter og høyskoler og å etablere forskningsmiljøer ved universiteter. Men er samme strategi mulig i etterkant av FYSIOPRIM? Vanskelighetsgraden er større i dette tilfellet fordi primærhelsetjenesten i kommunene er en stor og uensartet sektor med lav forskningstradisjon. Og det råder ulike logikker mellom forskning, utdanning på den ene siden og kommunal forvaltning og driftsoppgaver på den andre. Å sikre helse og livskvalitet for brukere i primærhelsetjenesten vil kreve langt flere og gjennomgående virkemidler enn dem Fysiofondet rår over, og viktigst: en nasjonal helsepolitikk med større oppmerksomhet og tilstrekkelige ressurser for å styrke forskning og etablere strukturer for aktiv kunnskapsutveksling med praktikere i primærhelsetjenesten. Men Fysiofondet med sin FYSIOPRIM-satsing har gått foran og vist fram at det er både mulig og praktisk gjennomførbart.

5.3 Større, langsiktige tildelinger versus mange små

FYSIOPRIM har utgjort fondets hittil største, enkeltvise, langsiktige samleinsats for forskning og kompetansebygging. Det innebar en omlegging fra flere, mindre enkeltprosjekter til å samle mye av Fondets midler om én større, langsiktig tildeling. Er en samlet programsatsing som FYSIOPRIM bedre enn for eksempel en

portefølje med flere og mindre prosjekter? (Fysiofondet 2020, punkt 7). Når vi skal vurderer FYSIOPRIM-satsingen opp mot alternativer for kompetansebygging i Fysiofondets regi er kardinalspørsmålet hva målsettingen med Fysiofondets kunnskapsbygging skal være fremover?

Et vesentlig poeng med FYSIOPRIM har vært å konsentrere forskningsressurser til fysioterapifeltet rundt én større og samlet satsing. Tidligere var tildelinger på feltet mer preget av flere mindre og enkeltstående prosjekter. Avveiningen mellom mange små og færre store tildelinger er velkjent både i norsk og internasjonal forskningspolitikk. En serie fagevalueringer på det tidlige 2000-tallet viste at norsk forskning hadde for mange middelmådige og for få fremragende forskningsmiljøer. Dette ble delvis forklart med at norsk forskning var for fragmentert og led under for mange spredte miljøer og prosjekter (Brofoss, 2004). Dette la grunnlag for en politikk i retning av større og mer konsentrerte satsinger. Ordningen med Sentre for fremragende forskning (SFF) og Forskningsrådets «Store programmer» kan ses som konkrete uttrykk for denne politikken. Selv om FYSIOPRIM er av en helt annen størrelsesorden enn de overnevnte, kan opprettelsen av programmet ses i lys av disse generelle erfaringene.

Konsentrasjon er likevel ikke uten problemer. Blant annet kan det føre til at mindre prosjekter ikke blir realisert fordi «alle eggene blir lagt i en kurv». I forskningsmeldingen fra 2005 ble dette problemet anerkjent og imøtekommet gjennom en såkalt «småforsk»-ordning, der mindre prosjekter kunne få støtte raskt og uten å gå veien om store søknadsprosesser (St.meld. nr. 20 (2004–2005)).

Internasjonalt er det gjort flere studier som ser på fordeler og ulemper ved konsentrasjon versus spredning av forskningsmidler (Bloch og Sørensen, 2015). En av fordelene som trekkes fram, er at samlede satsinger er bedre egnet til å skape samarbeid på tvers av fag og institusjoner. Større satsinger anses også som bedre egnet til å bygge opp forskning på områder som er strategisk viktige, eller som anses å være underforsket. På den negative siden peker faglitteraturen på at konsentrasjon av midler kan redusere pluralismen i systemet og virke konserverende; de etablerte og meritterte forskerne får midler, mens uetablerte, lovende forskere og dristige prosjekter ofte ikke når opp.

Med dette som bakgrunn anser vi FYSIOPRIM som en satsing hvor samlet kunnskapsoppbygging, samarbeid og spredning av kunnskap har vært viktig og viktigere enn å støtte opp om dristig, grensesprengende forskning. Vår konklusjon er at en ny, større samlet satsing vil være godt egnet med tanke på de formålene som Fysiofondet hadde med FYSIOPRIM. Arbeidet er kommet et stykke på vei, men er langt fra fullført.

6 Data og metode

Kildene til å evaluere FYSIOPRIM er først og fremst materiale som dokumenterer satsingen, supplert med informantintervjuer av nøkkelpersoner: ledere, forskere, klinikere og ansatte i kommuner. Vi har også brukt registerdata, offentlige meldinger, rapporter, se referanselisten for komplett oversikt.

Organisasjons- og programdokumenter

Strategi-, framdrifts- og årsrapporter fra FYSIOPRIM og Fysiofondet danner et viktig grunnlagsmateriale for å evaluere videreføringen av arbeidet med samarbeidsmodeller, metoder og verktøy for forskning i og for primærhelsetjenesten. Publikasjonsoversikter på FYSIOPRIMs hjemmeside dannet utgangspunkt for analyser av kunnskapsproduksjon i form av publikasjoner og presentasjoner.

Andre offentlige dokumenter og rapporter

NIFU setter denne evalueringen av FYSIOPRIM inn i en organisatorisk bredere sammenheng og bruker blant annet Fysiofondets hjemmeside, publikasjoner om fondets forskningssatsing og midtveisevaluering (Piro m.fl. 2013) som kildegrunnlag. Beskrivelser av modeller for samarbeid og kunnskapsflyt ligger til grunn for vurderinger av partssamarbeidet. Beskrivelsene bygger på SINTEF-rapporten fra 2014, *Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten* (Melby 2014). Regjeringens satsing på folkehelse og omsorg, *HelseOmsorg21*, er et helsepolitisk dokument som gir inntak til å vurdere FYSIOPRIMs betydning for nasjonal politikktutvikling.

Registerdata

For å evaluere kunnskapsbygging og -deling i form av publikasjoner og presentasjon, kartla vi forsknings- og faglige arbeider skrevet som en del av, eller i nær tilknytning til FYSIOPRIM. Publikasjonsoversikter på FYSIOPRIMs hjemmeside (<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>) dannet et utgangspunkt og de fleste referansene stammer herfra.

Denne dokumentasjonen ble supplert med data fra det nasjonale forskningsinformasjonssystemet Cristin. Foruten fagfelleverderte arbeider, inneholder Cristin dokumentasjon om bidrag i profesjonsorienterte og allmenrettede utgivelser, i tillegg til faglige bidrag som foredrag, intervjuer, blogger, rapporter, artikler i fagpresse og andre medier. I tillegg gjennomførte vi supplerende søk i Google Scholar og Norart, og benyttet metadata om fagfelleverderte publikasjoner fra den bibliometriske databasen Web of Science (WoS).⁸ Kombinasjonen av flere databaser ga trolig et representativt bilde av kunnskapsbyggingen og -formidlingen i FYSIOPRIM.

For å analysere kunnskapsspredningen ble alle arbeider systematisert etter publikasjonstyper. De fagfelleverderte artiklene ble i tillegg kategorisert etter temaer. Temainndelingen tok utgangspunkt i titler, sammendrag og stundom lesning av deler av utgivelsen (jf. kapittel 3.3). Databasene la også grunnlag for å fremstille internasjonal og nasjonal spredning av forskningsresultater (jf. 3.2).

En metodisk svakhet med innsamling så raskt etter FYSIOPRIMs avslutning i 2020 er at det, erfaringsmessig, foregår betydelig vitenskapelig publisering de første tre årene *etter* programavslutninger. Disse publikasjonene fanges dessverre ikke opp av denne sluttevalueringen. På samme måte gjør den korte tiden etter satsingens sluttdato en siteringsanalyse av vitenskapelig publikasjoner vanskelig gjennomførbare. Metodisk gir en siteringsanalyse av andre fase, 2015–2020, robuste funn først fem år etter satsingens slutt.

Intervjuer

Samtaler med 13 informanter som hadde forbindelse til og/eller kunnskap om FYSIOPRIM ga viktig informasjon om sitt syn på sterke og svake sider ved satsingen. Vi utarbeidet intervjuguider tilpasset de forskjellige aktørenes engasjement i FYSIOPRIM: ledelse i Norsk Fysioterapiforbund og Fysiofondet, programledere, kommunale etatsledere, forskere og koordinatører og klinikere. Informantene var fordelt mellom fonds- og programledelse, redaktører, fysioterapeuter i klinikk, ledere i kommunale helsetjeneste og forskere i FYSIOPRIM og andre informanter med inngående kunnskap og synspunkter på satsingen. Informantenes kunnskap og meninger ble særlig tatt inn i kapitlene 3 og 4. Vi har valgt å bruke intervjuene på en samlet og overordnet måte og ikke navngi de informantene vi intervjuet. Dette for å unngå at synspunkter kan «hefte» ved enkeltaktører. Intervjuene ble i det vesentlige gjennomført på forsommeren 2021, de ble gjort enkeltvis på Teams. Intervjuopplegget har blitt meldt inn til NSD og godkjent.

⁸ Web of Science ble fra 1960 av bygget opp av Institute of Scientific Information. I 2021 driver Clarivate Analytics basen som en kommersiell tjeneste. I 2020 indekserte WoS fagfelleverderte artikler fra mer enn 21 000 tidsskrifter.

Referanser

- Organisasjons-, programdokumenter og annet materiale med nær tilknytning til FYSIOPRIM
- Bjørnerud, A. M.; I. B. Blaker, H. Handeland, A. Ottesen, A. K. Paulsen og G. A. Øyehaug (2020(?)), *Hospitantordningen i FYSIOPRIM. Erfaringer og refleksjoner*. Hospitanter i FYSIOPRIM 2013–2020, FYSIOPRIM, uten dato. 31 sider.
- Blixt, L. (2020), ansattside, UiO, lest 27.09.2021, <https://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/linebhau/>
- Fysiofondet (2009a), Fysioterapi i primærhelsetjenesten. Utlysning av forskningsmidler fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter, 5. mars 2009.
- Fysiofondet (2014a), Orientering til FYSIOPRIMs ledelse om videreføring av Fondets satsning på forskning i primærhelsetjenesten, 23. april 2014.
- Fysiofondet (2014b), Invitasjon til søknad fra fondsstyret om videreføring av forskningsprogrammet FYSIOPRIM med søknadsfrist 1. oktober 2014.
- Fysiofondet (2014c), Tildelingsbrev om videreføring av FYSIOPRIM. Brev fra Fysiofondet til Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, 25. november 2014.
- Fysiofondet (2015), Videreføring av FYSIOPRIM. Brev fra Fysiofondet til ledelsen for FYSIOPRIM, 9. mars 2015.
- Fysiofondet (2020), Sluttevaluering av FYSIOPRIM, utlysningstekst, uten dato (se faksimile i vedlegg 1, (prosjektets tidsramme og økonomisk ramme unntatt)).
- Fysiofondet (2021), Fysiofondets historie, <https://fysiofondet.no/Om-Fysiofondet/Fysiofondets-historie>
- Fysiofondet (2021a), Fysiofondets vedtekter <https://fysiofondet.no/Om-Fysiofondet/Vedtekter>
- Fysiofondet (2021b), Fysiofondet, tildelinger til FYSIOPRIM, <https://fysiofondet.no/Tildelinger/FYSIOPRIM>,
- FYSIOPRIM (2009b), A research program on physiotherapy in primary care. A proposal from University of Oslo, Institute of Nursing and Health Science, 5. juni 2009.

FYSIOPRIM (2014), Prosjektbeskrivelse for en videreføring av FYSIOPRIM fra forskningsprogrammets ledelse, 1. oktober 2014.

FYSIOPRIM (2015), Prosjektbeskrivelse – FYSIOPRIM2015–2020, datert 30. juni 2015.

FYSIOPRIM (2016), Fremdriftsrapport pr. 01.03.2016.

FYSIOPRIM (2016b), Fremdriftsrapport 01.03.–31.08.2016.

FYSIOPRIM (2017), Fremdriftsrapport 01.09.2016–01.03.2017.

FYSIOPRIM (2017b), Fremdriftsrapport 01.03.2017– 01.09.2017.

FYSIOPRIM (2018), Fremdriftsrapport 01.09.2017–01.03.2018.

FYSIOPRIM (2018b), Fremdriftsrapport: 01.03.2018–01.09.2018.

FYSIOPRIM (2019), Fremdriftsrapport: 01.09.2018– 01.03.2019.

FYSIOPRIM (2019b), Fremdriftsrapport: 01.03.2019– 01.09.2019.

FYSIOPRIM (2020), Fremdriftsrapport: 01.09.2019– 01.03.2020.

FYSIOPRIM (2017–2020), Årsrapport og regnskap. <https://fysiofondet.no/Om-Fysiofondet/AArsrapport-og-aarsregnskap>

FYSIOPRIM (2020), Vøllestad, N. K.; W. S. Bjorbækmo, O. Vasseljen, K. A. I. Evensen, P. Thingstad og G. Myhre, Sluttrapport for prosjektperioden 2015–2020, <https://fysiofondet.no/Tildelinger/FYSIOPRIM>.

Høstmark, C. B., «Fem fysioterapeuter: - [sic] Dette har FYSIOPRIM betydd for meg», <https://fysioterapeuten.no/avtalefysioterapeuter-dokumentasjon-fysioprim/fem-fysioterapeuter--dette-har-fysioprim-betydd-for-meg/102574>

Tidsskriftet *Fysioterapeuten*, <https://fysioterapeuten.no/>, lest april–august 2021.

Universitet i Oslo (2014), Søknad om videreføring av FYSIOPRIM fra Institutt for helse og samfunn ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1. oktober 2014.

Universitetet i Oslo (2015), Kontrakt og endelig prosjektbeskrivelse for FYSIOPRIM 2015–2020. Brev fra Institutt for helse og samfunn ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo til Fysiofondet, 1. juli 2015.

Vøllestad, N. (u.å.), «Elektroniske helsedata – fra skepsis til nytte», presentasjon med powerpoint, UiO, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn.

Østerås, N.; K. B. Hagen, I. Holm og M. A. Risberg (2017), «Samarbeid for bedre artrosebehandling», fagkronikk, *Fysioterapeuten* 3/17, s. 32ff.

Andre offentlige dokumenter, rapporter, artikler med videre

Bloch, C. W., & Sørensen, M. P. (2015). «The size of research funding: Trends and implications” *Science and Public Policy*, 42 (1), 30–43.

Brofoss, K.E. (2004), En gjennomgang av Forskningsrådets fagevalueringer. NIFU STEP Arbeidsnotat 7/2004. NIFU STEP.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Melby, L. (2014): Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten. Rapport A26281. SINTEF Teknologi og samfunn, Trondheim.
- Norges forskningsråd (2020), Innvilgede søknader om forskerprosjekt etter fristen 10. april 2019, Innovasjon i bruk av registerdata (INOREG), <https://www.forskningsradet.no/contentassets/800aed80b8e5437591ff9a1b481403b6/soknadsresultat-2019-fp-oppdater-t-januar-2020.pdf>
- Norges forskningsråd (2021), gaveforsterkning <https://www.forskningsradet.no/utlysninger/2019/gaveforsterkningsordningene/>.
- Piro, F.N.; A. Vabø og K.E. Brofoss (2013) Fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten: En midtveisevaluering av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuters strategi for forskning i primærhelsetjenesten. Rapport. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- St.meld. nr. 20 (2004–2005), *Vilje til forskning*, Kunnskapsdepartementet, Oslo, 2005.
- St. meld. nr. 47 (2008–2009), *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo 2009.

Registerdata

FYSIOPRIMs publikasjonsliste:

<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/publikasjoner/>, nedlastet 11.01.2020.

Google Scholar, <https://scholar.google.com/>

Web of Science, <http://webofknowledge.com>

Cristin-databasen, <https://app.cristin.no/>

Norart, <https://www.nb.no/baser/norart/>

Muntlige kilder – intervjuer

13 informanter med tilknytning til Fysiofondet, fysioterapi og/eller FYSIOPRIM-satsingen: Intervjuene ble i det vesentlige gjennomført juni–juli 2021.

- ledelse i Fysiofondet, to personer
- programledelse i FYSIOPRIM, to personer
- tidsskriftet *Fysioterapeuten*, to personer
- forskere og klinikere som hadde deltatt i FYSIOPRIM, fire personer
- representanter for kommunal helsetjeneste, tre personer.

Vedlegg

Vedlegg 1: Fysiofondet. Sluttevaluering av FYSIOPRIM, utlysningstekst.

Vedlegg 2: Alternative ordninger og forløpere til trondheims- og hospitantmodellen, 2010–2014.



Sluttevaluering av FYSIOPRIM

Om oppdraget

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet) får overført årlige midler fra folketrygden og tildeler midler til etter – og videreutdanning, fagutvikling og forskning for fysioterapeuter gjennom ulike stipendkategorier. Siden 2008 har primærhelsetjenesten vært et satsningsområde. En tildeling på til sammen 57 millioner kroner over 10 år til forskningsprogrammet FYSIOPRIM har vært fyrtårnet i satsningen på fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Fysiofondet ønsker å evaluere denne satsningen. Dette vil gi et solid utgangspunkt for Fondsstyrets videre strategi og utlysninger.

I det følgende er en beskrivelse av hva en evaluering skal gi svar på.

Grunnlag for evaluering

Tildeling til FYSIOPRIM i 2009 var et resultat av strategisk prioritering av fysioterapi i primærhelsetjenesten ved å stimulere til forskning, fagutvikling og utdanning gjennom utlysninger og tildelinger. FYSIOPRIM er den største enkelttildelingen i Fysiofondets historie. I utlysningen av forskningsmidler til fysioterapi i primærhelsetjenesten er det overordnede målet for satsningen «..å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om fysioterapeutiske virkemidler for forebygging, behandling og rehabilitering innenfor områdene muskelskjelettlidelser og nevrologisk sykdom.»

Ambisjonene er satt i følgende suksesskriterier (resultatmål):

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

Etter utlysninger, søknadsrunde og ekstern fagfellevurdering gikk tildelingen til forskningsprogrammet FYSIOPRIM som var et samarbeid mellom UiO, NTNU og Diakonhjemmet sykehus.



Arbeidet i FYSIOPRIM er delt inn i tre hovedområder fremstilt i følgende modell:



Etter midtveisevalueringen (NIFU-rapport 2013:13), grundige diskusjoner og ny søknad, innvilget Fondsstyret i 2014 en videreføring av FYSIOPRIM i fem nye år, frem til 30. juni 2020, i et samarbeid mellom UiO, NTNU og Trondheim kommune.

Mål for videreføring:

- Videreføre arbeidet med metoder og verktøy til bruk i klinisk praksis og modeller for forskning i primærhelsetjenesten.
- Tilrettelegging for at kunnskapen og metodene kan forankres, formidles, bli nyttige og tas i bruk lokalt og i hele fysioterapitjenesten i kommunene.
- Tverrfaglig samarbeid med å utvikle prosjekter i samarbeid med andre forskningsnettverk, i tråd med signalene i strategien HelseOmsorg21 og rapporten Forskningsnettverk i allmenntannlege og tannlegetjenesten (2013).

Evaluerings

For myndighetene, fysioterapifaget og Fysiofondet er det viktig å evaluere hva en slik stor og langsiktig satsning og tildeling har ført til.

En evaluering skal vurdere tiltaket i forhold til målene som er satt fra begynnelsen.

Evalueringen kan si noe om hvor godt målene er nådd, men også føre til læring og peke fremover slik at nye strategier og tiltak kan forankres i ny kunnskap og erfaring som er kommet ut av prosjektet.

Den langsiktige, strategiske satsningen var å få til strukturer for samarbeid og forskning i primærhelsetjenesten. Det handler om mer enn ren kunnskapsproduksjon og formell kompetanseoppbygging og har ført til ringvirkninger som er viktig å få fram.

Fysioterapeuter i klinikken, forskere i forskningsmiljø og ledere/forvaltning i kommunene er alle deltakere i programmet og alle tre perspektiv må dermed med i en evaluering.

Mål for evaluering

Evalueringen skal imøtekomme en sammensatt målsetning.

Evalueringen må ta utgangspunkt i de overordnede målene for utlysningen og også se på ringvirkningene ti år med FYSIOPRIM har ført til for kommunene, fysioterapitjenesten og forskere i forhold til samarbeidsstrukturer, kompetanse og politikkutforming.



Det ønskes svar på følgende punkter:

1. I hvilken grad er de overordnede målene nådd?
2. Kunnskapsproduksjon i form av publikasjoner og presentasjoner og hvilke tema og problemstillinger er det kunnskap om.
3. Kompetanseoppbygging
 - a. Formalisert kompetanse: Stimulert til masterutdanning.
Forskerkompetanse/phd
 - b. Ikke-formalisert som f.eks. kompetansen i kunnskapsbasert praksis blant fysioterapeuter i kommunene, kompetanse om fysioterapi i kommuneledelse/forvaltning
4. Samarbeidsstrukturer for forskning i primærhelsetjenesten.
Samarbeidspartnerne som er vektlagt i FYSIOPRIM er fysioterapeuter i klinikken, ledelse/forvaltning i kommunen og forskere.
 - a. Beskrivelse av samarbeidsmodellene (oppfølging av Sintef-rapport 2014-09-26)
 - b. Hvordan virker modellene på samarbeidet og kunnskapsflyten mellom forskning og praktisk fysioterapi?
 - c. Hvordan bidrar samarbeidsmodellene til kunnskapsbasert praksis?
5. Styrket forskning i primærhelsetjenesten.
 - a. Hva slags økt FoU-aktivitet har skjedd i kommunene?
 - b. Hva skal til for å få deltakelse fra kommunene/fysioterapeuter?
 - c. Hva skal til for at kommuner/fysioterapeuter opplever nytte?
 - d. Hvilke risiko/gevinst er det for deltakelse for kommuner/fysioterapeuter?
 - e. Elektronisk verktøy og database
6. Har FYSIOPRIM ført til ringvirkninger?
 - a. Bidratt til politikktutforming på nasjonalt eller kommunalt nivå?
7. Har store, langsiktige tildelinger større verdi enn mange små?

Tidsramme

FYSIOPRIM har sluttdato 30. juni 2020. Kunnskapsproduksjonen og publisering vil øke mot slutten av perioden. Samtidig er det viktig å starte evalueringen mens arbeidet fortsatt er i gang. Evalueringsperioden vil være fra 1. mai 2020 til 31. januar 2021.

Økonomisk ramme

Evalueringen har en økonomisk ramme på kr 1,5 millioner kroner.

Vedlegg 2: Alternative ordninger og forløpere til trondheims- og hospitantmodellen, 2010–2014.¹

Veiledermodell: Ordningen var rettet mot fastlønte fysioterapeuter i Trondheim kommune. Veilederen skulle ha doktorgradskompetanse og være ansatt i en kombinert stilling i primærhelsetjenesten og ved NTNU. Deler av aktiviteten var å veilede fastlønte fysioterapeuter i kommunen. Kommunen skulle legge til rette for dette. Veilederen skulle stimulere til mindre prosjekter, formidle kontakt mot relevante forskningsmiljø(er), søke forskningsmidler, etablere lesegrupper, fagmøter, presentere forskning med mere. Den kommunalt finansierte FoU-tiden til veilederen utgjorde 20–30 prosent av et årsverk.

Samhandlingsmodell: Ordningen var rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger. De var tilknyttet NTNU og skulle bruke 20 prosent av arbeidstiden sin til forskning, prosjekt- og utviklingsarbeid. Målet var å bedre kommunikasjonen mellom privatpraktiserende fysioterapeuter/manuellterapeuter og allmennleger, og å undersøke om dette gav redusert sykefravær og færre søknader til spesialisthelsetjenesten og andre private rehabiliteringsforetak. Effekten av tiltaket på pasienttilfredshet, livskvalitet og selvrapportert funksjon og symptomer skulle også undersøkes. Aktiviteten ble finansiert gjennom frikjøp fra ordinær klinisk virksomhet innenfor rammen for driftstilskudd i tillegg til honorar for tapt inntekt.

Stimuleringsmodell: Ordningen var rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter i Trondheim kommune. De fikk mulighet til å hospitere ved NTNU på deltid. Formålet var å skape økt og bedre engasjement for kunnskapsutvikling og forskning gjennom å inkludere klinikere og deres miljø i forskningsprosessen. Klinikere og forskere skulle ha regelmessige samhandlingsmøter for å diskutere pågående og nye kliniske forskningsprosjekter, faglige utfordringer og problemstillinger i klinikken, kritisk vurdering av egen praksis og vitenskapelig litteratur. Et håp var også at klinikerne kunne videreformidle erfaringer og opplevelser til egne arbeidsplasser, for eksempel gjennom å arrangere faglige møter. Klinikkerne ble frikjøpt med 10 prosent stilling over to år etter samme prinsipp som samhandlingsmodellen.

Brostillingsmodellen: Ordningen var en delt stilling mellom Universitetet i Oslo (UiO) og klinisk praksis. Stillingen skulle fungere som en brobygger. For å kunne bidra til å utvikle forskning i primærhelsetjenesten, skulle stillingen fylles av en person med doktorgrad. Personen hadde sin hovedstilling som postdoktor i FYSIOPRIM ved UiO. Mangel på klinikere med nødvendig forskningskompetanse ble en utfordring da UiO vurderte flere slike stillinger.

¹ Redegjørelsen bygger på Sintefs inndeling i fem modeller og to ordninger, der ordningen eller gruppen med tematiske tangeringspunkter faller ut her. Inndelingskriterier var forskningens organisering, aktiviteter, klinikernes rolle, kommunens faglige rolle og finansiering (Melby 2014: 8, 48–52).

Hospitantmodellen: Ordningen var rettet mot klinikere i primærhelsetjenesten uten forskningskompetanse. Klinikere – hospitanter, ble først knyttet til UiO gjennom et engasjement på først to år og i 20 prosent stillinger. Det var innenfor rammen av FYSIOPRIMS første periode. For det fleste hospitantene varte engasjement ut satsingens andre fase. De skulle jobbe sammen med forskere i FYSIOPRIM og delta i praktisk gjennomføring av forskningsprosjekter, bidra til ideer for, og utvikling av, oversiktsartikler og nye forskningsprosjekter. Dessuten skulle hospitantene bidra til å stimulere til fagutvikling og forskning hos fysioterapeuter i kommunen gjennom å arrangere diskusjonsmøter rundt kliniske problemstillinger og fremme forskning og forskningsutviklingsarbeid i kommunen.

Klinisk koordinatorordning. Den hørte ikke til de definerte modellforsøkene. Her var klinikere bindeledd mellom klinisk praksis og forskning. Erfarne fysioterapeuter i kliniske stillinger ga innspill til forskere om praksis, var involvert i utviklingen av forskningsspørsmål og i det praktiske opplegget for gjennomføringen. Klinikere stilte også klinikken til rådighet for datainnsamling. De var ansatt i 10 prosent stilling og lønnet over FYSIOPRIM (Melby 2014: 46–48).

Vedleggstabeller og -figurer

Tabell v 1 FYSIOPRIM, titler i fagfellevurderte artikler i internasjonale tidsskrifter, 2010–2020.

A phenomenological and critical examination of knowledge expressed and exchanged in physiotherapy with children
A touch of physiotherapy - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy
Assessments of Lumbar Flexion Range of Motion Intertester Reliability and Concurrent Validity of 2 Commonly Used Clinical Tests
Becoming data. Patient perspectives on using an eTool in physiotherapy sessions
Case Representation and Similarity Modeling for Non-Specific Musculoskeletal Disorders - A Case-Based Reasoning Approach.
Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longitudinal observational project
Clinical reasoning - Embodied meaning-making in physiotherapy
Connectivity: An emerging concept for physiotherapy practice
Development and Preliminary Testing of a Computerized Animated Activity Questionnaire in Patients with Hip and Knee Osteoarthritis
Do the key prognostic factors for non-specific neck pain have moderation effects? - A study protocol
Does outpatient physical therapy with the aim of improving health-related physical fitness influence the level of physical activity in patients with long-term musculoskeletal conditions?
Efficacy of strength and aerobic exercise on patient-reported outcomes and structural changes in patients with knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial
Evidence for a general stiffening motor control pattern in neck pain: a cross sectional study
Exercise for Hand Osteoarthritis: A Cochrane Systematic Review
Exercise programme with telephone follow-up for people with hand osteoarthritis - protocol for a randomised controlled trial
Exercises for hand osteoarthritis (Protocol)
Frame-difference analysis of video-recorded laser-beam projections
Frequency-dependent deficits in head steadiness in patients with nonspecific neck pain
Health care contact following a new incident neck or low back pain episode in the general population; the HUNT study
Health-Related Physical Fitness Measures: Reference Values and Reference Equations for Use in Clinical Practice
Improvement in Work Ability, Psychological Distress and Pain Sites in Relation to Low Back Pain Prognosis A Longitudinal Observational Study in Primary Care
Limited effects of exercises in people with hand osteoarthritis: results from a randomized controlled trial

Measuring Health-Related Physical Fitness in Physiotherapy Practice: Reliability Validity, and Feasibility of Clinical Field Tests and a Patient-Reported Measure

Measuring physical performance in highly active older adults: associations with age and gender?

Mechanisms controlling human head stabilization during random rotational perturbations in the horizontal plane revisited

Mixed methods research - So far easier said than done?

Natural course of acute neck and low back pain in the general population: The HUNT study

Neck motion, motor control, pain and disability: A longitudinal study of associations in neck pain patients in physiotherapy treatment

Negative perceptions of illness and health are associated with frequent use of physiotherapy in primary healthcare

Novel approach towards musculoskeletal phenotypes

Patient-Reported Quality of Care for Osteoarthritis: Development and Testing of the OsteoArthritis Quality Indicator Questionnaire

Patients with musculoskeletal conditions do less vigorous physical activity and have poorer physical fitness than population controls: a cross-sectional study

Physiotherapists? experiences of adopting an eTool in clinical practice: a post-phenomenological investigation

Predictors for global perceived effect after physiotherapy in patients with neck pain: an observational study

Protocol for a qualitative study of knowledge translation in a participatory research project

Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice, a cohort study

Resistance training in addition to multidisciplinary rehabilitation for patients with chronic pain in the low back: Study protocol

Rigid head-neck responses to unpredictable perturbations in patients with long standing neck pain does not change with treatment

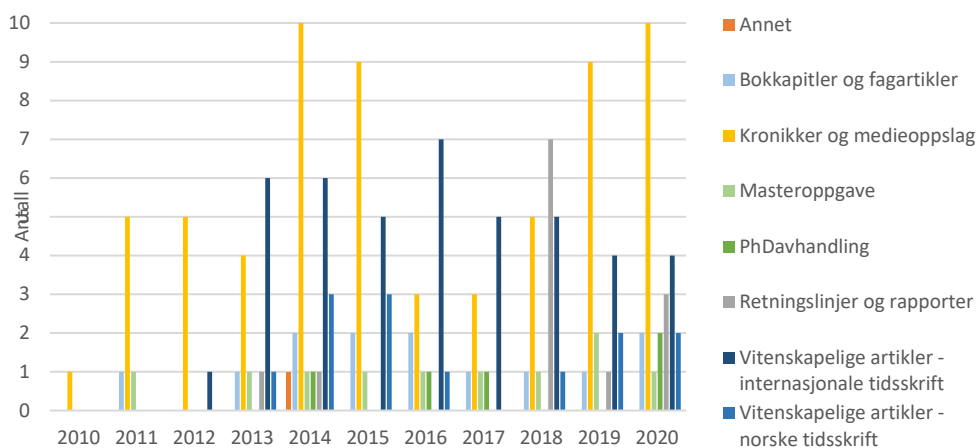
Shoulder patients in primary- and specialist health care. A cross-sectional study

The predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire and the clinicians' prognostic assessment following manual therapy treatment of patients with LBP and neck pain

Unpacking knowledge translation in participatory research: a micro-level study

Unpacking the process of interpretation in evidence-based decision making

Which knowledge? An examination of the knowledge at play in physiotherapy with children



Figur v 1 Kunnskapsproduksjon per år etter publikasjonstype, 2010–2020.

Kilder: Publikasjonsliste fra FYSIOPRIM (nettpresentasjon) og sluttrapporten for prosjektperioden 2015–2020 samt supplerende referansesøk i Google Scholar, Web og Science, Cristin-databasen, Norart og ATEKST.

Tabell- og figuroversikt

Tabell 3.1 Tidsskrifter med fagfelleverderte FYSIOPRIM-artikler, 2010–2020.....	26
Tabell 3.2 Tema i vitenskapelige artikler. Hovedtema og undertema(er).....	28
Tabell 3.3 Titler i norskspråklige, fagfelleverderte artikler fra FYSIOPRIM, 2010–2020.....	31
Tabell 3.4 Ph.d.-avhandlinger med tilknytning til FYSIOPRIM.....	33
Tabell 3.5 Et utvalg masteroppgaver med ulik tilknytning til FYSIOPRIM.....	34
Tabell 3.6 <i>Fysioterapeuten</i> , overskrifter i kronikker, essays og sammendrag.....	36
Tabell 3.7 Titler på retningslinjer og rapporter fra FYSIOPRIM.....	37
Tabell 4.1 FYSIOPRIMs arbeidspakker, deltakere og data.....	41
Tabell v 1 FYSIOPRIM, titler i fagfelleverderte artikler i internasjonale tidsskrifter, 2010–2020.....	69
Figur 1.1 FYSIOPRIMs hovedtemaer og prosjekter, 2010–2020.....	14
Figur 1.2 Fysiofondets FYSIOPRIM-satsing, (2010) 2015–2020.....	16
Figur 3.1 Skriftlig kunnskapsproduksjon etter publikasjonstype, 2010–2020.....	25
Figur 3.2 Temaer i norskspråklige vitenskapelige artikler.....	30
Figur 3.3 Temaer i vitenskapelige artikler publisert internasjonalt.....	32
Figur 4.1 (Tre)partssamarbeid illustrert.....	43
Figur 4.2 FYSIOPRIMs modellforsøk, 2010–2014 og 2015–2020.....	44
Figur v 1 Kunnskapsproduksjon per år etter publikasjonstype, 2010–2020.....	71

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no