

# Rapport

## Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten

**Forfatter**

Line Melby





**SINTEF Teknologi og samfunn**

Postadresse:  
Postboks 4760 Sluppen  
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000  
Telefaks:

[ts@sintef.no](mailto:ts@sintef.no)

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

Foretaksregister:

NO 948 007 029 MVA

# Rapport

## Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten

Undertittel

EMNEORD:  
Fysioterapi  
Primærhelsetjeneste  
Forskning

VERSJON

1.0

DATO

2014-09-26

FORFATTER(E)

Line Melby

OPPDRAGSGIVER(E)

Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter

OPPDRAGSGIVERS REF.

Eline Rygh

PROSJEKTNR

102005530

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

98 + vedlegg

### SAMMENDRAG

I denne studien har vi evaluert ulike modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten som er prøvd ut i FYSIOPRIM og i miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi støttet av Fondet de siste fem år. Vi har vurdert de ulike modellenes suksess og diskutert faktorer som hemmer og fremme måloppnåelse. Studien har hatt et todelt design, 1) Kvalitative intervjuer med totalt 17 klinikere, forskere og ansatte i kommuneadministrasjonen, og 2) spørreskjemaundersøkelse med de samme aktørene. Rapporten presenterer deltakernes erfaringer med de ulike måtene å organisere forskning på, først og fremst modellene som finnes innenfor FYSIOPRIM. Som et ledd i å identifisere suksesskriterier har vi tatt for oss erfaringer med prosjektoppstart, prosjektgjennomføring og effekter av prosjektdeltakelsen. Vi presenterer også deltakernes innspill til hvordan man kan skape gode forskningssamarbeid mellom klinikere, forskere og kommunen. Funnene blir drøftet opp mot en rekke på forhånd definerte suksesskriterier. Rapporten avsluttes med et sett anbefalinger for hvordan man kan lage gode forskningssamarbeid. Vi legger vekt på felles prosjektutvikling og et likeverdig forhold mellom partene, samt behovet for kontinuitet, felles møteplasser og finansiering av klinikernes forskningstid.

UTARBEIDET AV

Line Melby, forsker

SIGNATUR

KONTROLLERT AV

Marian Ådnanes, forskningsleder

SIGNATUR

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR



RAPPORTNR

SINTEF A26281

ISBN

978-82-14-05694-5

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

# Historikk

---

| VERSJON | DATO       | VERSJONSBESKRIVELSE |
|---------|------------|---------------------|
| 1.0     | 2014-09-26 | [Tekst]             |

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Forord</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>1 SAMMENDRAG</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2 INNLEDNING</b> .....  | <b>12</b> |
| 2.1 Om oppdraget og problemstillinger .....  | 12        |
| <b>3 BAKGRUNN</b> .....  | <b>14</b> |
| 3.1 Forskning, utvikling og innovasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste .....                                | 14        |
| 3.2 Fysioterapiforskning.....  | 16        |
| <b>4 METODE OG MATERIALE</b> .....   | <b>21</b> |
| 4.1 Intervju.....  | 21        |
| 4.2 Spørreskjema .....   | 22        |
| 4.3 Annet.....   | 23        |
| 4.4 Om respondentene .....   | 23        |
| <b>5 KARTLEGGING AV MODELLENE</b> .....  | <b>32</b> |
| 5.1 Hospitantmodellen .....  | 32        |
| 5.2 Brostilling og veiledermodellen .....  | 35        |
| 5.3 Samhandlingsmodellen.....  | 41        |
| 5.4 Stimuleringsmodellen .....   | 42        |
| 5.5 Klinisk koordinator .....  | 46        |
| 5.6 Modeller utenfor FYSIOPRIM .....   | 48        |
| 5.7 Sammenfatning modeller for organisering av forskning .....   | 51        |
| <b>6 PROSJEKTOPPSTART: MOTIVASJON OG UTFORMING AV PROSJEKT</b> .....   | <b>54</b> |
| 6.1 Motivasjon for deltakelse i forskning på primærhelsetjenesten.....   | 54        |
| 6.2 Utforming av prosjekt og problemstillinger.....  | 60        |
| <b>7 PROSJEKTGJENNOMFØRING OG FORSKNINGSSAMARBEID: ORGANISERING OG FINANSERING</b> .....                         | <b>65</b> |
| 7.1 Kommunenes erfaringer med prosjektgjennomføring .....  | 73        |
| <b>8 PROSJEKTLUTT: MÅL OG EFFEKTER</b> .....   | <b>77</b> |
| <b>9 DISKUSJON: EVALUERING AV MODELLER FOR ORGANISERING AV FYSIOTERAPIFORSKNING I PRIMÆRHELSETJENESTEN</b> ..... | <b>83</b> |
| <b>10 DELTAKERNES INNSPILL KNYTTET TIL FORSKNINGSORGANISERING</b> .....  | <b>91</b> |
| 10.1 Innspill fra klinikerne.....  | 91        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 10.2      | Innspill fra forskerne .....                           | 92        |
| 10.3      | Innspill fra kommuneadministrasjonen.....              | 93        |
| 10.4      | Sammenfatning innspill til forskningsorganisering..... | 93        |
| <b>11</b> | <b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER .....</b>                | <b>95</b> |
| 11.1      | Anbefalinger.....                                      | 95        |
|           | <b>LITTERATUR .....</b>                                | <b>97</b> |
|           | <b>VEDLEGG .....</b>                                   | <b>99</b> |
|           | Intervjueguide .....                                   | 99        |
|           | Spørreskjema til forskere .....                        | 100       |
|           | Spørreskjema til fysioterapeuter .....                 | 104       |
|           | Informasjonsskriv til informanter.....                 | 108       |

## Forord

Formålet med studien som presenteres i denne rapporten har vært å skaffe mer kunnskap om hvordan forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten bør organiseres, og herunder hvordan kan man styrke og øke kunnskapsutviklingen og forskningsinnsatsen i kommunene. Temaet er svært aktuelt. I den nye nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg, "HelseOmsorg21" er et kunnskapsløft for kommunene en av satsningsområdene. Vi håper denne rapporten gir nyttig kunnskap for Fondet i deres videre arbeid med fysioterapiforskning og kunnskapsutvikling i primærhelsetjenesten.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter. Vi vil takke daglig leder i Fondet, Eline Rygh, for godt samarbeid og konstruktive innspill i arbeidet med rapporten. Vi vil også takke de to prosjektlederne i FYSIOPRIM, professor Ottar Vasseljen ved NTNU og professor Nina Vøllestad ved UiO, for å dele sin kunnskap med oss. En stor takk går også til Torgrim Tønne og Monica Unsgaard-Tøndel som har gitt innspill til studien og kommet med oppklarende informasjon når det har vært nødvendig. Til sist vil vi rette en stor takk til informantene som stilte opp på intervju, og til de som fylte ut spørreskjemaet, og ikke minst takk til de som gjorde begge deler!

I SINTEF er det forsker Line Melby som har gjennomført evalueringen og skrevet rapporten. Forskningsleder Marian Ådnanes har bistått i prosessen.

Trondheim, 29. august 2014

Line Melby

Forsker

## 1 SAMMENDRAG

### Mål og problemstilling

SINTEF har i perioden januar 2014 - august 2014 gjennomført en evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten. Oppdragsgiver har vært Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter (Fondet).

Formålet med evalueringen har vært tredelt. Et første mål har vært å kartlegge ulike modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten som er prøvd ut i FYSIOPRIM og i miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi støttet av Fondet de siste fem år. Et annet mål har vært å vurdere de ulike målenes suksess, og et tredje mål har vært å identifisere faktorer som kan hemme og fremme måloppnåelse. Et overordnet mål med evalueringen har vært å gi Fondet innspill til hvordan man kan legge til rette for en forskningsorganisering der klinikere i kommunen, forskere ved universitet og høyskoler, samt kommuneadministrasjonen jobber sammen om prosjekter. Et underliggende premiss er at en forskningsorganisering der alle tre aktører samarbeider gir relevant og nyttig forskning.

For å sette studien i en større sammenheng, ser vi på noen sentrale trekk i myndighetenes forsknings-, utviklings- og innovasjonspolitik i helse- og omsorgssektoren. Vi ser også på bidrag fra forskningslitteraturen der en har studert forskningsorganisering i helsesektoren.

### Metode og materiale

Data har blitt samlet inn gjennom en kombinasjon av kvalitative intervjuer og spørreskjemaundersøkelse. Vi har intervjuet totalt 17 klinikere, forskere og ansatte i kommuneadministrasjonen. Alle informantene deltok i FYSIOPRIM, enten ved å være ansatt ved universitetet i en vitenskapelig stilling, ved å være kliniker som er deltaker i forskningsprosjekt organisert under FYSIOPRIM, eller ved å være administrativt ansatt i en kommune som er "vertskap" for FYSIOPRIM-forskningsaktivitet. Spørreskjema ble sendt til alle deltakere i FYSIOPRIM og til andre forskere og klinikere som Fondet hadde kjennskap til at holdt på med forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten. For klinikerne oppnådde vi en svarprosent på 43 (n=19), mens for forskerne var svarprosenten 56 (n=23). Når det gjelder de administrativt ansatte i kommunene var det ingen som besvarte spørreskjemaet innen fristen, og vi besluttet dermed heller utelukkende å gjøre intervjuer med denne gruppen.

Den gjennomsnittlige respondenten – gjelder både klinikere og forskere - er en kvinne mellom 51 og 60 år. Forskerne har lang erfaring på forskningsfeltet, og flere har over 30 års erfaring. Av klinikerne finner vi at de fleste er selvstendige næringsdrivende med driftsavtale med kommunen, og et fåtall har mastergrad. 13 av forskerne deltar i FYSIOPRIM, mens seks forskere deltar i annet prosjekt. Av klinikerne deltar 13 i FYSIOPRIM, mens seks deltar kun i annet prosjekt. Respektive ni og tre forskere og klinikere deltar både i FYSIOPRIM og i annet prosjekt.

### Resultater



### *Kartlegging av modellene*

Vi har innhentet informasjon om de fem modellene som inngår i FYSIOPRIMs modellforsøk. Dette omfatter Hospitantmodellen, Brostilling (Oslo), Veiledermodellen, Samhandlingsmodellen og Stimuleringsmodellen (Trondheim). I tillegg har vi inkludert den kliniske koordinatorordningen. Videre har vi sett på måter å organisere forskning på utenfor FYSIOPRIM. Tabell 4-1 sammenfatter fem ulike dimensjoner ved modellene: Forskningsorganisering, aktiviteter, klinikerrolle, kommunens faglige rolle og finansiering. I denne gjennomgangen ser vi at det er mange likhetstrekk mellom Hospitantmodellen og Stimuleringsmodellen, og mellom Brostilling og Veiledermodellen. I Hospitant- og Stimuleringsmodellene deltar fem-seks klinikere, og universitetene organiserer et faglig opplegg for dem, i tillegg til at de utformer sine egne små, forskningsprosjekter. Brostillingen og Veiledermodellen er av en helt annen karakter. Dette er modeller rettet mot enkeltpersoner med forskerutdanning som innehar kombinasjonsstillinger, delt mellom klinikk/kommune og universitetet. Samhandlingsmodellen er rettet mot klinikere som får avsatt en viss tid til å drive med et forskningsarbeid. Denne modellen har ingen felles, faglige aktiviteter. Den kliniske koordinatorordningen er en modell der erfarne klinikerne har en brobyggerrolle mellom praksisfeltet og universitetsmiljøet (FYSIOPRIM). Disse deltar i møter med FYSIOPRIM og gir innspill på forskningsprosjekter og problemstillinger basert på sin kunnskap om praksis. De stiller også sin klinikk til rådighet for datainnsamling for FYSIOPRIM har som oppgave å drive et motivasjons- og forskningsopplysningsarbeid vis a vis klinikere. Modellene utenfor FYSIOPRIM er vanskeligere å si noe detaljert om organiseringen av. Vi ser imidlertid at de varierer. Klinikere kan få helt ulike roller: alt fra utelukkende å fungere som en datainnsamler for forskere til å ha stor innflytelse på utforming av forskningen.

### *Prosjektoppstart: motivasjon og utforming av prosjekt*

Vi har sett på deltakernes motivasjon for å delta i forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten. Både klinikere og forskere er svært motivert og interessert i problemstillinger på feltet. I forhold til rekruttering inn i forskningen, viser resultatene at det hovedsakelig er UoH-miljøene som enten kontakter klinikere direkte, eller som lyser ut stillinger. Det betyr at forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten i stor grad initieres fra universitet/høgskoler. Kommunen er også interessert i å være partner i forskningsaktivitet, men strever med ressursknapphet.

Forskningsprosjektene kan på overordnet tematisk nivå plasseres innenfor behandling, rehabilitering og forebyggende helsearbeid. Blant klinikerne er det en delt oppfatning av hvem som har formulert forskningsspørsmålene. Det er en jevn fordeling mellom alternativene universitet/høgskole, kliniker selv og i samarbeid mellom disse to. Blant forskerne mener et flertall at forskningsspørsmålene er formulert i et samarbeid mellom universitet og klinikere. Resultatene tyder på at det foregår en del samarbeid mellom klinikere og forskere omkring utforming av problemstillinger i prosjektene, og vi ser at dette foregår i større grad i prosjektene innenfor FYSIOPRIM enn de utenfor. Klinikere opplever forskningsprosjektet som nyttig for egen praksis.

### *Prosjektgjennomføring og forskningssamarbeid: organisering og finansiering*

Studien viser at langt de fleste av klinikerne bruker 20 prosent av arbeidstiden på forskningsprosjektet. Omtrent halvparten har veileder ved universitet/høgskole, og de aller fleste klinikerne treffer forsker/prosjektleder enten hver månedlig eller en gang pr halvår. I halvparten av prosjektene deltar andre yrkesgrupper enn fysioterapeuter. Prosjektene til klinikerne finansieres fra en rekke kilder. Mange klinikere finansieres ved at kommunen gir fullt driftstilskudd og lar klinikerne bruke noe tid på forskningsarbeid. En hovedforskjell mellom klinikere tilknyttet FYSIOPRIM og de utenfor, er at førstnevnte gruppe får lønn fra universitetet. Det gjør ingen i sistnevnte gruppe. Klinikernes erfaringer med å delta i forskningssamarbeid kan oppsummeres med at de synes rammebetingelse for å drive forskning i prosjektet er ganske gode. Mange jobber likevel mer enn 100 prosent stilling nå som de er engasjert i forskning, og mange taper dermed økonomisk på det. De aller fleste opplever god støtte fra kolleger og leder i forhold til at de holder på med forskning. Faglig sett synes klinikerne at prosjektets forskningsspørsmål er relevante for det daglige arbeidet i klinikken, og de fleste tror pasientene vil nyte godt av at klinikerne er engasjert i forskning. Få klinikere har opplevd at prosjektet har vært skreddersydd for dem.

Forskerne har motsatt oppfatning av klinikerne i forhold til rammebetingelse for å drive forskning. Her synes et flertall av rammebetingelsene for forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunene er dårlige. Det er delte meninger om hvorvidt økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet, men det er tydelig at forskerne opplever samarbeidet som mer krevende enn klinikerne. Resultatene viser at i likhet med klinikerne bruker forskerne mer tid på forskningsprosjektet enn de får økonomisk kompensasjon for. Forskerne mener videre at de har litt knapp tid til veiledning og oppfølging av fysioterapeutene. Et flertall av forskerne mener at fysioterapeutene ikke har tilfredsstillende forskerkompetanse.

Kommunenes opplevelse av prosjektdeltakelsen (som da utelukkende dreier seg om prosjekter innenfor FYSIOPRIM) er i hovedsak positiv. Noen kommuner syntes imidlertid det i oppstartsfasen var uklart hva som var forventet av dem, og hva deltakelse i FYSIOPRIM innebar. Flere kommuner uttrykker at de grep sjansen til å få gjort prosjekter i kommunene når FYSIOPRIM bisto med lønnsmidler og faglig støtte. Studien viser at tett kontakt mellom kommunen og forskningsmiljøet er viktig med tanke på å utvikle et prosjekt som kommunen har nytte av. Videre ser vi at det skapes nettverk mellom kommuneansatte og universitetsmiljøene, som kommunen kan ha nytte av til senere prosjektarbeid.

### *Prosjektlutt: mål og effekter*

De mest rapporterte effektene av prosjektarbeidet blant klinikerne var at de opplevde forskningen som nyttig for egen praksis, og at evnen til å tenke kritisk omkring faglig praksis ble skjerpet. Svært mange oppga at organiseringen av forskningssamarbeidet hadde vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskere. Svært mange opplevde også å få en brobyggerrolle mellom praksisfeltet og akademia. For forskerne var de mest rapporterte effektene at de ønsket å gjøre mer forskning på problemstillinger spesifikt relatert til primærhelsetjenesten og at de ønsket å fortsette et samarbeid med klinikere i kommunene.

Informantene fra kommunene pekte på at de ser en kultur- og holdningsendring blant de klinikkene som er involvert i forskning. Selv om interessen for forskning og kunnskapsutvikling var ganske stor fra før, økte den etter deltakelsen i FYSIOPRIM. Kommuneadministrasjonen fremhever også betydningen av å få presentert resultater fra studiene underveis.

### *Diskusjon*

Resultatene drøftes basert på et sett forhåndsdefinerte suksesskriterier. Disse er (1) offentlige ressurser utløses, (2) nye prosjekter initieres, (3) det eksisterer en bredde i aktiviteter og prosjekter, (4) klinikerne opplever å ha reell innflytelse på samarbeidet, (5) både klinikere og forskere opplever nytte av samarbeidet, (6) formidling rettet mot klinikerne styrkes, (7) veiledningskompetansen som stilles til rådighet blir brukt, (8) det etableres bedre kontakt mellom forskere og klinikere, inkludert deres fagmiljø, (9) det blir flere fagmøter og fagdiskusjoner osv. på klinikkene, (10) økt interesse for forskning og kunnskapsutvikling blant fysioterapeuter i kommunene. Studien viser at særlig opplevd nytte av samarbeidet, og bedret kontakt mellom forskere og klinikere og deres fagmiljøer er fremtredende resultater. Interessen for forskning og kunnskapsutvikling øker i takt med at flere og flere blir engasjert i den typen aktiviteter.

### *Konklusjon og anbefalinger*

Basert på vår fortolkning av datamaterialet, samt innspill fra studiedeltakerne, gir vi noen anbefalinger knyttet til organisering av forskning og kunnskapsutvikling på fysioterapi i primærhelsetjenesten.

- Gjøre bruk av "partnership facilitators", altså en rolle a la klinisk koordinator som bindeledd mellom forskning-klinikk-kommuneadministrasjon
- Prosjekter bør utvikles i fellesskap mellom forskere, klinikere og kommuneadministrasjon. Klinikere og kommunen bør involveres allerede i planleggingen av prosjekt
- Organisere klinikerne i nettverk heller enn modeller bestående av enkeltstående personer. Nettverk muliggjør synergieffekter ved at klinikerne treffer andre som jobber med tilsvarende temaer
- Etablere felles arenaer der alle prosjektdeltakerne kan møtes og diskutere fag, progresjon osv.
- Gi klinikere et faglig opplegg. Inkludert undervisning i forskningsmetode, tilgang til bibliotekstjenester osv.
- Skape kontinuitet. For klinikerne må forskningsstillingen ha et visst omfang, minimum tilsvarende en 20 prosent stilling
- Økonomisk tilrettelegging. Finansering av klinikere er nødvendig

- Bruke forskningen politisk – la både forskere og klinikere presentere prosjekter og resultatet for å vise kommunepolitikerne verdien av forskningen/kunnskapsutviklingen, samt markedsføre fysioterapifaget

## 2 INNLEDNING

Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter (Fondet) har fysioterapi i primærhelsetjenesten som satsingsområde, og ønsker å bidra til å styrke kunnskapsutvikling og utvikling av fysioterapeuters tjenestetilbud innen feltet. Denne satsingen har gjenspeilet seg i Fondets strategiske plan, og den har fått uttrykk i bevilgning av forskningsmidler. I 2009 fikk UiO i samarbeid med NTNU, Oslo Universitetssykehus og Diakonhjemmet bevilget 32 millioner kroner til forskningsprogrammet FYSIOPRIM. Prosjektperioden for FYSIOPRIM er 2010-2015. FYSIOPRIM er utviklet med utgangspunkt i problemstillinger som er relevante for primærhelsetjenesten. Programmets kliniske hovedfokus er på muskel- og skjelettlidelser, og hovedmålene beskrives å være:

- Å skape modeller for forskning og dokumentasjon innenfor fysioterapi i primærhelsetjenesten og derved legge grunnlag for varige forskningsmiljøer
- Å knytte sammen kunnskap ervervet gjennom studier gjennomført i klinisk praksis, epidemiologiske studier og eksperimentelle forsøk, der ulike forskningsmetoder benyttes<sup>1</sup>

I 2013 leverte NIFU sin midtveisevaluering av Fondets strategi for forskning i primærhelsetjenesten, herunder en vurdering av FYSIOPRIM. FYSIOPRIM blir beskrevet som "et vellykket prosjekt med tanke på å berede grunnen for videre forskning i primærhelsetjenesten, men ikke et tilstrekkelig tiltak" (Piro, Vabø, & Brofoss, 2013). NIFU trekker frem de såkalte modellforsøkene som noe av det viktigste som foregår i FYSIOPRIM. Med modellforsøk kan vi forstå ulike måter å organisere forskning og samarbeid mellom universitetsansatte (FYSIOPRIM har ingen partnere i høgskolesystemet) og praktiserende fysioterapeuter i kommunene. Modellene i FYSIOPRIM har blitt til på ulike vis, og de har også varierende omfang, antall deltakere og ulike ambisjoner og mål. Å studere hvordan de er organisert kan dermed lære oss noe om fordeler og ulemper med forskjellige organisasjonsformer. Utover FYSIOPRIMs modellforsøk finnes også et begrenset antall andre forskningsprosjekter på fysioterapi i primærhelsetjenesten, og andre måter å organisere forskningen på. Ved å inkludere disse prosjektene med tilhørende organisasjonsformer, kan vi også få kunnskap om hvordan mindre forskningsprosjekter uten FYSIOPRIMs budsjett organiseres.

### 2.1 Om oppdraget og problemstillinger

SINTEF har på oppdrag av Fondet gjort evalueringen som presenteres i denne rapporten. Rapporten skal svare på tre spørsmål:

1. Kartlegge ulike modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten som er prøvd ut i FYSIOPRIM og i miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi støttet av Fondet de siste fem år.
2. Evaluere de ulike modellenes suksess.
3. Identifisere faktorer som hemmer og fremmer måloppnåelse.

---

<sup>1</sup> <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/> (19.06.14)

SINTEF har løst oppdraget ved å innhente erfaringer og synspunkter hos forskningsmiljøene som deltar i fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten, hos fysioterapeuter som er, eller har vært, involvert i denne typen forskning og blant noen kommuner som har vært involvert i FYSIOPRIM. Disse erfaringene og synspunktene er innhentet gjennom en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. I tillegg har vi brukt foreliggende dokumenter. En nærmere beskrivelse av metode og materiale følger i del 4.

De tre problemstillingene har i varierende grad vært mulige å besvare på en presis måte. En kartlegging av de ulike modellene som finnes innenfor FYSIOPRIM har vært forholdsvis enkelt å få til, siden Fondet har god oversikt over deltakerne og prosjektledelsen i FYSIOPRIM har tilrettelagt for datainnsamling. Å få oversikt over andre modeller og måter å organisere forskning på utover FYSIOPRIM er et vanskeligere oppdrag. Her har vi støttet oss på Fondets kjennskap til prosjekter og deltakere og har på den måten fått oversikt over flere andre forskningsprosjekter, og måter å organisere forskningen på. Kunnskapen vi har om disse er imidlertid mindre detaljert enn kunnskapen vi har om FYSIOPRIM.

En evaluering av de ulike modellenes suksess innebærer at en må avklare hva som skal regnes som "suksess". Suksess vil kunne bli definert ut i fra ulike kriterier, for eksempel faglige, økonomiske og organisatoriske. I evalueringen har vi derfor stilt spørsmålet til deltakerne i modellene hva de regner som et godt resultat og en suksess. Dette gir oss et utgangspunkt til å drøfte de forskjellige modellenes grad av suksess. I tillegg har vi stilt alle deltakerne åpne spørsmål knyttet til hva de anser som viktig i forhold til å legge til rette for fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten. Svarene og refleksjonene her gir oss mye kunnskap som vi håper Fondet kan bruke i sin videre oppbygging av forskning i primærhelsetjenesten.

Rapporten er strukturert på følgende måte; I neste kapittel ser vi kort på status for forskning på helse- og omsorgsfeltet i Norge generelt, og på fysioterapiforskningen spesielt.

### 3 BAKGRUNN

#### 3.1 Forskning, utvikling og innovasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren, eller primærhelsetjenesten, utøver en variert rekke helse- og omsorgstjenester, som spenner fra ren behandling til et mer generelt folkehelsearbeid som omfatter forebyggende og helsefremmende tiltak. Over tid har kommunehelsetjenesten fått en stadig større rolle, og etter innføring av Samhandlingsreformen har kommunene i dag også et større formelt ansvar for helsetjenester enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samtidig har myndighetene tydelig signalisert at det forebyggende helsearbeidet – som primært utføres i kommunene, skal få større vekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, 2013b, 2014). For at befolkningen kan være frisk lengst mulig og for at tjenestene skal være økonomisk bærekraftige over tid er det viktig at kommunene kan tilby effektive og behovstilpassede tjenester. Til sammen krever dette økt satsing på forskning, utdanning og innovasjon i kommunesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

I januar 2012 trådte en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), og i § 8-3 tydeliggjøres kommunenes ansvar for å medvirke og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et ansvar er imidlertid ikke å likestille med en plikt til å medvirke og tilrettelegge for forskning. De overordnede signalene fra myndighetene er derfor tydelige; det skal utføres mer forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Med den nylige utgitte "HelseOmsorg21, ny nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg" (juni 2014) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) har forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten fått ytterligere oppmerksomhet og videre tiltak har blitt mer konkretisert. Strategien har utpekt ti satsningsområder innen helse- og omsorgsfeltet, hvorav ett av dem er "kunnskapsløft for kommunene". Kunnskapsløft for kommunene er også en av HelseOmsorg21s fem hovedprioriteringer. I strategien heter det at helseforskningsinnsatsen i dag i liten grad er rettet mot kommunene, og forskningsinnsatsen står ikke i forhold til utfordringene og de store ressursene som brukes der.

Forskningen som gjøres i kommunene i dag beskrives som fragmentert og av lite volum. Den er ofte regionalt eller nasjonalt rettet, heller enn internasjonalt. Datagrunnlaget (for eksempel registre) for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester er manglende. Strategien identifiserer også en rekke andre områder der det er et forbedringspotensial og hvor det trengs innsats. For eksempel nevnes etablering av strukturer for FoU-samarbeid, kompetanseheving, utbygging av infrastrukturer og tydeliggjøring av det kommunale ansvaret for forskning. Mer forskning og innovasjon i kommunene må baseres på kvalitet og samarbeid med forskningsaktørene, spesielt UoH-sektoren, slås det fast (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014: 14). Oppsummert for kunnskapsløftet i kommunene skal dette skje gjennom "solid finansiering, etablering av et nasjonalt register for kommunale pleie- og omsorgstjenester, og med en UoH-sektor og en ny instituttsektor innrettet mot kommunenes behov" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014: 7).

Mer konkret foreslår strategien fem overordnede tiltak: 1) Struktur og samarbeidsmekanismer, 2) Kompetanse, kapasitet og insentiver for innovasjon i kommunene, 3) Forskning, utdanning og kompetanseheving, 4) nødvendige endringer i lover og forskrifter og 5) Forskningsinfrastruktur. Det skisseres en rekke tiltak under disse hovedpunktene. Her trekker vi fram noen tiltak som er særlig relevante i diskusjonen vedrørende resultater av denne evalueringen.

Større satsning på forskning og innovasjon i kommunene vil kreve utbygging av strukturer for slike aktiviteter. Strukturene må sikre at forskningsmiljøene når en kritisk masse, at kommunesektoren har sterke og tilgjengelige forsknings- og innovasjonsmiljøer å samarbeide med, samt at det må etableres arenaer for implementering, forsøk og kunnskapsformidling. Hvordan skal en slik kommunal forskningsstruktur se ut? Her trekker strategien fram blant annet utvikling av nettverk/arenaer/klynger for kunnskapsdeling og videreutvikling av kommunale tjenester. Videre i tilknytning til kompetanseheving, forskning og utdanning i kommunene, foreslår strategien å etablere et "Stort program" i Forskningsrådet som har til hensikt å løfte omfang og kvalitet på innovasjon og forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et annet tiltak er innføring av en offentlig sektor - PhD, opprette delte stillinger mellom sektoren og høgskole/universitet for å sikre kompetanseoverføring og styrke koplingen mellom forskning og praksis. Et tredje foreslått tiltak er å innføre gode permisjons- og stipendordninger i kommunene for kompetanseutvikling.

Videre innebærer en fjerde rekke tiltak for endringer i lover og forskrifter. Pr. i dag har kommunehelse-tjenesten ingen forpliktelse til å utføre forskning, i motsetning til spesialisthelsetjenesten. Dersom en skal oppnå styrking av forskning og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenesten, må alle aktører forpliktes til å delta gjennom lov. Strategien anbefaler dermed lovendring. I tillegg anbefales det at både HOD og kommunesektoren selv avsetter midler til forskning, og at det etableres regionale samarbeidsorganer for forskningsfinansiering med representasjon fra kommunesektoren og universitet-/høgskolesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014: 135).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning (Sør og Vest) utformet en håndbok for hvordan kommunene kan medvirke til, og tilrettelegge for, forskning i helse- og omsorgssektoren (Disch, Cappelen, & Førland, 2014). Målet er å gi råd til kommuner som planlegger og ønsker å komme i gang med forskningsaktivitet eller å tilrettelegge for forskning. Håndboken trekker fram sju forslag til hvordan kommunen kan øke forskningsaktiviteten sin:

1. Kommunen skaffer seg oversikt over egne forskningsbehov.
2. Kommunen tar kontakt med forskere og forskningsinstitusjoner for å legge fram problemstillinger og forskningsbehov.
3. Kommunen etablerer faste samarbeidsfora med forskningsinstitusjoner.
4. Kommunen stiller data fra tjenestene til rådighet for forskning.
5. Kommunen legger til rette for at forskningen kan gjennomføres i egen kommune.
6. Kommunen etablerer samarbeid med andre kommuner om forskning.
7. Kommunen deltar i forskningsinstitusjoners referansegruppe.



Forslagene legger i ulik grad opp til samarbeid mellom academia og praksisfeltet. Men særlig punktene 2, 3 og 7 gir muligheter for at kommunen øver innflytelse på den forskningen som gjøres. I forhold til punkt 2 anbefaler veilederen at etter at kommunen selv har formulert noen problemområder en er interessert i å studere, kan en henvende seg til forskningsinstitusjonen direkte eller gå via samarbeidsfora dersom slike eksisterer. Det er også etablert tilbud om såkalt kompetansemegling som skal fremme forskningsbaserte innovasjons- og utviklingsprosesser i offentlig sektor, med særlig vekt på kommunale helse- og omsorgstjenester og skole. Kompetansemeglingsordningen innebærer blant annet at et forskningsmiljø bistår kommuner med å finne relevant FoU-kompetanse knyttet til et prosjekt en ønsker skal bli forsket på. Meglingen kan skje gjennom henvendelse til de regionale forskningsfondene og VRI-programmet.

Et annet forslag for å styrke forskningsaktiviteten i kommunen er etablering av faste samarbeidsfora mellom kommunen og forskningsinstitusjoner (punkt 3). Håndboken anbefaler at forumet består av faglige ledere i kommunen og forskningsledere fra forskningsinstitusjoner. Målet er å kople komplementære fagmiljøer sammen. Forumet bør møtes regelmessig, for eksempel to ganger årlig, og arbeide på et strategisk nivå ved å identifisere temaer som kommunen ønsker forsket på. Kommunen kan med fordel også delta i referansegrupper i forsknings-prosjekter hos forskningsinstitusjonene. Å delta i slike grupper er en måte å medvirke og tilrettelegge for forskning på, samtidig som deltakelsen kan gi helse- og omsorgstjenesten faglige innspill.

Oppsummert gir håndboken noen enkle og oversiktlige råd for kommuner som ønsker å delta mer aktivt i forskning, enten selv eller sammen.

### 3.2 Fysioterapiforskning

Helse- og omsorgssektoren er en sektor i stadig og rask utvikling, og det innebærer nye krav både til tjenesteorganisering og kompetanse hos tjenestetilbyderne. Den demografiske utviklingen er etterhvert velkjent, men relevant for fysioterapiutøvelse er at vi får et samfunn med en stadig eldre befolkning, et økt antall kronikere og pasienter med sammensatte lidelser. I tillegg bor flere og flere hjemme – det vil si at de er kommunehelsetjenestens ansvar – og de vil trenge flere tjenester. Dagens pasienter er også mer informerte enn tidligere og kan stille andre krav til tjenestene (Verheyden, Handgraaf, Demirci, & Grüneberg, 2011). Som et svar på disse utfordringene er det også nødvendig å stille nye krav til profesjonsutøverne. I en lederartikkel diskuterer Verheyden et al. (2011) hvordan den moderne fysioterapirollen bør være. De ser for seg en helsetjenestetilbyder som diagnostiserer og behandler pasienter i tverrfaglige team. Det innebærer for fysioterapeuter at en må kunne fungere som samarbeidspartner i tverrfaglige team, og en må være deltaker i innovasjons-, forsknings- og utviklingsprosesser. For å kunne ta disse rollene kreves refleksivitet omkring egen praksis og livslang læring (ibid.). Med andre ord får forsknings- og fagutviklingsarbeid en sentral rolle.

Forskning og fagutvikling innen fysioterapi foregår i dag hovedsakelig i universitets- og høyskolesektoren og i helseforetakene. Forskning i primærhelsetjenesten – og på primærhelsetjenestens pasienter - foregår i liten grad. Dette kommer fram i NIFU's midtveisevaluering av Fondets strategi for forskning i primærhelsetjenesten (Piro et al., 2013). Den forskningen som gjøres i primærhelsetjenesten utføres både

av fastlønnede fysioterapeuter og blant de privat ansatte fysioterapeutene (ibid.). I evalueringen hevder forfatterne at det etter deres mening er særlig fire utfordringer, fysioterapifaget og særlig fysioterapiforskningen i primærhelsetjenesten står ovenfor; 1) Fysioterapi mangler standardisering av behandlingstilbudet, 2) Fysioterapi mangler evidensbaserte metoder og 3) Eksisterende evidens er fra spesialisthelsetjenesten. De fleste pasienter behandles i primærhelsetjenesten, og da særlig pasienter med kroniske lidelser. Slik kan det stilles spørsmålstegn ved hvor overførbar denne forskningen er. 4) Fysioterapitjenesten mangler kompetanse for å innføre ny kunnskap og nye behandlingsmetoder. Personell med FoU-kompetanse vil lettere enn de uten kunne gjøre en kritisk vurdering av nytte og effekt av nye tiltak, og bidra til å innføre dem i eget behandlingssløp. Det tegnes altså et bilde av at tjenesteutøvelsen i primærhelsetjenesten må styrkes, både gjennom å gjøre behandlingstilbudet mer evidensbasert, eller kunnskapsbasert, noe som også støttes av andre (Dannapfel, Peolsson, & Nilsen, 2014), samt gjennom å øke kompetansen blant klinikerne.

Hva vet vi så om tidsbruk på forskning og fagutvikling blant fysioterapeutene i primærhelsetjenesten? På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2009 utført en spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten (Agenda Utredning & Utvikling AS, 2009). Respondentene dekket de tre ulike formene for tilsetting i kommunehelsetjenesten, kommunalt ansatte, privatpraktiserende med driftsavtale med kommunen og privatpraktiserende uten driftsavtale med kommunen. Undersøkelsen svarer ikke på i hvilken grad fysioterapeutene er direkte involvert i forskning. Imidlertid sier undersøkelsen noe om faglig oppdatering blant fysioterapeutene, inkludert hvor ofte de leser faglitteratur, deltakelse på kurs og seminar, og hvor ofte de har fagdiskusjoner med kolleger. Dette kan gi oss en pekepinn på forutsetningene og interessen for å delta i forskning og fagutvikling. I forhold til hvor mye tid klinikerne brukte på å holde seg faglig oppdatert, svarte 37 prosent at de årlig eller oftere deltok på kompetansegivende videreutdanning. De private fysioterapeutene uten driftsavtale med kommunen var den gruppen som i størst grad deltok i denne typen videreutdanning. Hele 96 prosent av respondentene deltok på kurs eller seminar årlig eller oftere. Mellom 80 og 90 prosent av klinikerne oppga å ha faglige diskusjoner med kolleger ukentlig. Tilsvarende mange oppga at de daglig, ukentlig eller månedlig oppdaterte seg faglig gjennom søk i databaser og/eller Internett. Nær sagt alle fysioterapeutene oppdaterte seg gjennom fagtidsskrift månedlig eller oftere. Oppsummert viser undersøkelsen at den faglige aktiviteten blant fysioterapeuter i kommunen er stor. Forskjellene i svar mellom de tre gruppene var generelt sett små.

Én ting er at det foregår en god del faglig aktivitet i kommunene, noe annet er å lage relevante forskningsprosjekter og gode samarbeidskonstellasjoner. Forskning viser at det finnes en rekke barrierer for å drive med forskning innen fysioterapi. For eksempel vil manglende finansiering, mangelfulle forskningsinfrastrukturer (både på gruppe- og organisasjonsnivå), samt lite forskningskompetanse (Schoeb et al., 2013) hindre forskningsaktivitet. I en reportasje i Fysioterapeuten (nr. 8/13) påpekes det at når det gjelder forskning er fysioterapi et ungt fag. Men etter hvert som mange flere fysioterapeuter er engasjert i forskning, og flere tar doktorgrad, er spørsmålet hvordan man kan utnytte den forskningskompetansen som finnes. Det vil si hvordan kan man bruke forskningskompetansen til å utvikle den kunnskapen som etterspørres? (Lindvåg, 2013).

For å øke relevansen av forskningen, er det mange som hevder at løsningen er forskningsprosjekter der akademia og praksisfeltet jobber sammen, for på denne måten å kombinere forskjellige innsikter. Slike

samarbeidskonstellasjoner kalles gjerne "participatory research", eller "community based participatory research" (CBPR). Denne typen forskningssamarbeid kan ta en mengde ulike former, fra formelle, strukturerte partnerskap til mer uformelle nettverk (Clavier, Sénéchal, Vibert, & Potvin, 2012). Fordelen med denne typen partnerskap/forskningsorganisering er at en lettere kan utvikle felles prosjekter som er relevante for både praksisfeltet og akademien. Men slike typer forskningsorganisering innebærer også utfordringer. Det eksisterer for eksempel en innebygd maktforskjell mellom forskerne og klinikerne/praktikerne (herunder også kommuneadministrasjonen), der forskermiljøet sitter med definisjonsmakten i forhold til hva som er gyldig forskning. Det vil også eksistere forskjeller knyttet til hva som regnes som gyldige kunnskapskilder og hva som er relevante problemstillinger, samt hvordan forskningssamarbeidet skal organiseres.

Hvordan kan man så tilrettelegge for en type forskningspartnerskap der klinikk og akademien gjensidig beriker hverandre? Implisitt i dette ligger at begge parter bør/skal være involvert i hele forskningsprosessen, fra planlegging til publisering. I sin artikkel oppsummerer Clavier et al. (2012) en del av forskningen på området. For det første viser forskning at det kreves en betydelig innsats for å utvikle både formelle og uformelle samarbeidsrelasjoner mellom akademien og praksisfeltet. Det er nødvendig at begge parter anerkjenner hverandres kompetanse. Det er nødvendig med strategier, for eksempel knyttet til demokratisk ledelse og forhandlingsevne. Kompetanse på flere område – både kulturell kompetanse, evne til å lytte og å kunne bruke et felles språk som forstås i begge miljøer er nødvendig for å bygge gode relasjoner.

Andre trekker fram tilsvarende faktorer som respekt for forskjellige kulturer, tillitt til hverandre og retningslinjer for samarbeid (Curry et al., 2012). Clavier et al. (2012) trekker særlig fram betydningen av å ha såkalte "partnership facilitators", altså en person som fungerer som tilrettelegger for forskningssamarbeid og brobygger på tvers av miljøene. Slike personer blir beskrevet som dyktige til å kommunisere, til å tilrettelegge møtepunkter, og de er gode til å forhandle og å bygge nettverk og mobilisere partene. Kort sagt fungerer de som et lim som holder akademien og praksisfeltet sammen i forskningssamarbeidet (Clavier et al., 2012; Israel, Schulz, Parker, & Becker, 1998). Disse personene har en viktig rolle i kunnskapsoverføringsprosessen mellom miljøene.

I rollen som oversettere og brobyggere mellom akademien og praksisfeltet skiller Clavier et al. mellom å drive kognitiv-, strategisk- og logistisk translasjon. Kognitiv translasjon handler om å formidle innsikt fra praksisfeltet til forskningsmiljøet for deretter å "oversette" innsikten til forskbare og relevante problemstillinger. Strategisk translasjon handler om å støtte forskningsprosessen og sikre at partene hele tiden er involvert i det arbeidet som skal gjøres. Denne typen translasjon handler også om å bringe forskningsresultatene ut i praksisfeltet. Logistisk translasjon innebærer koordinering av den rekken av aktiviteter som er nødvendig for å få gjennomført et forskningsprosjekt. Translasyon kan derfor ses på som en kompleks og krevende prosess. Vi kan også se for oss at oppgavene en "partnership facilitator" har kan deles på flere personer.

To andre aktuelle temaer som tas opp i litteraturen er behovet for fler-/tverrfaglig forskning og evnen til tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er temaer vi også gjenkjenner fra vår hjemlige utdanningspolitikk (se

f.eks. Kunnskapsdepartementet, 2012). En studie av fysioterapiforskning i Sveits viste blant annet at både fysioterapeuter og helsepolitikere understreket behovet for flerfaglig forskning (Schoeb et al., 2013).

Mye er også skrevet om *hvordan* man kan skape vellykket tverrfaglig helseforskning (Curry et al., 2012), men vi går ikke nærmere inn på dette temaet her. Poenget er at fysioterapiforskningen som annen helseforskning også forholder seg til andre profesjoner, og det er selvfølgelig ingenting i veien for å lage forskningspartnerskap som innebærer flere profesjoner.

Et annet tema relevant for vår studie handler om utfordringene i fysioterapifaget knyttet til manglende evidensbaserte metoder, og hvordan en kan øke kompetansen blant klinikerne for å drive fagutvikling i klinikken. I en britisk spørreundersøkelse (Bourne, Dziedzic, Morris, Jones, & Sim, 2007) kartla de faktorer som innvirker på faglig utvikling og innføring av evidensbasert praksis blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. En hovedgruppe av faktorer var knyttet til faglige nettverk og støtte fra kolleger. Tilgang til forskjellige typer kollegiale nettverk, for eksempel faggruppe og mentor, ble sett på som viktig for å kunne drive fagutvikling. Flere faktorer ble ansett å påvirke muligheten for å ta i bruk evidensbasert praksis i klinikken. De viktigste var tilgang til bibliotek og relevant litteratur, å ha ferdigheter til kritisk å vurdere forskningslitteratur, samt å ha noen å diskutere denne litteraturen med. I tillegg var det ansett som en utfordring å ha tid til å sette søke opp litteratur, inkludert oppdaterte kliniske retningslinjer. Vi skal se at mange av disse faktorene er til stede i de forskjellige modellforsøkene. Det er dermed grunn til å tro at deltakelse i disse forskningssamarbeidene øker sjansen for at fysioterapeutene engasjerer seg mer i fagutvikling og innføring av evidens/forskningsbasert praksis.

Dannapfel et al. (Dannapfel et al., 2014) har intervjuet en gruppe fysioterapeuter om hva de lærte av å delta i et forskningsprosjekt. De så særlig på faglig utvikling og om deltakelsen i forskning bidro til en mer evidensbasert praksis, samt om fysioterapeutene overførte sin nyervervede kunnskap til kolleger. Studien var en del av en større klinisk studie (RCT omkring behandling av nakkeplager), og 11 fysioterapeuter ble intervjuet om sine læringsopplevelser. Studien viste en rekke resultater både knyttet til individuell- og organisasjonslæring. Individuelt lærte klinikerne for det første nye teknikker og fikk oppdatert kunnskap om nakkeproblemer generelt. For det andre, og på et mer generelt nivå, viste studien at flere av informantene trakk fram at deltakelse i et forskningsprosjekt fikk dem til å bli mer bevisste og refleksive rundt sine eksisterende behandlingspraksiser, og behandling gikk ikke lenger bare på rutine. Deltakelse i forskningsprosjektet trigget nysgjerrigheten og fikk de til å tenke litt videre, kom det fram. I tillegg syntes mange fysioterapeuter at deltakelse i forskningsprosjektet ga økt motivasjon for arbeidet. De fikk et "kick" av å delta i noe nytt, og ble generelt mer motivert for arbeidet. Videre oppga informantene at de fikk større trygghet på egen profesjonelle rolle, og på den evidensbaserte praksisen, siden de hadde lært disse nye teknikkene i praksis og ikke bare lest om dem. Deltakelsen trigget også en generell interesse og positiv holdning til videre forskning, og et ønske om mer kunnskap om hvordan forskning faktisk utføres, inkludert hvor utfordrende det kan være å gjennomføre en klinisk studie. På organisasjonsnivå kom det fram at klinikerne diskuterte forsknings(prosjektet) med kolleger. Dette skjedde for det meste på en uformell måte, men også gjennom formelle møter. Felles for informantene var at de syntes det var vanskelig å ha nok tid til kunnskapsutveksling med kolleger, og det var et ønske om faglige treffpunkter/nettverksmøter der en kunne utveksle erfaringer med kolleger også utover egen klinikk. Her kan vi trekke en tråd tilbake til Bourne

et al.'s (2007) studie som viste at faglige nettverk og støtte fra kolleger var en viktig faktor for å styrke fagutvikling i klinikken.

## 4 METODE OG MATERIALE

Data i studien er innhentet på to ulike måter; gjennom intervju og gjennom spørreskjema. En slik type datainnsamling, metodetriangulering, er nyttig fordi dataene vil være komplementære og belyse noe ulike sider av det fenomenet vi studerer (Polit & Beck, 2012). De to datainnsamlingsteknikkene beskrives nærmere i dette avsnittet. I tillegg gir vi en deskriptiv oversikt over datamaterialet.

Begrepsavklaring: Når vi i det videre betegner studiedeltakerne for informanter i intervjuene og respondenter i spørreskjemaundersøkelsen, bruker vi betegnelsen "forsker" for prosjektledere og personer som har forskning som sin hovedgesjeft, selv om flertallet av disse er fysioterapeuter "i bunnen" og noen kan arbeide i kombinerte stillinger. Personer som hovedsakelig arbeider som utøvende fysioterapeuter, selv om de også forsker eller er kliniske koordinatore, betegnes som "klinikere" eller "fysioterapeuter". Ansatte i kommunene, uavhengig av tittel, betegnes enten som "ansatte i kommuneadministrasjonen" eller som "kommuneansatt". Disse informantene er alle ansatt i en eller annen type administrativ mellomlederstilling.

Gjennom arbeidet med studien og analysen av materialet er det tydelig at mange har forskjellige oppfatninger om hva som skal regnes som en "modell", hva som er et "forskningsprosjekt" og hva som er et "kvalitetsutviklingsprosjekt", og hvilken relasjon prosjekter og modeller har til hverandre. Flere studiedeltakere opplevde for eksempel ikke at prosjektet de er involvert i er et forskningsprosjekt, men heller et kvalitetsutviklingsprosjekt. Andre igjen trakk fram at "det blir feil å si at de prosjektene jeg deltar i er organisert under en/flere modeller. Det er vel snarere modeller som er tilknyttet prosjektene". Med bakgrunn i slike innspill har det vært viktig å være presise i våre beskrivelser av organiseringen av den forskningsaktiviteten som finner sted. Begrepene er brukt på følgende måter:

- Med "prosjekt" tenker vi på den aktiviteten/det innholdet som gjøres innenfor rammene av FYSIOPRIM, eller eventuelt annet forskningsprosjekt, uavhengig av om deltakerne selv opplever det som forskning, kvalitetsutvikling eller datainnsamling.
- Med "modell" tenker vi på måten forskningen er organisert på. Blant modeller inkluderer vi de fem modellforsøkene eksplisitt formulert i FYSIOPRIM. Vi har også valgt å inkludere den kliniske koordinator-ordningen som en modell, siden denne formen for organisering ble trukket fram som en svært viktig måte å organisere forskningen på (selv om den ikke har havnet i den "offisielle modell-porteføljen"). I datamaterialet ser vi at flere deltakere forstår de ulike delprosjektene innenfor FYSIOPRIM, for eksempel A- og D-prosjektet som "modeller". Disse er ikke drøftet som en måte å organisere forskning på.

### 4.1 Intervju

Studien ble lagt opp på den måten at vi startet med å intervjuer deltakere i FYSIOPRIM. Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 16 personer. Av disse var fem klinikere, fem forskere og seks kommuneansatte. I tillegg hadde vi en mer uformell samtale med én forsker. Semistrukturerte intervjuer er en velegnet metode for å få kunnskap om subjektive opplevelser og erfaringer blant en gruppe personer

(Kvale, 2007). I vårt tilfelle ønsket vi å tilegne oss kunnskap om hvordan klinikere, forskere, og kommuneansatte opplevde å delta i FYSIOPRIM, med særlig vekt på deres erfaringer med hvordan forskningssamarbeidet var organisert. Et annet mål med intervjuene var å få innspill til utforming av spørsmål i spørreskjemaet. Informantene ble rekruttert med utgangspunkt i en navneliste med forslag på intervjupersoner Fondet ga til SINTEF. Denne navnelisten ga oss et godt utgangspunkt for å rekruttere informanter, og flere ble valgt ut fra denne listen. Av praktiske årsaker ble flere informanter også rekruttert utover forslagene på lista.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide basert på problemstillingene for prosjektet, og det som var beskrevet som suksesskriterier for forskningssamarbeid. Vi valgte å bruke samme intervjuguide til alle informantene, uavhengig av deres rolle. På denne måten har alle informantene snakket om de samme temaene, selv om det naturlig nok har vært individuelle variasjoner. Intervjuene har forløpt som samtaler der temaene i intervjuguiden bare har vært delvis styrende for samtalen. Hovedtemaene i intervjuguiden dreide seg om erfaringer med organiseringen av forskningssamarbeidet, mål/gevinster med prosjektdeltakelsen og den videre interessen for å drive forskning og hvordan den best kan organiseres. Intervjuguiden finnes i vedlegg 1. Intervjuene ble gjennomført enten ansikt-til-ansikt, eller pr. telefon og varte mellom 30 og 80 minutter. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert. Av hensyn til personvern blir informantene ikke identifisert ved navn i rapporten, men kun ved yrkestilhørighet. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

**Tabell 4.1 Oversikt over informantene**

| Informant     | Antall |
|---------------|--------|
| Kliniker      | 5      |
| Forsker       | 6      |
| Kommuneansatt | 6      |

Til sammen gir de 17 intervjuene etter vår oppfatning et ganske utfyllende bilde av opplevelser med å delta i fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten. Alle FYSIOPRIMS modeller, inkludert den kliniske koordinatorrollen, er dekket opp av intervjuer. Bildet av måter å organisere forskning på, utover FYSIOPRIMS modeller, er imidlertid mindre tydelig, siden data om slik organisering kun framkommer gjennom spørreskjemaene.

## 4.2 Spørreskjema

Spørreskjemaene ble laget etter at flesteparten av intervjuene var gjort. Det var en utfordring å lage spørreskjemaer som fanget opp det mangfoldet av modeller og prosjekter innenfor FYSIOPRIM som særlig forskerne deltar i. Samtidig skulle skjemaet også være relevant for personer som ikke er med i FYSIOPRIM. Vi valgte derfor å lage tre varianter av spørreskjema, ett til hver av de ulike respondentgruppene (klinikere, forskere og kommuneansatte). Fondet har bidratt med innspill på spørreskjemaene. Likeså har en forsker og en fysioterapeut tilknyttet FYSIOPRIM gitt innspill på skjemaene. Til sist ble skjemaene pilot-testet på en person som har erfaring både fra forskning og klinikk. Alle innspillene ble innarbeidet i skjemaene.

Fondet skaffet til veie navneliste over aktuelle respondenter. Målet vårt var å sende invitasjon til alle forskere og klinikere (hele populasjonen) som holder på med forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten. Det eksisterer ingen komplett oversikt over hvem som forsker på dette feltet, så vi kan ikke vite om vi har fått tak i alle aktuelle respondenter. Vi antar likevel at vi har fått med oss brorparten av de som er involvert på forskningsfeltet. Vi vet også at det er en begrenset gruppe personer som forsker på fysioterapi i primærhelsetjenesten, altså at populasjonen er ganske liten. Det gjør at for hver "organisasjonsform"/modell er det et begrenset antall erfaringer å innhente.

Spørreskjemaene ble distribuert elektronisk via Questback fra SINTEF. Vi hadde tre runder med purring. Totalt ble 44 fysioterapeuter invitert til å delta i spørreundersøkelsen, hvorav 19 besvarte skjemaet. Dette tilsvarer en svarprosent på 43. Tilsvarende fikk 41 forskere tilsendt skjemaet. 23 besvarte det, noe som gir en svarprosent på 56. Når det gjelder kommunene ble ti kontaktpersoner i kommuner som hadde en eller flere av sine fysioterapeuter involvert i en FYSIOPRIM-modell invitert til å delta i undersøkelsen. Ingen kommuneansatte svarte på undersøkelsen innen tidsfristen, og vi bestemte oss derfor for heller å intervju flere innen denne gruppen. Av ti kontaktpersoner i kommunene, ble seks intervjuet. I etterkant besvarte tre kommuneansatte skjemaet. På grunn av få svar, og overlapp mellom kommuneansatte som ble intervjuet og som svarte på spørreundersøkelsen, bruker vi i imidlertid ikke dataene fra de spørreskjemaene som ble besvart direkte i analysen.

Spørreskjemaene inneholdt en blanding av faste og åpne svaralternativer i form av fritekstfelt. Flere respondenter har gitt detaljerte og informative tilbakemeldinger i fritekstfeltet, mens noen forskere mente spørreskjemaformatet var et lite egnet format til å gi beskrivelser av hvordan opptil fire prosjekter var organisert.

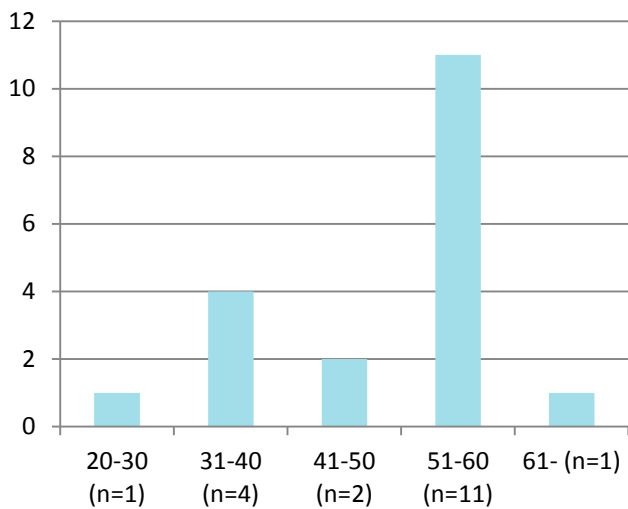
### 4.3 Annet

I tillegg til de formelle intervjuene vi har gjort, har vi hatt e-postkorrespondanse med flere FYSIOPRIM-deltakere for å forsikre oss om at vi har forstått modellene på riktig måte. SINTEF fikk også være med på en samling med deltakerne i Stimuleringsmodellen, noe som var interessant og nyttig for å få større forståelse for organiseringen. I arbeidet med rapporten har Fondet lest utkast underveis, og gitt innspill på tekst og kommet med oppklaringer der det har vært nødvendig.

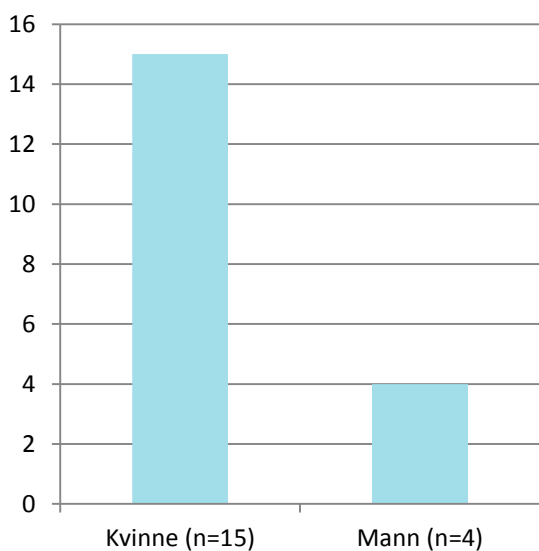
### 4.4 Om respondentene

Ser vi nærmere på hvem som har svart på spørreskjemaene, viser figurene 4.1 og 4.2 alder og kjønn for klinikerne. Kvinner er i flertall blant respondentene, og flesteparten av klinikerne er i alderskategorien 51-50 år.



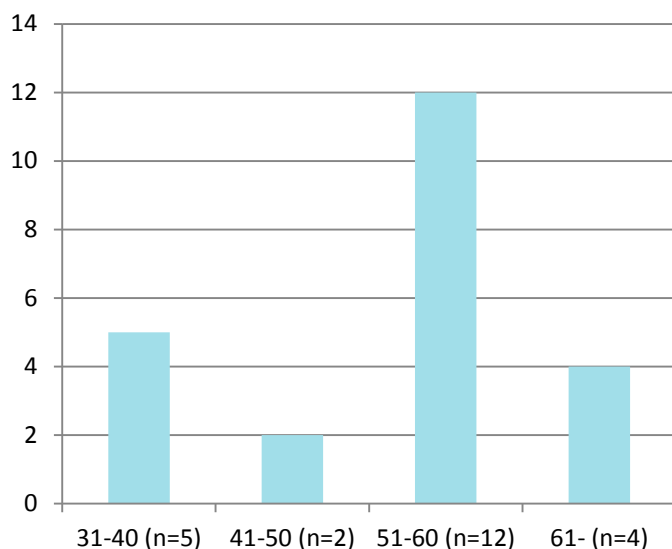


**Figur 4.1** Klinikernes alder (n=19)

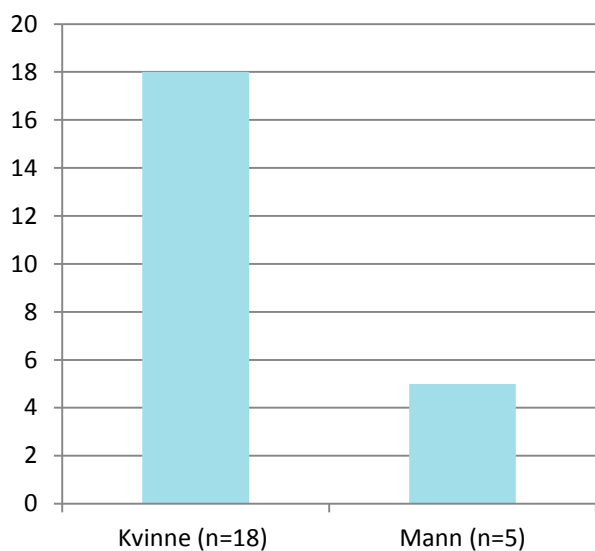


**Figur 4.2** Klinikernes kjønn (n=19)

For forskerne finner vi tilsvarende kjennetegn som hos klinikerne (figurene 4.3 og 4.4). Det er en stor overvekt av kvinner blant respondentene og flertallet befinner seg i alderskategorien 51-60 år.

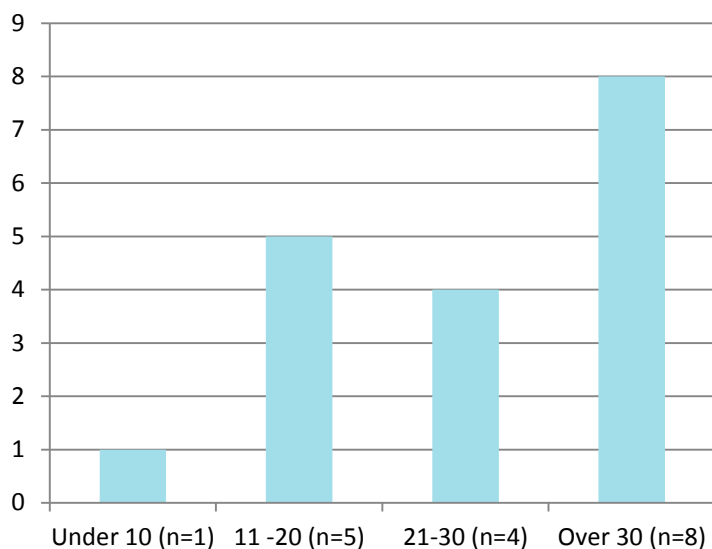


**Figur 4.3 Forskernes alder (n=23)**



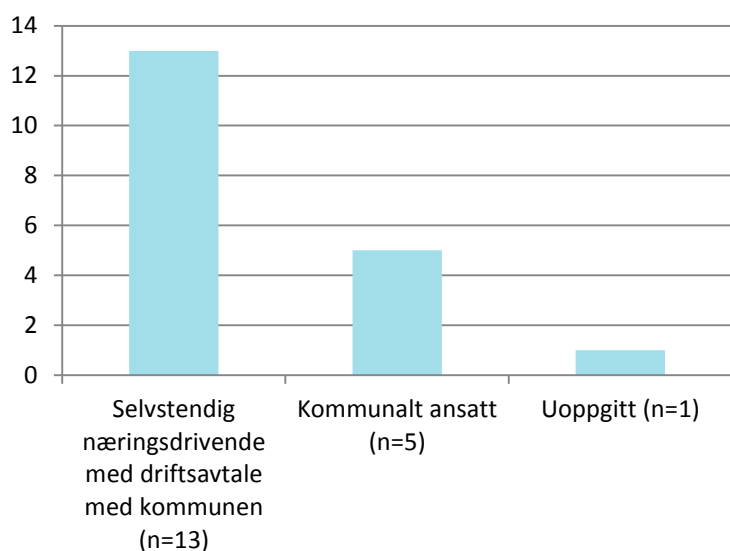
**Figur 4.4 Forskernes kjønn (n=23)**

Ser vi videre på hvor lenge det er siden klinikerne var ferdig utdannet fysioterapeuter (figur 4.5), ser vi at mange har lang fartstid som fysioterapeuter. Åtte av 19 respondenter var ferdigutdannet for mer enn 30 år siden. Kun én kliniker var utdannet for mindre enn ti år siden. Det er altså en svært erfaren gruppe klinikere som har besvart spørreundersøkelsen. Tallene gir oss grunn til å tro at fysioterapeuter som er involvert i forskning i primærhelsetjenesten er svært erfarne klinikere.

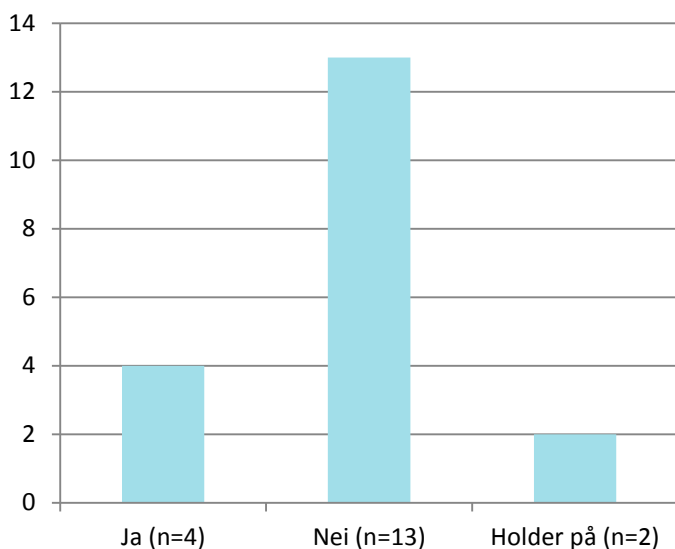


**Figur 4.5** Antall år siden ferdig utdannet fysioterapeut (n=19)

Ansettelsesforhold blant klinikerne er vist i figur 4.6. 13 av respondentene arbeider som selvstendig næringsdrivende med driftsavtale med kommunen, mens fem er kommunalt ansatt. En respondent har ikke oppgitt ansettelsesforhold.

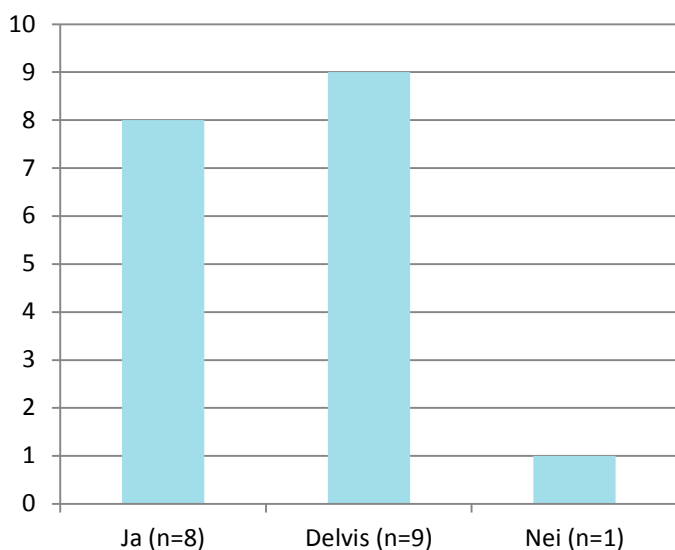


**Figur 4.6** Ansettelsesforhold blant klinikere, antall (n = 19)



**Figur 4.7 Om klinikerne har mastergrad (n=19)**

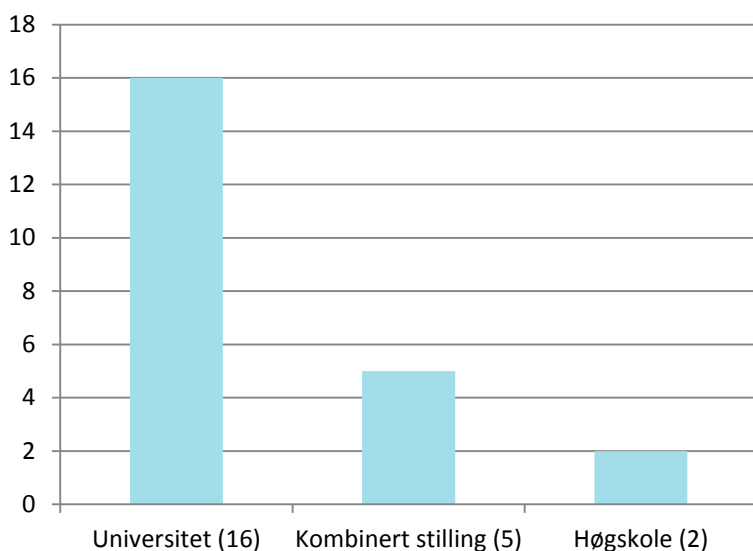
Vi har spurt fysioterapeutene om de har mastergrad, eller holder på med en mastergrad som en indikasjon på forskerkompetanse. Fire respondenter har mastergrad, mens to holder på med den. Flertallet (13) av klinikerne har ikke mastergrad.



**Figur 4.8 Klinikernes oppfatning om de har den nødvendige kompetansen for å delta i forskningssamarbeid (n=18)**

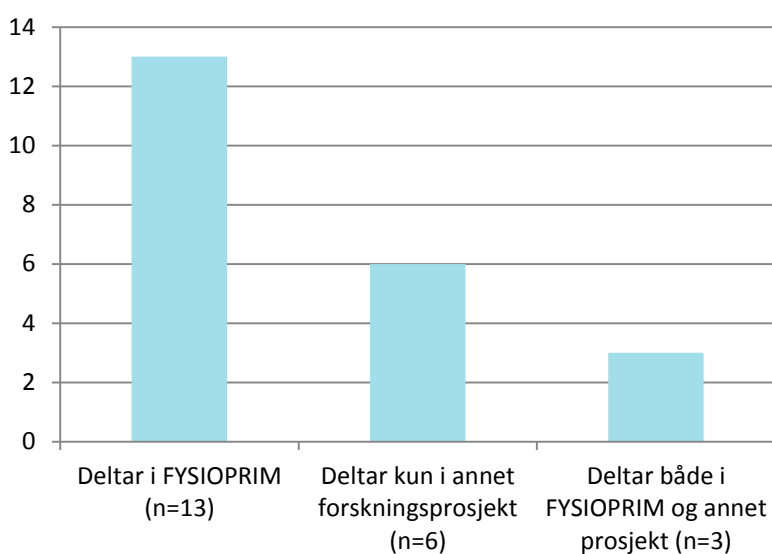
Selv om en ikke har mastergrad, kan en ha opparbeidet seg en viss forskningskompetanse på annet vis; for eksempel gjennom deltakelse på kurs og gjennom tidligere prosjekter innen forskning- og utviklingsarbeid. På spørsmål om klinikerne oppfatter at de har den nødvendige kompetanse for å delta i forskningssamarbeid, svarer åtte "ja" og ni "delvis". Kun en respondent mener han/hun ikke har den nødvendige kompetansen. Det vil si at klinikerne selv opplever seg som kapable til å delta i forskning.

Går vi nærmere inn på forskerne, har vi bedt dem om å oppgi hvor de er ansatt (figur 4.8). 16 av 23 forskere er utelukkende ansatt ved et universitet, to er ansatt ved høgskole, mens fem respondenter har en kombinasjonsstilling med en stillingsandel ved universitet/høgskole og en stilling i for eksempel privat praksis.



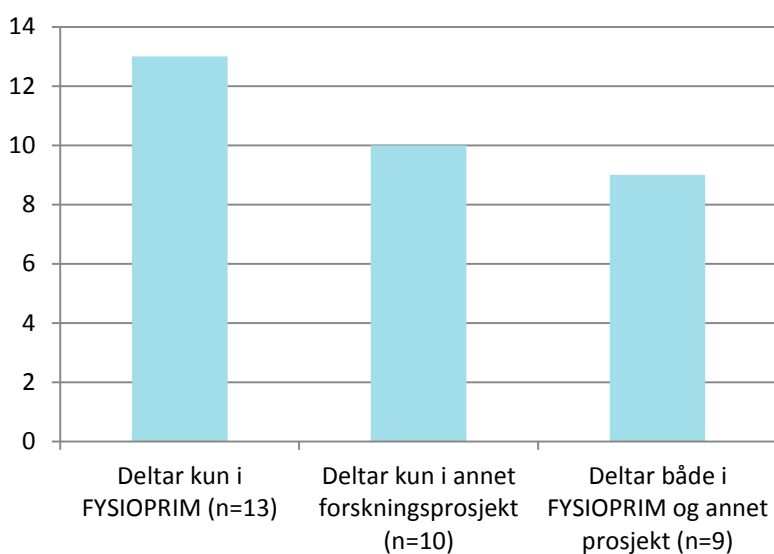
**Figur 4.9 Ansettelsesforhold blant forskere, antall (n = 23)**

Spørreskjemaet ble som nevnt sendt til både deltakere i FYSIOPRIM og til personer som jobber i andre forskningsprosjekter. Blant klinikerne finner vi at 13 respondenter deltar i FYSIOPRIM, mens seks kun deltar i andre prosjekter/annen organisering. Tre respondenter deltar både i FYSIOPRIM og annet prosjekt (figur 4.9). Av de 13 klinikerne som er med i FYSIOPRIM, oppgir sju å delta i én modell under FYSIOPRIM, mens seks oppgir å delta i to modeller.



**Figur 4.10 Klinikernes fordeling på FYSIOPRIM og andre forskningsprosjekter, antall (n = 19. Respondentene kunne plassere seg i flere kategorier)**

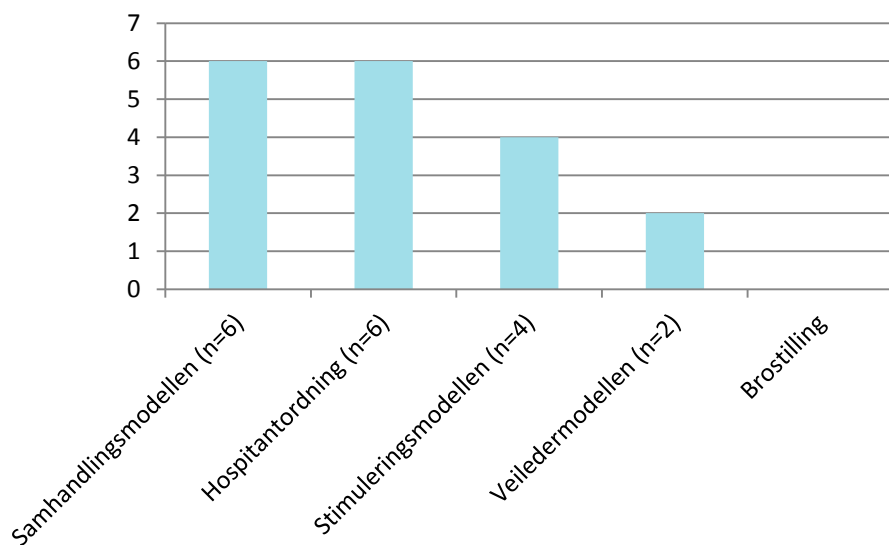
Blant forskerne som har besvart spørreundersøkelsen oppgir 13 å delta i FYSIOPRIM, mens ti kun deltar i annet/andre prosjekt. Ni respondenter deltar både i prosjekt organisert under FYSIOPRIM og i annet prosjekt (figur 4.10). Blant respondentene totalt sett er det altså 26 personer som deltar i FYSIOPRIM og 16 som ikke deltar i FYSIOPRIM, men som er med i annet forskningsprosjekt på fysioterapi i primærhelse-tjenesten. I tillegg har vi en gruppe på 12 personer som deltar i forskningsprosjekter både innenfor og utenfor FYSIOPRIM.



**Figur 4.11 Forskernes fordeling på FYSIOPRIM og andre forskningsprosjekter, antall (n = 23, respondentene kunne plassere seg i flere kategorier)**

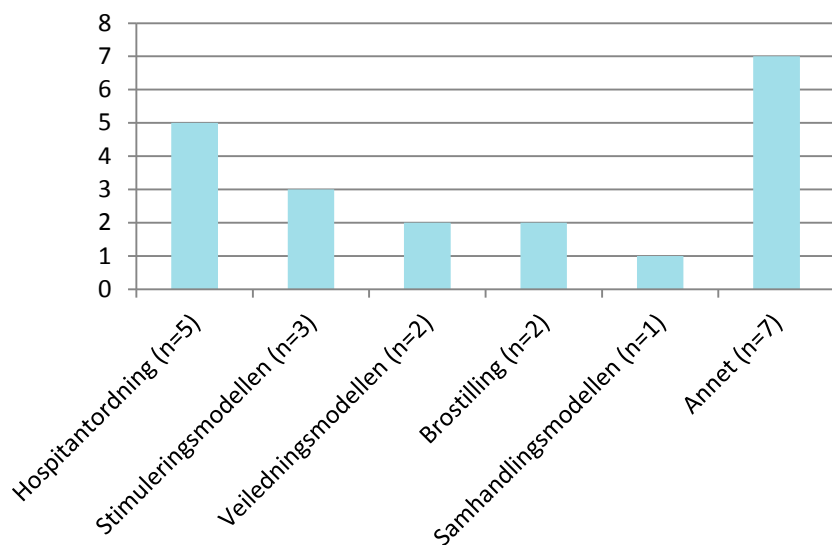
Går vi nærmere inn på svarene fra respondentene som er med i FYSIOPRIM, kan vi se hvordan de fordeler seg på de ulike modellene. Figur 4.11 viser klinikerens deltakelse i de ulike modellene. Det er varierende hvor mange personer som er tilknyttet de forskjellige modellene, og det er nødvendig å ha i mente når en skal se på hvordan respondentene fordeler seg på modellene. Noen modeller, som Hospitantordningen, har mange klinikere tilknyttet, mens Veiledermodellen har langt færre tilknyttet. Videre er Brostillingsmodellen en modell for en person som har en forskerrolle heller enn en klinikerrolle. Det er derfor naturlig at ingen klinikere har plassert seg i denne modellen. Det var også alternativet "annet" i spørreskjemaet, men ingen oppga dette, og det er derfor utelatt fra figuren.

Som nevnt oppga 13 klinikere å delta i FYSIOPRIM, og av disse sier sju at de deltar i én modell, mens seks deltar i to modeller. Det er likevel ikke fullstendig samsvar mellom respondentene som har oppgitt å delta i to modeller, og hvilke modeller de faktisk har oppgitt at de er med i. For eksempel finner vi at en respondent har oppgitt å delta i både Samhandlings-, Veileder- og Hospitantmodellen. Av erfaring vet vi at ingen klinikere er med i så mange modeller samtidig. Disse tallene bør derfor leses med forsiktighet. Det de dog sier oss noe om, er at klinikerne ikke har et så bevisst forhold til hvilken modell de er med i som vi skal se forskerne har.



**Figur 4.12 Klinikernes deltakelse i de ulike FYSIOPRIM-modellene, antall (n=18)**

På spørsmålet "Hvilke(n) modell(er) i FYSIOPRIM er forskningsprosjektene organisert under" har ti av 13 forskere som deltar i FYSIOPRIM oppgitt hvilke modeller de er involvert i (figur 4.12). Flere forskere er altså med i flere modeller. Hospitantordningen er den modellen som er best representert, med fem forskere. Mellom en og tre forskere er involvert i de fire andre modellene. Sju respondenter har oppgitt at de deltar i annen modell. I fritekstfeltet der respondentene har hatt mulighet til å beskrive hvilken type modell eller organisering dette gjelder, finner vi blant annet koordinatorordningen, A- og D-prosjektene i FYSIOPRIM og vit.ass.ordningen. Vit.ass.-ordningen er ikke drøftet som en av modellene, selv om det selvsagt er en måte å organisere forskning på. En respondent mener at "det blir feil å si at de prosjektene jeg deltar i er organisert under en/flere modeller. Det er vel snarere modeller som er tilknyttet prosjektene." Av sju respondenter som har oppgitt antall FYSIOPRIM-modeller de deltar i, oppgir tre å delta i fire modeller, en i tre og to i én modell, mens en skriver "spør hvordan man regner", men oppgir én modell.



**Figur 4.13 Forskernes deltakelse i de ulike FYSIOPRIM-modellene, antall (n=20)**

Når vi i det videre gjør en gjennomgang av de ulike modellene, bygger denne i hovedsak på data fra intervjuene og fra andre foreliggende dokumenter, som prosjektbeskrivelser. Vi har også brukt noe informasjon fra klinikernes svar på spørreskjemaet. Forskerne er engasjert i opptil fire modeller pr. person, slik at hvis det ikke er eksplisitt beskrevet hvilken modell en snakker om, kopler vi ikke erfaringer til en spesifikk modell, men drøfter erfaringene mer generelt senere i rapporten.



## 5 KARTLEGGING AV MODELLENE

I dette kapitlet presenterer vi deltakernes erfaringer med forskning og forskningssamarbeid, strukturert etter de fem opprinnelige FYSIOPRIM-modellene: Hospitantmodellen og Brostillingsmodellen (Oslo), Veiledermodellen og Samhandlingsmodellen, samt Stimuleringsmodellen (Trondheim). De to modellene tilknyttet UiO og de tre tilknyttet NTNU kalles henholdsvis også for Osломodellen og Trondheimsmodellen. I tillegg tar vi for oss erfaringer knyttet til klinisk koordinator-funksjonen i FYSIOPRIM som er overgripende for de to universitetsmiljøene. Til sist ser vi på erfaringer fra andre måter å organisere forskning og forskningssamarbeid på.

I presentasjonen av alle modellene gir vi først en kort beskrivelse av modellen, herunder en gjennomgang av hvordan forskningssamarbeidet er organisert. Videre tar vi for oss innholdet i de aktivitetene som er samlet under modellen, det vil si hva slags forskning drives under de forskjellige organisasjonsmodellene. I forhold til mål, som tidligere nevnt, vil selve forskningsaktiviteten gjerne ha noen mål, for eksempel å skrive en rapport, mens målet/målene med modellen vil være noe annet, for eksempler å etablere en god samarbeidsrelasjon. Her bruker vi mindre plass på forskningsmål, og mer plass på målene med modellene. Deltakernes erfaringer blir presentert med utgangspunkt i både intervjudata og data fra spørreskjema. Avslutningsvis i avsnittet sammenfatter vi modellene basert på hva vi oppfatter som sentrale trekk ved organiseringen.

### 5.1 Hospitantmodellen

- Klinikere ansatt i primærhelsetjenesten uten forskningskompetanse
- Klinikere fra åtte forskjellige kommuner
- 20 prosent stilling over en toårs-periode
- Tilknyttet UiO som arrangerer fellesmøter og bistår med faglig veiledning
- Hospitantene utfører ulike, avgrensede forskningsprosjekter, gjerne definert i samråd med kommunen
- FYSIOPRIM dekker ti prosent av lønn, det samme gjør de fleste kommunene

Hospitantmodellen er rettet mot klinikere i primærhelsetjenesten som ikke har forskningskompetanse. I november 2012 ble seks hospitantstillinger lyst ut fra Universitetet i Oslo gjennom FYSIOPRIM-programmet. Utlysningen fikk 20 søkere, og åtte hospitanter ble ansatt. Fordi det var såpass mange gode søkere ble altså åtte klinikere ansatt i stedet for seks som var planen. "Vi valgte ut noen hospitanter fordi vi trodde på dem, og fordi vi da fikk interesserte kommuner" (forsker 2), forteller en av forskerne. Fra FYSIOPRIMs side har det altså vært et poeng å ansette klinikere fra kommuner som har stilt seg positive til ordningen. Hospitantperioden varer i to år, og stillingen har et omfang på 20 prosent av et årsverk. Finansieringsmodellen er lagt opp på den måten at hospitantene får ti prosent lønn fra FYSIOPRIM, mens kommunen dekker ti prosent. Seks av åtte kommuner bidrar på denne måten.

Proessen med å få hospitantene på plass, definere deres prosjekter og skape en god relasjon mellom FYSIOPRIM og kommunen, ser ut til å være en ganske gjennomtenkt prosess som har inkludert at FYSIOPRIMs prosjektleder har hatt møter med kommunene. Imidlertid har starten på alle hospitantstillingene startet med at klinikerne selv søkte og på ulike vis informerte fysioterapitjenesten i kommunen om at de hadde lyst til å ha en hospitantstilling:

*"Hun spurte selvfølgelig meg først, om det var greit, og jeg synes det var veldig fint. Fordi vi ønsker jo å... vi har jo knyttet oss til flere universitetsmiljøer og høgskoler, og jeg synes at det er en vesentlig del av tjenesten, det må vi, eller så står vi fast. Så jeg synes at det var veldig bra." (Kommune 1)*

Slike utsagn om oppstarten på hospitantoppdraget går igjen hos både klinikerne som søkte og hos kommunene som gir driftstilskuddet til dem. Videre startet en avklarings- og planleggingsprosess der kliniker, kommuneledelse og forsker fra FYSIOPRIM forhandlet fram en løsning alle kunne enes om:

*"FYSIOPRIM prosjektleder tok kontakt med levekårssjef og fortalte om den ordningen med hospitant, og fortalte at noe av hensikten var å få implementert forskning i praksisfeltet. Og det tente jo min sjef på da. Så vi takket jo ja til det tilbudet. Det var òg et sjakktrekk. For vanligvis så kan du tenke at Universitetet ville ta kontakt med leder for fysio-/ergoterapitjenesten og tilby hospitanten (...) Det hadde kanskje vært første tanke. Men det at prosjektleder tok kontakt med levekårssjefen, og levekårssjefen sa at det var en veldig god idé og plasserte hospitanten i levekårsstaben, med fysio- og ergoterapitjenesten det var jo helt klart et sjakktrekk. Fordi veldig mye av planleggingen foregår i staben. Fysio- og ergoterapitjenesten er i stor grad - de planlegger jo selvfølgelig òg i egen virksomhet - men de er jo i stor grad utførere. Og når store implementeringer skal planlegges og gjennomføres så er jo ledelsesforankringen så veldig, veldig viktig." (Kliniker 2)*

Sitatet understreker betydningen av god ledelsesforankring – og forankring på riktig nivå. I tillegg, som vi også kommer nærmere inn på senere, kan det være en fordel å ha kontakt med personer med budsjettmyndighet i kommunen.

Avklaring om innholdet i hospitantstillingen har videre vært en sak som har blitt diskutert, der flere av kommunene peker på at det har vært viktig at forskningen og prosjektet skal ha nytteverdi for kommunen. En kommune sier at:

*"Jeg ville ikke sagt ja til hva som helst. Fordi jeg tenker at det som er viktig er at det skal være viktig for oss (...) Vi har vært veldig opptatt av at det bør være noe som forskes på som har nytte for vår tjeneste, og som utvikler oss, og gjerne modeller, både modeller og statistikker og hva som helst på en måte som hun har lyst til å finne ut av. Det er nyttig for oss som vi kan bruke senere (...) Vi diskuterte litt frem og tilbake. Jeg var veldig åpen, fordi dette er veldig lite, så hvis det kan være til nytte for oss så er ikke jeg veldig opptatt av å bestille noe (Kommune1)*

Forskningstema og problemstillinger for prosjekt har i all hovedsak blitt utviklet i samarbeid mellom fysioterapeut, forsker og kommune, hvilket vi også kommer nærmere inn på senere i rapporten. Det har dog variert mellom kommunene hvorvidt de oppfatter det arbeidet klinikerne gjør som forskning eller som fagutvikling. En kommune sa også eksplisitt at de ikke hadde oppfattet at man var med i forskning. Om prosjektet klinikerne gjør oppfattes som forskning eller fagutvikling er ikke nødvendigvis av betydning for resultatet av aktiviteten. For kommunene er det sentrale at det arbeidet som gjøres betyr noe for tjenesten i kommunen. Eksempler på temaer som har blitt studert blant hospitantene er evaluering av pilot på hverdagsrehabilitering, opplæring av ansatte innen rehabilitering i forhold til å bruke felles kartleggingsverktøy og forbedring av fallforebyggende arbeid. Vårt inntrykk er at hospitantene har hatt forholdsvis stor frihet knyttet til valg av forskningstema.

Målet med hospitantmodellen blir beskrevet som "å stimulere til aktivitet" og "skape aktivitet" fra en av forskerne (forsker 2) framfor å produsere vitenskapelige publikasjoner. Samtidig er det et mål at prosjektene som gjøres innenfor hospitantmodellen skal være "direkte klinisk anvendbare prosjekter" og at hospitantene skal formidle kunnskapen til kolleger (forsker 1). Gevinsten med forskningsprosjektene som gjøres av hospitantene beskrives som å gi så stor bredde av innspill og resultater som mulig til fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. I framdriftsrapporten til FYSIOPRIM (FYSIOPRIM, 2014) kan vi lese at hospitantene har fått i oppgave å definere målsetningen med sin deltakelse i hospitantordningen, samt å reflektere rundt hva kommunen og forskningsmiljøet kan forvente å få ut av denne samarbeidsformen. Samtidig er de også bedt om å identifisere faktorer som kan fremme eller hemme måloppnåelse. Det er altså tydelig at FYSIOPRIM-ledelsen har fokus på og utforske hva slags gevinster man faktisk oppnår med hospitantmodellen. Dette må selvfølgelig ses i sammenheng med Fondets ønske om å evaluere modellene, og deres innsikt kan supplere denne rapporten.

Hospitantmodellen er organisert slik at utover det at hospitantene arbeider med sine selvstendige prosjekter i hjemkommunen, møtes de åtte hospitantene til felles samlinger ved UiO to til tre ganger i semesteret. På disse samlingene har hospitantene presentert prosjektene sine for hverandre og for forskerne, og det er lagt opp til plenumsdiskusjoner. Det å kunne samles i gruppe, trekkes fram som positivt av både forskere og klinikere/hospitanter:

*"Jeg tror nettopp det å ha en sånn gruppe, det tror jeg er veldig viktig. Fordi at de ser likheter og forskjeller og de skaper nettverk seg imellom og hjelper hverandre. Jeg tror det er vanskelig å gjennomføre med bare én person." (Forsker 2)*

*"Jeg er der ofte på Universitetet samtidig som en eller to av de andre, så samarbeidsmessig så får jeg mye ut av det. Vi hjelper hverandre litt fremover, egentlig. Fordi i perioder så er vi... litt alene, mens i andre perioder får vi oppfølging, i forhold til de prosjektene, så har vi god nytte av hverandre." (Kliniker 3)*

Det er altså en felles oppfatning blant både forskere og klinikere at det å skape et felleskap og en møteplass har betydning for resultatet av forskningen. Hospitantprosjektet er designet med formelle treffpunkter, men klinikerne har også skapt sine egne uformelle møteplasser og nettverk.

I det mer ordinære arbeidet med prosjektet, og organiseringen av det, trekker hospitantene fram noen andre temaer som vi ser er relevante også for de andre modellene. For det første er kontinuitet i arbeidet et tema mange er opptatt av:

*"Ja, jeg pleier å sette av en dag i uka til det. Fordi... hvis jeg skal gjøre litt her og litt der, så fungerer det ikke." (Kliniker 3)*

Utsagnet representerer en generell oppfatning blant alle informantene i studien. For det andre er det å jobbe tverrfaglig et tema som hyppig blir tatt opp. En av hospitantene som sitter i en tverrfaglig enhet i kommunen sier:

*"Så det er veldig, veldig spennende, og det skaper jo litt synergier også, ikke sant, det at du har flere fagfolk under..., det er en psykologtjeneste der og..., så det er flere fagfolk under samme tak da." (Kliniker 2)*

Oppfatningen av at en tverrfaglig tilnærming er relevant for de fleste problemstillinger i primærhelse-tjenesten er utbredt. Særlig er dette en oppfatning som mange av de kommuneansatte forfekter. Å jobbe tverrfaglig kan også virke inspirerende i seg selv.

Avslutningsvis i gjennomgangen av hospitantmodellen vil vi nevne at flere av forskerne som jobber med denne modellen beskriver det som en stor og arbeidskrevende jobb å følge opp alle hospitantene. Dette framkommer også i framdriftsrapporten for FYSIOPRIM andre halvår 2013 (FYSIOPRIM, 2014). At modellen er krevende for forskerne vil selvfølgelig ha betydningen for om dette er en bærekraftig modell å videreføre. Vi tar dette opp i diskusjonen.

## 5.2 Brostilling og veiledermodellen

- Fysioterapeuter med forskerkompetanse (alle med doktorgrad) ansatt i kombinasjonsstillinger i ulike varianter: UiO og privat klinikk, NTNU og Trondheim kommune
- Enkeltpersoner blir kontaktpunkter mellom akademia og klinisk arbeid
- Jobber med fagutvikling og styrking av forskningsinteressen og forskningskompetansen i klinikken
- Kommunene medfinansierer stillingene på ulike vis: Gir driftstilskudd og finansierer ordinær deltidsstilling

Brostilling- og veiledermodellen presenteres her under ett, siden de begge hovedsakelig utgjøres av enkeltforskere som blir kontaktpunkt mellom akademia og klinikk. I Brostillingsmodellen som er knyttet til UiO jobber en person i 80 prosent stilling som post doktor ved universitet og i 20 prosent klinisk stilling i privat praksis. I Veiledermodellen i Trondheim finner vi en liknende variant, der en person innehar en

kombinasjonsstilling med 50 prosent ansettelse i kommunen og 50 prosent ansettelse som post doktor ved NTNU. Veilederstillingen inngår som en del av ansettelsen i kommunen, og har formelt sett ingenting å gjøre med post doktor-stillingen. Av stillingen hun har i kommunen utgjør Veiledermodellen 10-20 prosent av full stilling. I tillegg finner vi en tredje variant i Trondheim, der en person er ansatt 80 prosent som post doktor ved NTNU og arbeider i en 20 prosent stilling i Trondheim kommune. Sistnevnte variant har egentlig formell tilhørighet under Stimuleringsmodellen, men siden hennes funksjon i praksis blir en variant av kontaktpunkt mellom kommune/praksisfeltet og academia, er det mer hensiktsmessig å ta den opp til drøfting her.

Alle tre variantene av modellen innebærer altså at enkeltpersoner – personer med doktorgrad – arbeider i kombinasjonsstillinger, delt mellom universitet og privat praksis eller universitet og kommune. I Brostillingsmodellen der forskeren arbeider 20 prosent i privat praksis og 80 prosent ved universitetet, var forholdet til kommunen omkring driftstilskudd ikke fullstendig avklart på intervjudtidspunktet, men forskeren var i en prosess med kommunen for å avklare dette. Veiledermodellen i Trondheim betegner en stilling som allerede eksisterte før den ble innlemmet i modellene etter forespørsel fra en av prosjektlederne, og som et tilsvar på Fondets ønske om å få mer kunnskap om forskningsorganisering. Veiledermodellen er rettet mot den fastlønnede delen av kommunehelsetjenesten, og vedkommende gjør et fagutviklingsarbeid knyttet til kommunal barnefysioterapi. I denne stillingen er det ingen kontakt med de private klinikkene i kommunen. Imidlertid er den andre varianten i Trondheim (opprinnelig organisert under Stimuleringsmodellen) rettet mot de privatpraktiserende fysioterapeutene. Dette er også en stilling som eksisterte utenfor modell-forsøkene, og var et resultat av et allerede uformelt samarbeid mellom NTNU og kommunen. Etter hvert ble dette samarbeidet formalisert i en 20 prosent stilling. Forskeren er ansatt i Fysioterapienheten i kommunen og gjør en jobb med de privatpraktiserende klinikerne som har driftstilskudd fra kommunen. De tre forskerne er alle ansatt som post doktorer ved universitetet, det vil si at de alle er forholdsvis erfarne forskere.

De tre stillingene – eller modellene - vi drøfter her varierer innholdsmessig, men har det til felles at de har som mål å styrke forskningsinteresse og forskningskompetanse blant klinikerne, og de er opptatt av fagutvikling i klinikken. Disse modellene kan beskrives som måter å fremme kombinasjonskompetanse, forbindelse og oversetting mellom praksisfeltet og academia:

*"Jeg er på en måte en 'connection' til det [private] instituttet og har en kombinasjon som er veldig vanlig å ha i spesialisthelsetjenesten. Nesten samtlige leger har jo en forskerstilling og en klinisk stilling, og det er veldig uvanlig for fysioterapeuter, og det er enda mer uvanlig å ha det i primærhelsetjenesten."  
(Forsker 3)*

*"Og det betyr at hun har direkte kontakt, både med pasienter og terapeuter i hverdagen, kjenner alt det i denne sammenhengen, og er en viktig oversetter mellom praksisen og kan snakke det språket".  
(Kommune 3)*

*"Ja, vi har jo lyst at det skal skape en varig aktivitet i hele tjenesten egentlig. Helst varige bånd, også, mellom praksisfeltet og universitetet." (Forsker 4)*

*"Det å ha folk som har andre øyne og som kan ha det kritiske blikket. Stille spørsmål, søke opp litteratur, få folk i gang, bistå folk til å tenke nytt, eller ta i bruk mer oppdatert kunnskap. Det er jo gull verdt."  
(Kliniker 3)*

Sitatene illustrerer hvordan de ansatte i disse modellene på et overordnet nivå fungerer som broer og oversettere mellom klinikk og forskningsmiljøene, men også at de kan ta en kritisk posisjon å tørre og stille spørsmålstegn ved hva som gjøres i klinikken. Vi kan også tenke oss tilsvarende, at de tar med seg praksiskunnskap tilbake til universitetet og tør å utfordre oppfatningene der. Ser vi nærmere på de konkrete erfaringene deltakerne har gjort seg med modellene, tegner det seg et bilde av noen store opplevde fordeler, men også noen utfordringer. En av de åpenbare fordelene som alle de tre informantene trekker fram er hvordan en som forsker får en helt annen innsikt i feltet når en selv jobber der, enn når en utelukkende er ansatt ved universitetet:

*"Jeg synes at det gir så mye, jeg skjønner problemstillingene på en helt annen måte enn en del av kollegaene mine her [på universitetet] når vi diskuterer hvordan vi skal gjøre det, har jeg det mye tettere på huden." (Forsker 3)*

Et viktig poeng er imidlertid at kunnskapen ikke bare flyter fra klinikk til forskerne i academia, men at kunnskap om forskning og forskningsmetode blir overført fra forskerne til praksisfeltet. En måte å gjøre dette på er for eksempel:

*"Jeg tar jo med meg artikler for eksempel [til klinikken]. Jeg kan referere til ting, de [kollegene i klinikk] kommer ofte og spør: 'Vet vi noe om dette, Har du vært borti dette?' Så det blir jo begge veier. Og det er veldig stor interesse for å få presentert ting" (...) Blir jo også invitert flere steder for å snakke også"  
(Forsker 3)*

De tre forskjellige modellene har på grunn av sin ulike organisering og omfang ulik mulighet til å sette i gang aktiviteter i klinikken. Gjennom Brostillingen har forskeren mulighet til å jobbe klinisk en til en og en halv dag i uka, men det er ikke noe mål å lage et ambisiøst fagutviklingsopplegg for kollegene i klinikken. Det er imidlertid beskrevet som et mål å etablere en database for forskning der klinikken blir en deltaker. I Veiledermodellen er det et mål at forskeren skal være med å hjelpe kommunene til og "oppnå mer forskningsbasert klinisk virksomhet, samt øke interessen for forskning i enheten". Det vil si helt konkret at forskeren arbeider med å utvikle faglige retningslinjer for kommunefysioterapeutene på noen områder. Mens i Stimuleringsmodellens stillingsvariant er målet at forskeren gjennom sin ansettelse i kommunen skal være "faglig initiator, pådriver og skal hjelpe de privatpraktiserende fysioterapeutene med å utvikle ideer". I Stimuleringsmodellen beskrives målet og noe av arbeidet slik:

*"...Å bidra inn i forhold til spesielt avtalefysioterapeuter, men også faste fysioterapeuter for å få bidratt i forhold til kvalitets- og tjenesteutvikling her. Både i forhold til kunnskapsbasert praksis, men også i forhold til samarbeid mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Ikke minst mellom universitetet og kommunene (...) Da er det at vi har en del møter på enheten i forhold til prosjekter og planer, søknader. Så er det at vi kan ta for oss ulike pasientgrupper, at vi arrangerer temamøter med avtalefysio-*

*terapeutene. Bidrar selv i forhold til undervisning og veiledning, også inviterer andre og syr sammen innhold der slik at man på en måte har møtepunkter hele tiden." (Forsker 4)*

I Veiledermodellen er det også et mål om å øke forskningskompetansen i klinikken. En idè som foreløpig ikke hadde blitt formalisert var at forskeren skulle være veileder (derav navnet) dersom noen klinikere hadde lyst til å sette i gang egne, små forskningsprosjekter. På intervjutidspunktet hadde dog ingen klinikere meldt seg. Hovedaktiviteten i Veiledermodellen er likevel å utarbeide de faglige retningslinjene i samarbeid med klinikerne i bydelene i Trondheim kommune. Forskeren reflekterer rundt arbeidet med retningslinjene:

*"Som litt ny i tjenesten på den kliniske siden, så så jeg at det var kanskje behov (...) for å sette seg litt inn i hvordan gjør vi det her hos oss, eller "hvilke faglige retningslinjer følger vi, og gjør vi det likt eller forskjellig?" og sånt, så vi bestemte oss da allerede for å - før [stillingen ble innlemmet som en av modellen] for å se litt på forskningsbasert praksis og retningslinjer." (Forsker 5)*

Hun beskriver også hvordan klinikerne har sett på forskning og fagutvikling og tidsbruken omkring dette, samt hva arbeidet resulterer i:

*"Ja, det er jo stor interesse [for forskning] men samtidig så er det sånn at de har mye å gjøre i hverdagen, så jeg skjønner ikke helt hvor de skal finne rom til å gjøre det. Men sånn sett har det kanskje hjulpet litt at vi faktisk får et resultat selv om de ikke setter av så mye tid... sånn gruppevis, bydelsvis at vi møtes og jobber med noe konkret så blir det jo noe ut av det som ikke har tatt all verdens tid liksom for den enkelte." (Forsker 5)*

*"Man merker jo at noen synes dette tar litt mye tid og at: "er vi ikke ferdig nå?" og "hvor lenge skal vi bale med det samme før vi blir fornøyde?", liksom. Som kliniker så er man vant til å avslutte mye fortere, altså å se et ferdig resultat, sant, altså du gjør det du skal gjøre så er du ferdig med det, også går du over til neste, mens forskningen er mer sånn, du blir aldri ferdig med det, det går mange runder så den forståelsen for forskningsprosessen det er noe vi bare har, det er mulig man kunne forberedt de litt mer på." (forsker 5)*

Sitatene gir oss en innsikt i temaer som også flere andre informanter har tatt opp. Å få tid til forskning og fagutvikling blant klinikerne er utfordrende. Det å involvere dem i større FoU-prosjekter/prosjekter som går utover kommunen kan virke fremmede og legitimere tidsbruk. I tillegg er det viktig å ha noen resultater å slå i bordet med ved prosjektslutt. Det siste sitatet viser betydningen av å spre kunnskap i praksisfeltet om hvordan forskning foregår og hvor tidkrevende det vanligvis er. Vi kommer forøvrig nærmere inn på hvordan Veiledermodellen har organisert utviklingen av retningslinjene og inkludering av klinikerne, nettopp for å øke sjansen for å lykkes med utviklingen.

Går vi mer grundig inn på organiseringen i disse tre variantene av brobygger-stillinger har alle tre informantene uttrykt at de må balansere tidsbruken mellom de ulike jobbene og mellom ulike prosjekter. Dette kan være en utfordrende oppgave, men trenger ikke å være uoverkommelig. For eksempel forteller forskeren i Veiledermodellen at hun gjør arbeidet som faller inn under Veiledermodellen innimellom det



kliniske arbeidet i kommunen. Hun forteller at det inntil nå ikke har vært aktuelt eller hensiktsmessig å sette av en hel dag til dette arbeidet, fordi arbeidet har blitt tilpasset den aktiviteten hun i tilknytning til møter med bydelene. Hun sier:

*"Jo, altså for meg så fungerer det bra, men (...) altså hvis man skulle videreført det her og flere skulle hatt samme rolle og man skulle gjort noe mer likt så hadde det sikkert vært greit og satt av en hel dag. Det ideelle hadde kanskje vært og ikke bare hatt 50 prosent og gjort det innenfor den, for det blir jo så lite, men hvis du har en 100 prosent stilling, så kunne man vel godt ha satt av en dag til sånt arbeid, ser jeg for meg." (Forsker 5)*

I stillingen som hører inn under Stimuleringsmodellen der forskeren jobber 20 prosent i kommunen, har man organisert arbeidstiden på en strammere måte:

*"Fredagen er fast her [i kommunen]. Likevel har vi jo ofte kontakt ellers i uken, slik at det blir veldig fin flyt mellom det som foregår på instituttene, her ved administrasjonen og det vi gjør på universitetet. At man rett og slett klarer å sy det sammen bedre, da (...) Det er klart vi kunne jo ha kommunisert likevel, men hvis man sitter sammen og jobber sammen på prosjekter, tror jeg det blir bedre." (Forsker 4)*

Her fungerer kombinasjonen av universitetsstilling og klinikerstilling på en mer eller mindre sømløs måte. Veiledermodellen fungerer også godt, men i forhold til organisering kan en tenke seg at noe kan gjøre annerledes:

*"Der har vi nok litt å hente fordi i og med at det ble litt sånn etterpå-greier, så har jeg tatt det litt innimellom kan du si, jeg har prøvd å føre timebruk men man bruker jo som regel mer tid enn man tror, og så glemmer man å skrive ned hva man har brukt også." (Forsker 5)*

I en eventuell videreutvikling av Veiledermodellen foreslår forskeren altså at en kan vurdere å gjøre stillingen større og ha mer sammenhengende tid til arbeidet. Dette er forøvrig en felles oppfatning vi finner blant de fleste av informantene som deltar i modellene. Det er nødvendig med en viss andel, sammenhengende tid til prosjektarbeid. Et annet poeng forskeren løfter fram er muligheten for å lage en mer enhetlig stilling, der arbeidet i universitetsstillingen og i kommunestillingen er mer forent, altså at prosjektene tematisk henger bedre sammen. Et siste poeng vi tar med knyttet til Veiledermodellens organisering, og hvordan den bør utvikles, handler om å etablere et nettverk av veiledere, slik at man kan ha nytte av hverandre:

*"Jeg snakket jo med lederen før sommeren og sa at "du bør jo ha en i hver bydel som har en sånn funksjon, egentlig," for det blir jo litt lite i én. Nå er jo jeg ansatt på Bydel A, de andre bydelene er jo B, C og D, så ideelt sett kunne det ha vært et nettverk av sånne veiledere som også kunne ha pushet hverandre oppover, for man blir jo litt alene - uten at det foreløpig har vært noe stort problem. Men da tror jeg det kunne kommet mer ut av det. God effekt. Og da må du vel nødvendigvis kanskje ha en med mastergrad, i det minste, for å kunne ha litt mer kompetanse." (Forsker 5)*

Brostilling- og veiledermodellen skiller seg fra de andre modellene ved at det er enkeltpersoner som er ansatt i kombinasjonsstillinger. I de andre modellene ser vi at fellesskapet med andre er viktig, det være seg blant hospitantene eller deltakerne i Stimuleringsmodellen. Det kan altså være en god ide å tenke i de baner



som forskeren skisserer. Dette tar vi opp i diskusjonskapitlet. Et annet interessant poeng med Veiledermodellen, gitt at den allerede eksisterte før etableringen av modellforsøkene, er hva som skal være universitetets rolle. Er det i det hele tatt nødvendig å ha universitetet involvert? Dette spørsmålet kan vi se på i lys av argumentet foran, knyttet til betydningen av å ha et faglig nettverk rundt seg. Vi kan betrakte universitets rolle på to måter. For det første forteller forskeren at når stillingen kom inn i modellporteføljen og kontakten med NTNU ble etablert, så måtte man sette opp litt klarere mål for prosjektarbeidet, hvilket hun mener har bidratt til å gjøre arbeidsoppgavene "mer konkrete og mindre flytende". Et poeng er altså at kontakten med universitet og formaliseringen av stillingen virker strukturerende. For det andre kan vi se for oss at universitetet og forskermiljøet virker som et nettverk og et fellesskap, og fyller en viktig funksjon i så måte.

Ser vi litt nærmere på hvordan klinikerne, de fastlønnede fysioterapeutene i kommunen, har blitt involvert i arbeidet med utvikling av de faglige retningslinjene, har det vært et bevisst valg å inkludere mange klinikere og la dem gjøre mye av arbeidet:

*"Det var litt av tanken at det ikke var jeg som skulle gjøre jobben - det hadde nok på en måte (...) gått fortere, men vi ville ha med masse klinikerne på det slik at alle skulle få et eierforhold til det og at liksom i veiledermodellen, sant, på en måte bygge opp litt kompetanse hos de andre og, at vi kan søke og finne artikler og finne ut hva betyr dette i forhold til egen praksis. Sånn at det har jo tatt lang tid sånn sett å bli ferdig med sånne retningslinjer, vi har jo jobbet, ja i hvert fall et halvt år på hver liksom, vi har da valgt ut noen bydeler som har fått ansvaret, en bydel for nakke og en for føtter..." (Forsker 5)*

Vi har ikke den samme detaljerte informasjonen om slike arbeidsprosesser fra Brostillingen og Stimuleringsmodellen, men sitatet viser et poeng som er et prinsipp i mange av modellene; idealet om å involvere klinikerne tett i fagutviklings- og forskningsarbeidet. Forskeren i Veiledermodellen reflekterer videre omkring om hvordan man eventuelt kan bygge ut modellen:

*"Jeg tror man kunne gjort mer ut av det, egentlig. Jeg tror kanskje, sånn særlig med å øke forskningskompetansen i klinikken i sin helhet - det har jo vært det overordnede målet, men igjennom alt det med retningslinjer så kunne man sikkert ha utnyttet den biten uten at jeg har tenkt på det før da. Altså, man kunne hatt litt mer opplæring eller korte kurs (...), eller forelesninger med litteratursøk for eksempel, å skulle vurdere, uten at alle klinikere skal liksom bli mastere med en gang, men å ha litt sånn innføring og hvorfor er det viktig, for det er litt delt i klinikken, altså en del har jo jobbet veldig mange år og kanskje ikke, og har jo mye erfaring selvfølgelig, men kanskje de ikke ser nytten av og lese forskning eller hvorfor er dette, hva betyr det for meg, gjør det som jeg gjør likevel da." (forsker 5)*

### 5.3 Samhandlingsmodellen

- Privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger
- To klinikere fra to kommuner deltar
- Tilknytning til NTNU som har prosjektledelse og gir faglig veiledning
- Jobber med en intervensjonsstudie der en ser på hvorvidt bedre samhandling mellom fysioterapeuter og fastleger fører til et bedre tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser
- 20 prosent stilling
- Kommunen gir fullt driftstilskudd til klinikerne

Samhandlingsmodellen er beskrevet som rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger. Ideen er å gi noen få fysioterapeuter anledning til å bruke en mindre andel av arbeidstiden innenfor driftstilskuddet på forskning, prosjekt- og utviklingsarbeid.<sup>2</sup> Forskningsprosjektet som er organisert under "samhandlingsmodellen" er kalt "Samhandlende team i primærhelsetjenesten". Prosjektet handler om hvordan fastleger og fysioterapeuter kan jobbe bedre sammen, og mer spesifikt; hvordan kan disse gruppene få en mer omforent forståelse for situasjonen til felles pasienter? Formålet med prosjektet er å evaluere om en organisert samhandling mellom fysioterapeuter og fastleger vil bedre tilbudet til pasienter med muskel-skjelettlidelser. Utfallsmålene vil være nedgang i sykefravær, antall søknader til spesialisthelsetjenesten og private rehabiliteringsforetak, samt egenrapporterte opplevelser hos pasientene, for eksempel knyttet til pasienttilfredshet og livskvalitet.<sup>3</sup> Prosjektet er organisert som en prospektiv kontrollert intervensjonsstudie. Fire fastleger deltar i studien, der to utgjør intervensjonsgruppen og to utgjør kontrollgruppen. De pasientene som er i intervensjonsgruppen vil få et tilbud om en tettere samhandlingsform mellom fastlegen og fysioterapeut. Pr. i dag er 20 prosent satt av til arbeid med forskningsprosjektet for to fysioterapeuter. Det vil si at kommunen lar klinikerne beholde fullt driftstilskudd, og klinikerne har anledning til å jobbe en dag i uka med prosjektet (eller tiden kan fordeles utover uka). NTNU deltar i prosjektet gjennom å ha prosjektledelsen og å være faglig veileder.

Prosjekt "Samhandlende team i primærhelsetjenesten" er initiert av fysioterapeuter med lang erfaring i klinikken. En av fysioterapeutene tilknyttet prosjektet - og altså Samhandlingsmodellen – forteller om hvordan prosjektet oppsto:

*"Dette dreier seg om noe som boblet opp fra praksisfeltet, rett og slett (...) Det kommer jo ut i fra vår erfaring og opplevelser av et levd liv i klinikken".(Kliniker 1)*

Dette prosjektet er altså et forskningsprosjekt initiert av et par fysioterapeuter, sprunget ut av deres opplevelse og behov etter å ha jobbet klinisk i mange år. Fondet ga støtte til at fysioterapeutene kunne

<sup>2</sup> Notat fra NTNU (31.08.2012) der de tre modellene innenfor "Trondheimsmodellen" beskrives.

<sup>3</sup> Prosjektprotokoll "Samhandlende team i primærhelsetjenesten", V. 2.0, februar 2013.

utvikle en prosjektprotokoll, og i arbeidet med denne tok de også kontakt med NTNU for å få forankret prosjektet i et akademisk miljø. NTNU søkte om ytterligere finansiering (fra Samarbeidsorganet Helse-Midt og NTNU) og fikk det, slik at noen kunne bli ansatt for å administrere prosjektet. I tillegg har Fondet bevilget penger til en doktorgradsstipendiat som etter planen skal lyses ut høsten 2014. Det faglige i prosjektet ser altså ut til å bli godt ivaretatt.

Ser vi på hvordan Samhandlingsmodellen er organisert, er det altså et forskningsprosjekt som blir beskrevet som et prosjekt som "i bunn og grunn er helt eksternt fra FYSIOPRIM", og det er et prosjekt som springer ut fra klinikken. Som en respons på Fondets ønske om å se nærmere på modeller for organisering av forskning ble forskningsprosjektet tatt inn under FYSIOPRIM-paraplyen og gitt navnet Samhandlingsmodellen. I mange av prosjektene som ligger under modellene er forskningsmiljøene sterkt involvert i utforming av prosjektene. Samhandlingsmodellen er et unntak ved så tydelig å være initiert av klinikere. Utfordringen i forhold til å ta slike klinikk-initierte prosjekter videre er selvfølgelig at en trenger en tilknytning til et forskningsmiljø for å kunne få faglig bistand og mulighet til å søke midler. En videre utfordring blir da hvordan en kan ivareta de klinikerne som initierte prosjektet og som føler sterkt eierskap til dem, og hvordan deres rolle i prosjektet skal være videre.

En informant fra kommuneadministrasjonen (Kommune 3) reflekterer over problemstillingen omkring prosjektinitiering og kommunens kjennskap til hva slags forskning klinikerne er involvert i. Hun peker på at det har vært litt vilkårlig hvilke klinikere som har hatt kontakt med forskningsmiljøene: "Dyktige klinikere har blitt involvert for kanskje å inkludere inn i ulike prosjekter", men da har klinikerne fått permisjoner hvis det har vært behov for det, uten at kommunen har vært informert om hva slags prosjekt de har deltatt i. "Og den Samhandlingsmodellen var vel litt sånn, men dette har endret seg med at den kom inn i den modellutviklingen." På den måten har det at Samhandlende team-prosjektet kom med i modellforsøket synliggjort aktiviteten mye mer enn tidligere.

## 5.4 Stimuleringsmodellen

- Privatpraktiserende fysioterapeuter i kliniske stillinger
- Fem klinikere fra Trondheim kommune deltar
- Tilknytning til NTNU som arrangerer fellesmøter, gir opplæring og veileder klinikerne, stimulerer til økt interesse for forskning og fagutvikling
- Klinikerne utfører ulike, avgrensede forskningsprosjekter, formulert i samråd med NTNU
- Ti prosent stilling
- Trondheim kommune gir fullt driftstilskudd til deltakerne, mens de har ti prosent permisjon fra sin kliniske stilling

Stimuleringsmodellen organiseres av NTNU, er rettet mot privatpraktiserende fysioterapeuter, og likner på hospitantordningen som UiO er ansvarlig for. Organisasjonsmodellen er hovedsakelig lik, der

fysioterapeuter som jobber klinisk blir frikjøpt en viss stillingsandel for å delta i små forskningsprosjekt bistått av universitetet. Klinikerne som deltar i Stimuleringsmodellen har ti prosent permisjon fra stillingen sin, men får beholde hele driftstilskuddet fra kommunen. Opplegget varer i to år. Stimuleringsstillingene ble offentlig utlyst, og alle fysioterapeuter med driftstilskudd fra kommunen kunne søke. Ni fysioterapeuter søkte (Piro et al., 2013), og seks startet opp, hvorav en sluttet etter en stund. Da datainnsamlingen i vår studie ble gjort var det altså fem fysioterapeuter tilknyttet Stimuleringsmodellen.

På spørsmål om hvorfor klinikerne valgte å søke på å få bli med i Stimuleringsmodellen, forteller en fysioterapeut:

*"Jeg har alltid interessert meg for forskning, men har på en måte ikke hatt noe innpass noen plass. Når du jobber 100 prosent er det begrenset med tid da. Så det at en på en måte ble litt frikjøpt fra driftstilskuddet var en stor motivasjonsfaktor." (Kliniker 5)*

At deltakerne er klinikere med ekstra stort engasjement og interesse for forskning er en oppfatning også forskerne deler:

*"Det er folk som har vært engasjert i stor grad før de startet på den ordningen, og som nå får litt andre rammer for å utvikle seg faglig. Spesielt å få muligheten til å innhente oppdatert kunnskap og bidra til nye studier" (Forsker 4)*

Målet med Stimuleringsmodellen er å styrke kunnskapsutvikling blant klinikerne. Virkemidler er en kombinasjon av utvikling av egne prosjekter, faglige diskusjoner, litteraturgjennomgang og kritisk refleksjon rundt egen praksis. Foruten å designe sine egne forskningsprosjekter, er deltakerne også koplet til Nakke-RCT-studien i FYSIOPRIM og skal bidra til å rekruttere pasienter til denne (Piro et al., 2013). Ser vi på deltakernes erfaringer med innholdet i Stimuleringsmodell-opplegget, forteller en av fysioterapeutene:

*"Vi fikk litt greie på hva det [Nakke-RCT'en] prosjektet dreide seg om, fikk høre en del om hvilke undersøkelser som skulle gjøres der. (...)I tillegg så fikk vi jo gjennomgått en del sånn grunnleggende ting, hvor både Forsker 1, 2 og 3 i tur og orden, og flere tilknyttet ISM (Institutt for samfunnsmedisin,) hadde innlegg for oss om grunnleggende lesing av en artikkel, grunnleggende statistikk, en del grunnleggende ting. Ikke for at vi skulle ha eksamen i det, men for at vi bare skulle ha en litt bedre forståelse." (Kliniker 4).*

Blant deltakerne er det stor enighet om at det faglige opplegget gitt ved NTNU har vært godt og nyttig. Deltakerne trekker blant annet fram at de har hatt litteratursøkekurs på biblioteket og at de har fått tilgang til det medisinske bibliotek sine ressurser. Det ble for eksempel beskrevet som kjempebra, nyttig og "noe av det viktigste" (Kliniker 5) å få fulltekst tilgang til en mengde artikler. Manglende tilgang til bibliotek/litteratur, og manglende ferdigheter i å bruke bibliotek og søkefunksjonalitet på en effektiv måte, er trukket fram i litteraturen som et hinder for å ta i bruk kunnskapsbasert praksis i klinikken (Bourne et al., 2007).

I tillegg kommer det fram i intervjuene at man opplever å ha fått veiledning og hjelp fra forskerne ved NTNU, og at det var nyttig å få innblikk i vitenskapelige metoder:

*"Det er jo veldig fjernt i fra en vanlig hverdag, faktisk - måten å tenke på der da. Så det har vært ganske nyttig det, altså" (FY4: 7).*

Et mål i Stimuleringsmodellen er at klinikerne skal skrive en forskningsprotokoll, gjennomføre den datainnsamlingen som protokollen skisserer, for deretter å skrive en rapport (forsker 4: 14). Det kan imidlertid se ut som deltakerne har følt seg mer usikre på det faglige opplegget knyttet til å utforme sitt eget forskningsprosjekt. En av fysioterapeutene sier:

*"Det var ikke så veldig definert det vi skulle gjøre, så veien ble litt til mens vi gikk." (Kliniker 5)*

mens en annen forteller at

*"I begynnelsen [hadde jeg] ingen forståelse av at man skulle skrive en liten protokoll." (Kliniker 4)*

På datainnsamlingstidspunktet var alle deltakerne godt i gang med å utforme sine prosjekter, selv om flere hadde støtt på utfordringer med tanke på om man måtte eller ikke måtte melde studien til REK, og når det gjelder rekruttering av studiedeltakere.

Tema for prosjektene innenfor Stimuleringsmodellen blir i spørreskjemaet beskrevet som blant annet rehabilitering etter totalproteseoperasjon i hofteddel, bruk av måleverktøy for å evaluere måloppnåelse i behandling av pasienter med artrose i hofte og kne, respirasjonstester og utmattelsespasienter, pasienter med langvarige nakkesmerter, og kvalitetssikring av ordinær praksis, samt arbeid med nakke-RCT'en.

Organiseringen av Stimuleringsmodellen minner altså mye om hvordan Hospitantmodellen er lagt opp. Klinikerne jobber med sine individuelle prosjekter og har hver sin veileder. Dette i motsetning til i Hospitantmodellen der klinikerne deler veiledere, noe som i sin tur medfører større arbeidspress på forskerne. Samtidig innenfor Stimuleringsmodellen eksisterer det et felles opplegg der forskningsmiljøet ved NTNU arrangerer regelmessige faglige møter. Ser vi mer nøyaktig på hvilke erfaringer informantene har gjort, er hovedinntrykket overveiende positivt:

*"Jeg synes opplegget har fungert godt, altså. Det har vært mye bra tema. Veldig ryddig – M har vært veldig ryddig med struktur på møtene og har i møteinnkallingen satt opp en agenda hele veien. Stilt litt krav til oss, men ikke for mye." (Kliniker 4)*

*"Sånn forskningsmessig får vi mye ut av de felles møtene, synes jeg. (...) Det kan være enkle ting, datatekniske ting, lage litteraturlister. Når du skal legge inn resultatene, mer sånn praktiske ting: hvordan gjør vi det, hvordan finner vi fram? Sånne ting. Da er det enkelt å ha noen å snakke med". (Kliniker 5)*

Ryddig, strukturert og planlagt. Passelig med krav til klinikerne. Konkrete og praktiske gjøremål. Slik kan vi oppsummere to av informantenes erfaringer med fellesmøtene. En av forskerne snakker også om utvekslingen av kunnskap mellom klinikerne og forskerne:

*"Jeg tror nok at den vekselvirkningen blir forsterket av det prosjektet her i veldig stor grad, også når vi sitter sammen. Ikke minst i de store gruppene og diskuterer problem. Da har vi jo ulike vinklinger og ulike styrker. Kanskje hvis de har ett og et halvt bein i forskning lærer de av de som er mest i praksis og omvendt på ulike ting. Så det synes jeg har vært veldig fint." (Forsker 4)*

En gjensidig kunnskapsutveksling mellom klinikk og akademia er et av hovedmålene for alle modellene i FYSIOPRIM. Gjennomgående viser dataene våre at informantene er enig i at dette er et viktig mål, og at det skjer en slik kunnskapsutveksling i mange tilfeller. En av klinikerne i Stimuleringsmodellen synes imidlertid at klinikerne i enda større grad kunne fått bidratt inn i design av prosjekter. Kanskje handler dette mest om at klinikerne må involveres i forskningsprosjekter på et tidlig stadium – allerede på planleggingsstadiet:

*"Men også føler jeg at vi kunne ha bidratt med noe inn til forskningsmiljøet også. [I: Hva da tenker du?] Kanskje dette med når vi var med og hjalp til inklusjon, eksklusjonskriterier. Litt mer på sånn relevant i klinikken, tenker jeg. Hvilke problemstillinger, hvordan det ser ut i det reelle." (Kliniker 5)*

Konkret i forhold til Stimuleringsmodellen, og de forskningsprosjektene som er organisert under denne modellen, er det jo slik at klinikerne har hatt full kontroll på utformingen av eget prosjekt, men har hatt liten eller ingen innflytelse på prosjekter som allerede var etablert og som klinikerne ble koplet til i etterkant, for eksempel nakke-RCT-en. Klinikernes påvirkning har altså variert. Det er i alle fall et poeng å ta med seg videre til en drøfting av modellene at kunnskapsutveksling mellom klinikk og akademia med fordel kan starte allerede i planleggingen av prosjekter.

Deltakerne i Stimuleringsmodellen har gjort seg en tilsvarende erfaring som de i Hospitantmodellen; fellesmøtene har fungert som arenaer for nettverksbygging klinikerne i mellom, og flere har slått seg sammen og avholdt egne møter basert på faglige felles interesser. En av klinikerne forteller om fellesmøtene:

*"Ja, det har jeg egentlig fått ganske mye ut av, for vi ble tre stykker i gruppen som har litt lik profil på prosjektet vårt. Inspirert av hverandre, tror jeg. Da har vi hatt egne møter, igjen, og samlet oss om noe felles. Så er det også noe forskjellig. Vi tenker at vi kanskje kan få til noe i samme – kan kalle det en artikkel eller en rapport, da – at vi kan få skrevet den sammen." (Kliniker 4)*

Tidsbruk var også et tema som informantene i Stimuleringsmodellen tok opp. I Stimuleringsmodellen har man lagt opp til fellesmøter omtrent en gang i måneden. I tillegg har deltakerne kontakt med veilederne ved behov. Utover dette må klinikerne finne tid til å jobbe med eget prosjekt. Dette arbeidet må innpasses i det kliniske arbeidet. En av fysioterapeutene mener at ti prosent stilling er for lite for å holde på med forskning:

*"Det er sikkert litt etter hvor mye man skal legge i det, men minimum burde det nok kanskje ha vært 20 prosent, tenker jeg. At du kunne hatt en hel dag. For det er noe med når du setter deg ned, så skal du komme litt inn i det. Det rekker du ikke på 3,5 time. Å få gjort noe mye, i hvert fall." (Kliniker 5)*

Et siste poeng, som vi også kjenner igjen fra Hospitantmodellen er betydningen av å ha en god relasjon med kommunen. En av klinikerne sier at *"hvis det [forskningsprosjekt] skal gjennomføres i andre deler [av Norge] så er det viktig å ha kommunen på lag. Vi har jo en forholdsvis tydelig enhet for fysioterapitjeneste. Jeg snakket senest med en kollega i X kommune her i helga. De vet jo ikke engang hvem som er enhetsleder, for det skifter hele tiden. De ser aldri vedkommende og det er liksom ikke noe kommunikasjon".* I Stimuleringsmodellen har universitetet kun hatt Trondheim kommune å forholde seg til, i motsetning til i Hospitantmodellen der en må forhandle med åtte ulike kommuner. Det er opplagt at jo flere kommuner som er involvert, jo mer arbeid blir det for universitetet. Trondheim kommune har uttrykt stor interesse for forskning og fagutvikling og dette har nok gjort organiseringen i Stimuleringsmodellen enklere.

Til sist tar vi med et sitat fra fritekstfeltet i spørreskjemaet. Det er en kommentar fra en av klinikerne i Stimuleringsmodellen:

*"Anbefaler denne modellen videre. Utviklet og forbedret i forhold til våre erfaringer. Kunne ha tenkt meg å ha videre samarbeid gjennom at f.eks. [fysioterapi]Instituttet inngår bindende samarbeidsavtaler med forskere. Toveis fordeler".*

## 5.5 Klinisk koordinator

- Erfarne fysioterapeuter i kliniske stillinger
- Seks kliniske koordinatorene fra hele landet
- Ansatt i ti prosent stillinger og lønnes fra FYSIOPRIM
- Møtes to til tre ganger i semesteret sammen med FYSIOPRIM prosjektgruppe
- Klinikerne skal fungere som bindeledd mellom praksisfeltet og akademia; de skal gi innspill til forskerne om hvordan praksis er slik at forskerne kan utvikle mest mulig relevante studier, og de stiller sin klinikk til rådighet for datainnsamling
- De kliniske koordinatorene gjør ikke forskning selv

Ordningen med kliniske koordinatorene i FYSIOPRIM hører ikke hjemme under de fem definerte modellene i modellforsøkene, men vi inkluderer likevel en drøfting av dem i rapporten. For det første er flere av intervjupersonene kliniske koordinatorene og flere av forskerne har uttalt seg om denne ordningen. Vi sitter dermed med en del empiri om erfaringer med denne ordningen. I tillegg fikk vi klare tilbakemeldinger under arbeidet med spørreskjemaet om at klinisk koordinator-ordningen var en helt grunnleggende del av



organiseringen av FYSIOPRIM. Det er derfor på sin plass å sammenfatte noen av erfaringene med de kliniske koordinatorene.

Fra oppstarten av FYSIOPRIM anså man at det blant annet var viktig å drive klinisk relevant forskning, og at det var nødvendig å organisere forskningen på en måte som ivaretok dette målet:

*"Da vi utformet vår søknad, så la vi inn én modell. Altså, det at vi har med de koordinatorene som har vært engasjert og formelt knyttet til prosjektet hele tiden. Det tenker jeg er én type modell." (Forsker 2)*

*"[FYSIOPRIM] knytte[t] til seg forskjellige miljøer og da var det et viktig aspekt helt fra starten at forskningen skulle liksom springe ut fra å være forankret i klinikere, sånn at vi etablerte dette klinikerforumet veldig fort. (...) Koordinatorene da, som er team av dedikerte fysioterapeuter som jobber i primærhelsetjenesten som ble forså vidt litt håndplukket fordi vi var helt avhengige av å ha noen som vi visste var opptatt av å gjøre litt ekstra jobb. Og de ble tilknyttet med noe lønnsmidler hos oss, sånn at de fikk en reell tilknytning til prosjektet, og utgjør da koordinatorene." (Forsker 1)*

I dag er det seks kliniske koordinatorene som er ansatt i ti prosent stillinger FYSIOPRIM og som møtes to til tre ganger i semesteret. Målet med koordinatorordningen er å integrere kunnskap fra klinisk praksis og forskning. Bak dette målet ligger det en *a priori* antakelse om disse to kunnskapsformene er forskjellige. Tanken er at klinikerne skal fortelle om hvordan eksisterende praksis foregår, for eksempel hva slags behandling som brukes. Forskerne på sin side skal for eksempel fortelle om bakgrunn for forskningen, hypoteser og design (Lillehagen, Vøllestad, Heggen, & Engebretsen, 2013).

Koordinatorene er håndplukket, ut i fra at de må ha tyngde og selvtillit nok til å kunne bidra inn i diskusjoner med forskerne. Arbeidsoppgavene går på å være med på møter i styringsgruppa i FYSIOPRIM, sammen med forskere og de andre kliniske koordinatorene og gi innspill fra klinikk til dem. En av koordinatorene beskriver det som at han blir et *"bindeledd mellom vår klinikk og FYSIOPRIMs forskere"*. En annen implikasjon av å være koordinator er at klinikken en er ansatt på må stilles til rådighet for datainnsamling i forskningsprosjektene. Alle forskerne vi har intervjuet snakker varmt om koordinatorordningen. En forteller om erfaringer med ordningen:

*"Vi har jo kliniske koordinatorene inne, som hele tiden er med og diskuterer; Hvordan kan man gjøre ting? Det tror jeg er en god idé. De har jo vært med fra dag én og diskutert innhold. Da blir det ikke sånn at forskere kommer og skal finne ut noe der nede, da blir det et sånt samkjørt eierskap til problemstillinger. Jeg - til og med - har forskjellige interesser, for eksempel hvis jeg tar på meg klinikerhatten eller forskerhatten, jeg kan se at de tingene ikke alltid klaffer. Men måten å kunne inngå kompromisser og kunne få det til å gå igjennom, det må jeg si at har vært en positiv opplevelse." (Forsker 3)*

En annen av forskerne reflekterer også rundt diskusjonene mellom forskere og klinikere:

*"For eksempel da, med diskusjonen vi har hatt på todagersseminar, også var det en diskusjon, også er det helt opplagt at noen av klinikerens erfaringer og observasjoner og deres måte å si at er dette den*



*riktige måten å prøve å studere fenomenet på. Fordi at jeg selv ville tenke at det fremstår sånn, ikke sant. Og dermed får du nettopp den at de har tyngde nok, tillit nok, selvtillit nok til å si at de mer eller mindre snakker forskerne midt i mot." (Forsker 2)*

Forskeren peker på betydningen av at koordinatorene må være erfarne, trygge klinikere med selvtillit nok til å tåle å være uenige med forskerne. Hun eksemplifiserer også hvordan et av FYSIOPRIM-prosjektene ble endret etter innspill fra koordinatorene (nakke/stol som svingte rundt) og dermed ble mer realistisk i forhold til hvordan praksis er. Det synes hun var "en illustrasjon på hvordan en god modell virker". Engasjement og en viss faglig tyngde var et viktig kriterium ved rekrutteringen av de seks koordinatorene, og det ser ut til å ha fungert etter intensjonen. De kliniske koordinatorene selv er også enige i at treffene mellom klinikerne og forskere fungerer godt, og en sier "Jeg føler veldig på det der at man ser at kunnskapen går begge veier". Koordinatorrollen innebærer å balansere hensyn og ivareta både klinikkens interesser og bidra i forskningen:

*"Det blir jo en sånn trade-off hele tiden, ikke sant. Forskerne ønsker gjerne nye data, mens vi på en måte ønsker gode, men minst mulig [forstyrrende] for å si det sånn. Det må liksom være en grense for hva som kan la seg gjøre i en klinisk travel hverdag." (Kliniker 2)*

Koordinatorene har altså som én hovedoppgave å gi innspill til forskernes utforming av prosjekter. En annen oppgave er å jobbe mot kolleger i klinikken. Som en av koordinatorene sier: "den ene tingen er at vi er inne og møter forskerne og sånn, og det andre er at vi skal ut til kollegene våre - og motivere de også, ikke sant. Holde liksom trøkket oppe". Den andre delen av koordinatortoppgavene er altså å drive motivasjonsarbeid og tilrettelegge for datainnsamling i klinikken.

## 5.6 Modeller utenfor FYSIOPRIM

Foruten prosjektene organisert under FYSIOPRIM-paraplyen eksisterer det en del andre forskningsprosjekter på fysioterapi i primærhelsetjenesten. Spørreskjemaundersøkelsen gir oss noe kunnskap om hvordan disse er organisert og om erfaringer deltakerne har gjort seg.<sup>4</sup> I spørreskjemaet har åtte klinikere og 14 forskere oppgitt at de deltar i forskningsprosjekt utenfor FYSIOPRIM. For forskernes vedkommende er det flere som deltar i forskning både i FYSIOPRIM og utenfor, for klinikerne gjelder det at to deltar både i FYSIOPRIM og utenfor. For de som svarte bekreftende på spørsmålet om de deltok i prosjekt utenfor FYSIOPRIM, ba vi om opplysninger om tema og pasientgruppe i prosjektet, samt en kort beskrivelse av hvordan prosjektet var organisert. I denne delen går vi gjennom disse svarene.

Åtte klinikere deltar i prosjekt utover FYSIOPRIM. Temaene for disse prosjektene er listet opp som de åtte øverste punktene. I tillegg har alle forskerne, med unntak av en, oppgitt tema. Noen av disse overlapper med klinikerens temaer, og siden hensikten her er å vise hva slags temaer som forskes på i primærhelsetjenesten, utover FYSIOPRIM, har vi kun listet opp de som ikke overlapper. Disse temaene følger fortløpende etter klinikerens oppgitte tema.

---

<sup>4</sup> Siden vi kun har intervjuet deltakere i FYSIOPRIM mangler vi detaljerte opplysninger om erfaringer som er gjort i prosjektene utenfor FYSIOPRIM.

- Master i helseøkonomi
- Videoanalyse av generelle bevegelser hos friske spedbarn
- Nettbehandling for smertepasienter
- Håndartrose
- Langvarige nakkesmerter, søvnvansker og samvariasjon med angst og depresjon
- Life after stroke- langtidsoppfølging av pasienter med hjerneslag
- Sammenlikning av to ulike tilnærminger i fysioterapi for ryggpasienter
- Psykomotorisk fysioterapi for kommunalt ansatte
- Kollegaveiledning i en bydel
- Prosjekt om samhandlingsreformen og samarbeid i primærhelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjeneste
- Veiledning i fysioterapi
- Kneartrose og trening / Samhandling og implementering av artrosebehandlingsanbefalinger
- Om forbruk av fysioterapi i primærhelsetjeneste og psykososiale faktorer
- Hoftebrudd og fall hos eldre
- Bekkenleddsmerter i svangerskap, underliggende mekanismer og individuell behandling
- Kjeveleddsplager
- Bekkenleddsplager
- Nakkeplager
- Henvisningspraksis
- Samhandling fastlege-fysioterapeut

Som vi ser er det stor variasjon på hva som forskes på. Noen tema går eksplisitt på samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten, og noen går tydelig på temaer knyttet til primærhelsetjenesten/kommunen. Andre temaer er av generell art.

Prosjektenes varighet spenner fra ett år, via tre til seks år, til "flere år." Finansieringen kommer fra flere kilder, men de kategoriene finansiering flest klinikere har oppgitt, er at kommunen gir fullt driftstilskudd og Fondet finansierer prosjektet. Av de åtte klinikerne som deltar i prosjekt utenfor FYSIOPRIM ble sju kontaktet – og oppfordret til å være med i forskning - av universitets- og høyskolemiljøet. I tillegg deltar én av respondentene i forskning gjennom å ta en master, som vi ser. Vi kommer tilbake til rekruttering for alle respondentene senere i rapporten. Respondentenes svar tyder på at universitet og høyskoler har vært initiativtaker til prosjektene. Klinikere har deretter blitt kontaktet og rekruttert inn. En slik måte å starte opp forskningsprosjekter, en ovenfra og ned-tilnærming, der prosjektutforming hovedsakelig gjøres i akademia står i kontrast til FYSIOPRIM der en felles utvikling av prosjektene og problemstillingene ser ut til å være et mål.

Ser vi nærmere på hvordan respondentene har beskrevet organiseringen av prosjektene de deltar i, varierer beskrivelsene fra svært korte til mer informative. To korte beskrivelser lyder:

- *"Vi samlet inn data som ble sendt til en professor (...)" (Kliniker)*
- *"I form av en prosjektgruppe og en styringsgruppe" (Forsker)*

Andre respondenter har gitt mer omfattende beskrivelser av organiseringen. En respondent forteller at vedkommende samarbeider med en fysioterapeut/PhD som er prosjektleder om generering av data og analyser. Respondenten samler inn data i kommunehelsetjenesten, og prosjektet skal formidles i en vitenskapelig publikasjon. En annen av respondentene ser ut til å fungere mer som intervensjonsgruppe, der universitetet organiserer et prosjekt som tester ut to ulike tilnærminger til fysioterapi blant private fysioterapeuter. Den siste klinikerbeskrivelsen som er oppgitt er den mest detaljerte, men sammenfattet er det en beskrivelse av et kontrollert forsøk der personer i intervensjonsgruppen følges opp av en koordinerende fysioterapeut over 18 måneder og gjør diverse aktiviteter og målinger. Det er dog vanskelig å lese ut i fra beskrivelsen eksakt hva slags rolle respondenten har.

Noen av forskerne har gitt rike beskrivelser av hvordan deres prosjekt er organisert. Her trekker vi fram noen eksempler på måter å organisere forskning på:

*"Jeg er prosjektleder, det er tilknyttet en stipendiat med biveiledere på deler av prosjektet. I tillegg vil vi benytte fysioterapeuter til å utføre kliniske undersøkelser av gravide. Vi har møter med andre involverte, i bevegelseslaboratoriet og med jordmødre på helsestasjon."*

*"Studiedeltakerne er seks barn med Cerebral Parese, 0-6 år, (GMFCS III eller IV), barnets kommunale fysioterapeut og nære voksenperson i barnehagen. Det gjøres to observasjoner av hvert barn: første observasjon gjøres av en fysioterapitime der behandling/veiledning er i fokus. Rett i etterkant intervjues fysioterapeuten om situasjonen. Ved andre observasjon følger forskeren barnet og dets nære voksenperson gjennom en hel dag i barnehagen. Mot slutten av dagen gjøres intervju av barnets nære voksenperson omkring det å få veiledning og følge opp fysioterapifaglige tiltak (...)"*

*"Prosjektene er forankret i ledelsen i kommunen. For det ene prosjektet i Enhet for Fysioterapitjenester, og for det andre prosjektet i Enhet for fysioterapitjenester og i helsetjenesten i X kommune. Det holdes møter på ledernivå mellom universitet og kommune. Utøvende fysioterapeuter deltar i prosjektgruppen, og har vært med å utvikle intervensjon og deltatt i gjennomføring av studien. Erfaringer fra studiene blir diskutert med fagmiljøet i forhold til læring og implementering. Vår erfaring gjennom mange år er at vi sammen med Enhet for fysioterapitjenester har hatt suksess i å utvikle og endre praksis i forhold til eldre med bevegelsesvansker og fall basert på et tett, ledelsesforankret samarbeid over mer enn en ti-års periode."*

Ser vi på disse tre beskrivelsene, ser vi at organiseringen omfatter ulik involvering av både fysioterapeutene i primærhelsetjenesten og andre aktører i kommunen og primærhelsetjenesten. I den første beskrivelsen er klinikeren – fra et forskningsperspektiv - hovedsakelig en som står for datainnsamling. I den andre beskrivelsen er også klinikeren først og fremst en som genererer data, enten gjennom å samle dem inn, eller ved å være en informant for studien. Begge studiene er tverrfaglige og involverer en rekke forskjellige

grupper. I den siste beskrivelsen legges mye vekt på hvordan samarbeidet er organisert mellom universitetet og kommunen. Her kommer det også tydelig fram at intervensjonen i studien er utviklet i fellesskap mellom klinikere og forskere. Det kommer også tydelig fram at dette er en organisasjonsmåte forskeren er fornøyd med. Stikkord for suksessen er etter respondentens oppfatning ledelsesforankring i kommunen, og tett involvering av klinikermiljøene.

Går vi tilbake til klinikerne har noen av respondentene kommentert i fritekst sine innspill knyttet til forskningsorganisering. Vi tar med oss to poeng herfra:

*"Forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten bør starte med samarbeide mellom utøvende klinikere og forskere allerede på planleggingsstadiet."*

*"Siden det satses så mye på forskning i primærhelsetjenesten, bør vi som har masterutdanning bli kontaktet og inspirert til å bruke den forskningskompetansen vi har utdanning til. Vi trenger litt drahjelp til å komme i gang, fordi vi står nokså alene uten et forskningsmiljø (universitet/høyskole) i ryggen".*

Det første poenget, samarbeid mellom klinikere og forskere allerede på planleggingsstadiet av forskningsprosjekter, har vi vært inne på tidligere, og som vi har sett har dette vært et viktig premiss for forskningen som gjøres under flere av FYSIOPRIM-modellene (særlig Hospitant- og Stimuleringsmodellene). Det andre poenget, materutdannede klinikere trenger å bli heftet på en forskningsinfrastruktur, er også viktig å ha med i den videre drøftingen av organisering av forskning. I gjennomgangen av modeller utenfor FYSIOPRIM ser vi at med unntak av én kliniker, ble alle kontaktet av forskningsmiljøene. Det er derfor åpenbart at det allerede i dag skjer at academia tar kontakt med de utøvende fysioterapeutene. utfordringene knyttet til denne fremgangsmåten er flere, blant annet er det en personavhengig måte å rekruttere medarbeidere på, og det kan være en metode som gjør at klinikerne kommer sent inn i prosjektene og dermed har mindre påvirkningskraft på utformingen av prosjektene.

## 5.7 Sammenfatning modeller for organisering av forskning

Et hovedmål for Fondets forskningsstrategi er å sikre varig forskningsinnsats i primærhelsetjenesten. Gjennom FYSIOPRIM er modellutprøvingen et forsøk på å etablere nettopp noen slike varige strukturer i form av ulike typer samarbeidsarenaer og konstellasjoner der academia, klinikere og kommunen kommer sammen. Dette kan vi kalle forskningsinfrastrukturer. Det er ikke sannsynlig at forskningsprosjektene utenfor FYSIOPRIM har den samme eksplisitte målsetningen om å etablere og videreutvikle forskningsinfrastrukturer for å styrke forskningen i primærhelsetjenesten, men like fullt kan vi lære noe av hvordan disse prosjektene er organisert. I tabell 4-1 har vi sammenfattet modellene vi har gått gjennom i dette kapitlet.

Dimensjonene som er inkludert omfatter forskningsorganisering, (hoved-)aktiviteter i prosjektet, klinikerrolle og kommunens faglige rolle, samt finansiering. Vi har utelatt forskerrolle, siden den er noenlunde stabil uavhengig av forskningsorganisering.

**Tabell 5.1 Sammenfatning av modellene**

| Modell                        | Hospitant   | Brostilling og veileder   | Samhandling  | Stimulering   | Kliniske koord.  | Prosjekter utenfor FYSIOPRIM   |
|-------------------------------|---|---|--|---|--|--|
| <b>Forskningsorganisering</b> | Univ. "tar inn" en gruppe klinikere og følger dem opp                                     | Enkeltforskere fra univ. blir brobyggere ved å ha bistillinger utenfor univ., enten i privat praksis (Brostilling), eller i kommunen (Veiledermod.)                             | Klinikere får noe finansiering og veiledning fra univ., men opererer ellers ganske selvstendig | Univ. "tar inn" en gruppe av klinikere og følger dem opp                                  | Klinikere spiller inn kunnskap fra praksisfeltet til forskerne i FYSIOPRIM. Stiller egen klinikk til rådighet for datainnsaml. | Varierende. Alt fra klinikere som en datainnsamler for univ.forskere til tett samarbeid mellom alle parter |
| <b>Aktiviteter</b>            | Fellessamlinger: diskusjon av forskning og fag  | I Veiledermod. gjøres flere kommunale prosjekter som er definert av kommunen. Brostilling mer tradisjonell kombinasjonsstilling, med forsker som jobber klinisk ca. 1 dag i uka | Stort sett egendrevet forskning, men med veiledning fra NTNU                                   | Fellessamlinger, veiledning, opplæring, tilgang til bibliotek osv.                        | Deltar på regelmessige møter med FYSIOPRIM og gir innspill til design/-forsk.n.prosj.. Stille til rådighet egen klinikk        | Varierer med organisering  |
| <b>Klinikerrolle</b>          | Forskningslæringer. Klinikere utfører selvstendige, små forskn./kvalitetsutvikling spros. | Brobyggere, forskere. Innehar og utøver kombinasjonskompetanse for å bringe praksisfeltet og akademia sammen  | Deltidsforskere  | Forskn.læringer Klinikere utfører selvstendige, små forsknings-/kvalitetsutviklingsprosj. | Påvirker og gir innspill til forskning, rekrutterer til studier, motiverer   | Varierende. Klinikere blir datainnsamlere for univ./høgskole, men også likeverdige deltakere med forskerne |
| <b>Kommunerolle, fag</b>      | Kommunen har en sentral rolle. Samarbeidspartn., påvirker forskningsprosj.                | Brostilling: gir driftstilskudd, men påvirker ikke aktiviteter<br>Veileder: arbeidsgiver, ansvarlig for aktiviteter   | Ingen tydelig rolle, utover at kommunen er informert   | Kommunen er informert, men har ikke med utforming av prosjekt å gjøre                     | Ingen tydelig rolle, utover at kommunene er informert om koordinatorene  | Ser ut til å være mindre eksplisitt enn i FYSIOPRIM  |

| Modell              | Hospitant   | Brostilling og veileder  | Samhandling  | Stimulering   | Kliniske koord.                      | Prosjekter utenfor FYSIOPRIM  |
|---------------------|---|--|--|---|--------------------------------------|---|
| <b>Finansiering</b> | Spleiselag. De fleste kommunene dekker 10 prosent, FYSIOPRIM 10 prosent | Veileder: kommunen gir lønn<br>Brostilling: Intensjonen er driftstilskudd fra kommunen.<br>(Uavklart ved datainnsaml.) | Kommunen gir fullt driftstilskudd og fristiller klinikere i 20 % | Kommunen gir fullt driftstilskudd og fristiller klinikerne i 10 % | FYSIOPRIM finansierer koordinatorene | Fullt driftstilskudd fra kommunen, prosj.midler fra Fondet og andre |

## 6 PROSJEKTOPPSTART: MOTIVASJON OG UTFORMING AV PROSJEKT

Gjennom kapittel 5, gjennomgang av de ulike modellene, har vi streift innom hva det var som motiverte klinikerne til å bli med i forskningsprosjektene. I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i det kvantitative materialet og går nærmere inn på hva som motiverer klinikerne til å delta i forskning. Vi supplerer med intervjumaterialet for å vise hva administrativt ansatte i kommunene oppgir som motiverende for at kommunen skal involvere seg i fysioterapiforskning. Vi ser også på holdninger blant både forskere og klinikere til fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten: Hva er viktige begrunnelser for å gjøre forskning i primærhelsetjenesten? Videre går vi inn på hvordan prosjektene (forskningstema og problemstilling) har blitt utformet.

### 6.1 Motivasjon for deltakelse i forskning på primærhelsetjenesten

For å kunne gi anbefalinger om forskningsorganisering kan det altså være nyttig å ta et skritt tilbake og se på hva som motiverer klinikere og kommuner inn i forskningen. I tillegg kan forskeres refleksjon omkring valg av forskningsfelt være interessant å ha med i en drøfting av hvordan en bør organisere forskningen.

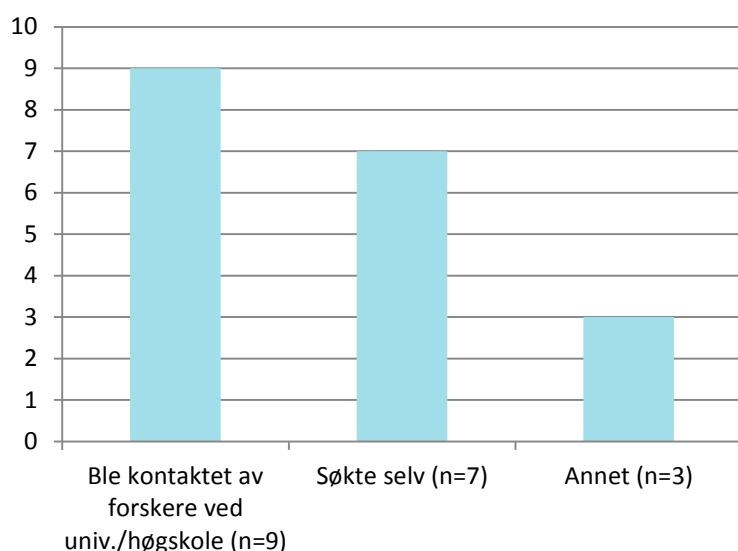
**Tabell 6.1** Klinikernes motivasjon for å delta i forskningsarbeid, rangert etter oppgitt betydning, antall (n=19)

|   | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig | Uaktuelt for min motivasjon |
|---|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------|
| Jeg er svært interessert i prosjektets problemstillinger  | 14        | 4         | 1          | 0          | 0                           |
| Jeg mener at det er for lite forskning på flere problemstillinger og pasientgrupper i primærhelsetjenesten, og det er nødvendig å fremskaffe mer kunnskap om disse gruppene | 13        | 5         | 1          | 0          | 0                           |
| Jeg ønsket å få større faglig kompetanse  | 14        | 3         | 1          | 0          | 1                           |
| Jeg ønsket å kvalitetssikre klinisk praksis   | 14        | 3         | 1          | 0          | 0                           |
| Jeg ble oppfordret til å delta  | 8         | 6         | 2          | 2          | 1                           |
| Jeg ønsket å utvikle forskerkompetansen min   | 8         | 6         | 2          | 1          | 2                           |
| Jeg ønsket å bruke dette forskningsprosjektet i forbindelse med masterutdanning   | 2         | 3         | 0          | 7          | 7                           |

Tabell 6.1 viser klinikernes motivasjon for å delta i forskning. Gjennom intervjuene finner vi at fysioterapeutene som deltar i FYSIOPRIM er svært motiverte og engasjerte i forsknings- og kvalitetsutviklingsarbeid. En av informantene (en kliniker) sier da også: "man *trenger en veldig spesielt motivert type [kliniker] som må tåle å tjene mindre*". Betydningen av økonomisk kompensasjon kommer vi tilbake til, men det er i alle fall mye som tyder på at de klinikerne som i dag er involvert i forskning i

primærhelsetjenesten er topp motiverte personer. Går vi til spørreskjemaet, finner vi interesse for prosjektets problemstillinger på topp av motiverende årsaker. I alle FYSIOPRIM-prosjektene er klinikerne selv med på å definere sitt eget forskningstema. Det er derfor ikke uventet at klinikerne er interessert i problemstillingene. Samtidig peker det på betydningen av at klinikerne har interesse for forskningstema og problemstillinger for å motivere dem til deltakelse i forskning. De neste påstandene, og årsakene, flest klinikerne er helt eller litt enige i er at det er for lite forskning på problemstillinger og pasientgrupper i primærhelsetjenesten, en ønsket å få større faglig kompetanse og en ønsket å kvalitetssikre klinisk praksis. Sammenfattet betyr dette at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten ser at det er gjort lite forskning på deres pasientgrupper, og de ønsker å få mer kunnskap om disse, slik at de kan gi en bedre tjeneste.

Videre ser vi at et stort flertall av respondentene er helt eller litt enige i at de har blitt oppfordret til å delta. Det kan forstås som at forskningsprosjektene er initiert og drevet fra akademia, og at mange klinikerne har blitt oppmuntret fra forskerhold om å delta. I forhold til FYSIOPRIM ble deltakerne rekruttert gjennom åpneutlysninger i Hospitant- og Stimuleringsmodellene, mens Veileder, Samhandlings- og Brostillingsmodellene mer eller mindre ble bygget på allerede eksisterende forskningsprosjekter og enkeltpersoner som en ønsket å ha i kombinasjonsstillinger. Den faktoren som ser ut til å være minst motiverende for at klinikerne skal delta i forskning er muligheten for å bruke prosjektet som en del av en masterutdanning. De fem respondentene som er helt enig eller litt enig i at det er en motiverende årsak er alle med i FYSIOPRIM. Generelt kan det dermed se ut som de akademiske ambisjonene er mindre enn ambisjonene om å utvikle klinisk praksis, men at FYSIOPRIM-klinikerne er litt mer opptatt av å ta en master enn de utenfor.



**Figur 6.1. Hvordan klinikerne ble med i forskning, antall (n=19).**

Respondentene har uttalt seg om hvorvidt det at de ble oppfordret til å delta var en motiverende faktor. Vi har også bedt dem helt konkret svare på hvordan de ble med i forskningsprosjektet (figur 6.1). Ni av



klinerne som har svart på spørreundersøkelsen ble rekruttert til forskning av forskere ved universitet/høgskole. Sju fysioterapeuter søkte selv, alle disse deltar i FYSIOPRIM (Hospitant- eller Stimuleringsmodellen). Av de tre som har oppgitt "annet" som årsak, er én grunder av prosjektet, én deltar i forbindelse med et masterstudium og én deltar ikke i forskning i dag. Igjen ser vi en tendens til at forskning kommer i stand fordi universitets-/høgskolemiljøene initierer prosjekter, og enten lyser ut stillinger åpent, eller kontakter fysioterapeuter direkte.

**Tabell 6.2 Klinikernes oppfatninger om betydningen av å delta i forskning, antall (n=19)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-----------|------------|------------|
| <b>Jeg mener det er viktig at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten deltar mer i forskning, slik at vi får mer kompetente klinikere</b>   | 16        | 2         | 1          | 0          |
| <b>Forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten vil styrke faget</b>  | 18        | 1         | 0          | 0          |
| <b>Forskning innenfor primærhelsetjenesten vil styrke fysioterapiprofesjonen</b>   | 18        | 1         | 0          | 0          |
| <b>Forskning innenfor primærhelsetjenesten vil øke kvaliteten på det tverrfaglige arbeidet i primærhelsetjenesten</b>  | 15        | 1         | 3          | 0          |
| <b>Det er viktig med forskning på fysioterapi for å bedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten</b>  | 15        | 4         | 0          | 0          |
| <b>Etter som kommunene har fått større ansvar for helsearbeid gjennom samhandlingsreformen, er det viktigere enn noen gang at det gjøres fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten</b> | 16        | 3         | 0          | 0          |
| <b>Helsemyndighetenes økte vekt på forebygging aktualiserer fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten</b>  | 14        | 4         | 1          | 0          |

I spørreskjemaet ba vi også respondentene ta stilling til flere påstander knyttet til betydningen av å drive fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten (tabell 6.2). På en indirekte måte sier svarene her også noe om hva som kan virke motiverende for å engasjere klinikere i forskning. Respondentene er overveiende enige i alle påstandene. Den eneste påstanden der vi finner noe omfang av uenighet, er utsagnet om at "Forskning innenfor primærhelsetjenesten vil øke kvaliteten på det tverrfaglige arbeidet i primærhelsetjenesten". Her er tre av respondentene litt uenige.

Går vi over til forskerne, og ser på deres erfaring på forskningsfeltet, har 22 respondenter oppgitt hvor lenge de har forsket på fysioterapi i primærhelsetjenesten. Antall år spenner mellom ett og 25, og gjennomsnittlig har forskerne holdt på i nærmere 11 år på feltet. Spredningen er imidlertid stor, fra stipendiater som kun har holdt på ett år til professorer som har holdt på mellom 15 og 25 år.

I spørreskjemaet har vi forsøkt å nøste i hva som virker motiverende i forhold til å velge nettopp dette forskningsfeltet (tabell 6.3). Uansett om en har forsket på feltet i mange år eller er fersk, vil det likevel være et kontinuerlig valg om en skal fortsette å søke midler og utforme prosjekter innenfor akkurat dette forskningsfeltet.

**Tabell 6.3 Forskeres motivasjon for å delta i fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten, rangert etter hva som oppgir som viktigst, antall (n=22)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig | Uaktuelt for min motivasjon |
|--|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------|
| Fysioterapi i primærhelsetjenesten er et lite utforsket felt som vi trenger mer systematisk kunnskap om  | 18        | 3         | 0          | 0          | 1                           |
| Jeg er svært interessert i problemstillinger på dette feltet   | 17        | 3         | 1          | 0          | 1                           |
| Å delta i denne forskningen betyr at utdannings- og forskningsinstitusjonen som jeg er en del av får innsikt i hvilke problemstillinger fysioterapeuter som jobber klinisk er opptatt av | 9         | 9         | 1          | 0          | 3                           |
| Forskningsprosjektet vil gi meg et større faglig nettverk  | 3         | 13        | 2          | 0          | 4                           |
| Siden fysioterapi i primærhelsetjenesten er lite studert i Norge, er det gode sjanser for å få publisert forskningsresultater  | 2         | 6         | 6          | 0          | 8                           |
| Siden fysioterapi i primærhelsetjenesten er lite studert i Norge, er det muligheter for å bli den ledende ekspertisen på feltet nasjonalt  | 1         | 3         | 5          | 0          | 13                          |
| Det er lettere å få finansiering til fysioterapiforskning innenfor primærhelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten   | 0         | 4         | 8          | 3          | 7                           |

Den påstanden flest av forskerne er helt eller litt enige i forhold til motivasjon er at "Fysioterapi i primærhelsetjenesten er et lite utforsket felt som vi trenger mer systematisk kunnskap om". Omtrent like motiverende er at en er interessert i problemstillingene på feltet. Disse påstandene henger selvfølgelig nært sammen. De andre påstandene får mindre og mer varierende tilslutning. For eksempel er 18 av 22 forskere helt eller litt enige i at deltakelse i denne typen forskning gjør at en får innsikt i problemstillinger som er relevante i klinikken. Mange respondenter er også (litt) enige i at en motiverende faktor for deltakelse i forskningsprosjektet er at en vil kunne utvide sitt nettverk. De seks som synes det er uaktuelt eller er litt uenige i at nettverksbygging er motiverende er med ett unntak professorer/førsteamanuenser. Det er ikke overraskende at denne gruppen er mindre opptatt av nettverksbygging, gitt at de allerede har lang fartstid på forskningsfeltet og trolig har godt etablerte nettverk. For stipendiater er det selvfølgelig annerledes. Basert på intervjuene vil vi likevel hevde at nettverksbygging i seg selv mer er en ønsket konsekvens av forskningsprosjektene enn en sterk motiverende faktor.

De tre siste påstandene i tabellen er koplet til motivasjon av mer "strategisk" art. Her har vi ønsket å fange opp om valg av forskningsfelt skyldes årsaker knyttet til (eventuelt) enklere finansierings- og publiseringsmuligheter, og muligheter for å bli ledende ekspertise nasjonalt. Ingen av disse påstandene får særlig stor tilslutning, noe som tyder på at forskerne innen fysioterapi i primærhelsetjenesten er mer genuint opptatt av å få kunnskap om et lite utviklet område enn motivert av strategiske årsaker.

**Tabell 6.4 Forskernes oppfatninger av betydning av fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten og påvirkning på motivasjon, antall (n=22)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig | Uaktuelt for min motivasjon |
|--|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------|
| Forskning på fysioterapi innen primærhelsetjenesten vil bidra til å gjøre praksis mer kunnskapsbasert  | 11        | 10        | 0          | 0          | 1                           |
| Forskning på fysioterapi innenfor primærhelsetjenesten vil styrke faget  | 14        | 8         | 0          | 0          | 0                           |
| Forskning innen primærhelsetjenesten vil styrke fysioterapeutprofesjonen   | 13        | 6         | 1          | 0          | 2                           |
| Forskningen vil styrke fysioterapifaget i det tverrfaglige arbeidet i primærhelsetjenesten   | 8         | 13        | 1          | 0          | 0                           |
| Det er viktig med forskning på fysioterapi for å bedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten   | 16        | 6         | 0          | 0          | 0                           |
| Ettersom kommunene har fått større ansvar for helsearbeid gjennom samhandlingsreformen, er det viktigere enn noen gang at det gjøres fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten | 15        | 5         | 1          | 0          | 1                           |
| Helsemyndighetenes økte vekt på forebygging aktualiserer fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten   | 13        | 5         | 1          | 0          | 3                           |

Tabell 6.4 viser forskernes holdninger til en del påstander omkring betydningen av fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten, tilsvarende som for klinikerne i tabell 6.2. De fleste utsagnene er av en slik art at det er vanskelig å være uenig i dem, og ingen respondenter er helt uenige i noen av utsagnene. Det tegner seg likevel noen forskjeller mellom hvor viktig forskerne synes de forskjellige påstandene er.

At det er viktig med forskning på fysioterapi for å bedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten, og at forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten, vil styrke faget er de to påstandene flest respondenter er helt eller litt enige i. Dette er også de to eneste utsagnene som ingen av respondentene er uenige i, eller synes er uaktuelt for ens egen motivasjon på forskningsfeltet. Mest variasjon i holdning finner vi for utsagnet om at helsemyndighetenes økte vekt på forebygging aktualiserer fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten. Tre respondenter mener dette er uaktuelt for deres motivasjon.

Går vi over til kommunenes motivasjon og erfaringer med å engasjere seg i forskning, har dette vært et tema som alle de seks informantene fra kommuneadministrasjonen har reflektert over. Disse respondentene har erfaringer enten med hospitantprosjektene eller prosjektene som ligger under Stimuleringsmodellen, samt med Veileder- og Samhandlingsmodellen tilknyttet Trondheim kommune. Alle de kommuneansatte uttrykker seg positivt til at kommunen, og fysioterapeutene, skal holde på med forskning. Det er altså neppe mangel på motivasjon hos kommunen som kan virke hemmende på utvikling av forskningsprosjekter. Samtidig har alle et bevisst forhold til at det er et spørsmål om ressurser om man kan få til forskning. En av informantene forteller:

*"Jeg som fagleder er veldig positiv til det. Min nåværende leder, og forhenværende leder også, er veldig positive til prosjektet. Og, det å få tenkt, ikke sant; hvordan kan vi få kvalitetssikret fysioterapitjenesten i mye større grad? Hvilke utfordringer har vi? Hva kan vi gjøre bedre? Det er masse, masse, masse områder vi kan gjøre det bedre på. Det som vi ser da, er at sånn som i X kommune nå, så er det veldig, veldig trangt økonomisk. Det er stort sett det man snakker om. Det er hvordan kan man kutte mer og mer og mer." (Kommune 5)*

En annen informant forteller en tilsvarende historie:

*"Og det jo kjempeviktig nå i forhold til alt det presset de [de kommunale helse- og omsorgstjenestene] opplever og de prioriteringene de står overfor. At vi på en måte kan stå inne for prioriteringene vi gjør og da må vi jo lene oss litt på forskning, ikke sant? I forhold til å si at [når man må si til en bruker], «nei, du kan ikke få», ikke sant?" (Kommune 4)*

Vi ser at kommuneadministrasjonen uttrykker et ønske om på den ene siden å få til forskning, og på den andre siden måtte veie dette mot tilgang til ressurser og prioriteringer. En løsning som tegner seg er at forskningen må kunne brukes strategisk. Man må kunne vise at ved å gjøre forskning og bruke forskningsresultater kan en få til riktigere prioriteringer og bedre behandling av kommunens innbyggere.

Fra myndighetshold har det de siste årene kommet sterke signaler om at det bør gjøres mer forskning i og på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Dette var vi også inne på i kapittel 4. Det kan synes som at forskningsmiljøene har tatt utfordringen og stadig er på frierferd til kommunene. Flere av informantene peker nemlig på at kommunene er veldig populære og ettertraktede i søknadsarbeid for tiden, og at de stadig vekk får en mengde henvendelser fra universiteter og høgskoler. Også i de forskjellige modellene i FYSIOPRIM har det vært universitetene som har kontaktet kommunen, med andre ord har forskningsprosjektene på overordnet nivå vært initiert fra akademia. Men som vi har sett har mange av prosjektene fått sin konkrete utforming i et samvirke mellom den enkelte kliniker og universitet – og i noen tilfeller også kommunen. Det vil si at det forskes mer i kommunen enn på kommunen i FYSIOPRIM-prosjektene. Dette er positivt sett fra et kommunesynspunkt. Flere av informantene fra kommunen uttrykker nemlig en misnøye med at kommunen blir en case i et forskningsprosjekt, og at resultatene forsvinner ut av kommunen så fort prosjektet er ferdig.

La oss se nærmere på hva noen av informantene fra kommuneadministrasjon sier om motivasjon og inngangen til forskning:

*"Det er en veldig utfordring for vi opplever alle at vi har et veldig stort arbeidspress, og det er vanskelig å prioritere forskning inn i det daglige arbeidet (...) Vi opplever at det er jo mye, masse midler, blant annet fra Helsedirektoratet, som man kan søke på, og det er noe med at det forplikter. Ikke sant? Så har vi tida til å drive med det? (Kommune 4)*

*"Det har vært dårlige kår for det før, og det er kanskje enda dårligere kår for det nå. På en annen side så synes jeg vel det at den FYSIOPRIM-biten er veldig interessant fordi det setter av tid til å faktisk tenke på det. Og sånn som FYSIOPRIM skal jo bringe forskningen ut i kommunalt nett, ikke sant? Og så sitter det forskere der som forsker på noe som de tenker at dette må dere benytte dere av. Og jeg tenker at det er noe av forpliktelsene våre når vi har gått inn i det der, det er å så prøve å sette det ut i live. Så det er en mulighet vi har å så jobbe med å kvalitetssikre og få ut det som noen allerede har forska på." (Kommune 5)*

Begge sitatene – fra to forskjellige kommuner – tar opp diskusjonen om motivasjon vs. mangelen på ressurser og forpliktelsene som følger med å inngå i et forskningssamarbeid. Informantene peker på noen viktige poeng i forhold til det å si ja til et forskningssamarbeid med universitet/høgskole. For det første følger det en forpliktelse med å si "ja", mener begge informantene. Når man har sagt ja, må man også sørge for å oppfylle sine deler av avtalen, og ha mulighet til å bruke noen ressurser, det være seg personell, tid eller økonomi. Kort sagt, man må delta i forskningen. For det andre, som informantene i det siste sitatet trekker fram, følger det også muligheter med å ha et forskningssamarbeid. Ved å delta i FYSIOPRIM legitimeres det at man kan prioritere å bruke ressurser på forskning og fagutvikling. Invitasjonen fra forskningsmiljøet kan dermed ses på som en katalysator for å gjøre forskning og for eksempel innføre forskningsbasert praksis.

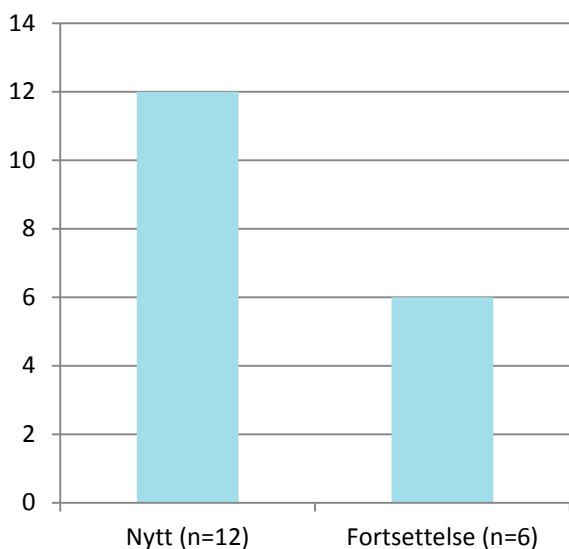
En annen informant trekker fram en annen mulighet som følger med inngåelsen i forskningssamarbeid med akademien; det kan følge med penger:

*"Det glemte jeg å si da, men det er jo selvfølgelig også sånn at da slipper vi å gjøre jobben. Det er jo topp. Det er jo noe av det viktigste, det er å få ekstra ressurser som kan gjøre noe vi hadde hatt lyst til å få gjort, men som vi ikke har ressurser til." (Kommune 6)*

Sett på bakgrunn av den beskrevne ressursmangelen i kommunen, er det selvfølgelig kjærkomment med forskere som også kommer med penger. Spørsmålet er da hvordan kommunen kan involveres på annen måte for å sikre at praksisperspektivet ivaretas og at forskningen tar for seg problemstillinger som er relevante for kommunen.

## 6.2 Utforming av prosjekt og problemstillinger

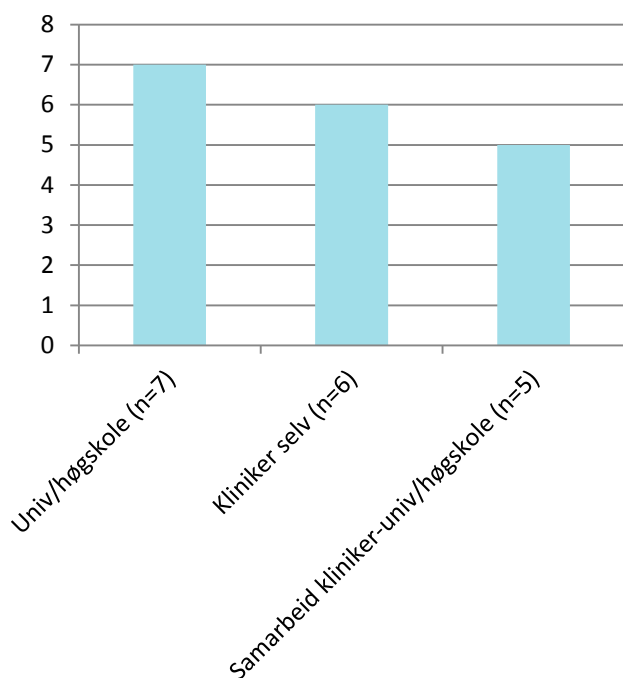
I spørreskjemaet har vi stilt respondentene noen spørsmål knyttet til selve prosjektutformingen, inkludert definering av problemstilling, opplevd nytteverdi av prosjektet m.m. De fleste klinikerne har også fortalt om dette i intervjuene. Som vi har vært inne på tidligere i rapporten går vi ikke nærmere inn på de konkrete temaene for prosjektene fordi det er mindre relevant i en evaluering av *modeller* for forskningsorganisering.



**Figur 6.2 Om klinikerne forskningsprosjekt er nytt eller en fortsettelse, antall (n=18)**

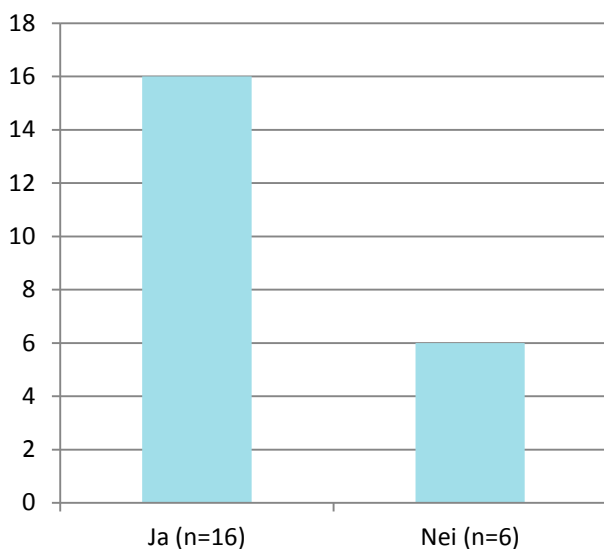
Klinikerne har oppgitt hvorvidt prosjektet deres er nytt eller en fortsettelse av et tidligere forskningsprosjekt. Etablering av nye prosjekter kan betraktes som et suksesskriterium, i og med at det betyr at ny forskningsaktivitet genereres. På den annen side kan jo også det å ha muligheten til å fortsette med et arbeid en allerede var i gang med, betraktes som positivt. Flertallet av klinikerne i studien arbeider med et nytt prosjekt. Blant de seks som jobber med et prosjekt som allerede var i gang befinner fire seg innenfor FYSIOPRIM-paraplyen, mens to er utenfor.

Gjennom modellene i FYSIOPRIM er det et uttalt ønske om å styrke kontakten mellom praksisfeltet og academia. Konkretisert kan vi tenke oss dette betyr et ønske om felles utforming av forskningsprosjekter og problemstillinger. Figur 6.3 viser klinikerne oppfatninger om hvem som har formulert forskningsspørsmålene i prosjektene deres. Det er en jevn fordeling mellom kategoriene. Sju mener at forskere ved universitet/høgskole har formulert forskningsspørsmålene, seks mener de har gjort det (utelukkende) selv, mens fem mener forskningsspørsmålet har fremkommet som et resultat av samarbeid. Ser vi på klinikerne som deltar i FYSIOPRIM vs. de som ikke gjør det, er det interessant å merke seg at av de seks klinikerne som jobber med prosjekt utenfor FYSIOPRIM oppgir fire at forskningsspørsmålet er formulert av academia, en oppgir at det er formulert i samarbeid, mens en ikke har besvart spørsmålet. Selv om tallene er små, kan det være en indikasjon på at de prosjektene som ikke er organisert under FYSIOPRIM er mer utelukkende initiert og utviklet fra universitets-/høgskolemiljøene. Dette så vi også tidligere i kapitlet, i tilknytning til hvordan klinikerne rekrutteres inn i forskningsprosjektene (jf. figur 6.1). Et motsatt tilfelle finner vi blant en av hospitantene i FYSIOPRIM som fortalte at hun søkte en hospitantstilling nettopp fordi hun i søknaden hadde anledning til å beskrive hva hun selv kunne tenke seg å gjøre – og dermed fikk stor innflytelse på eget arbeid.



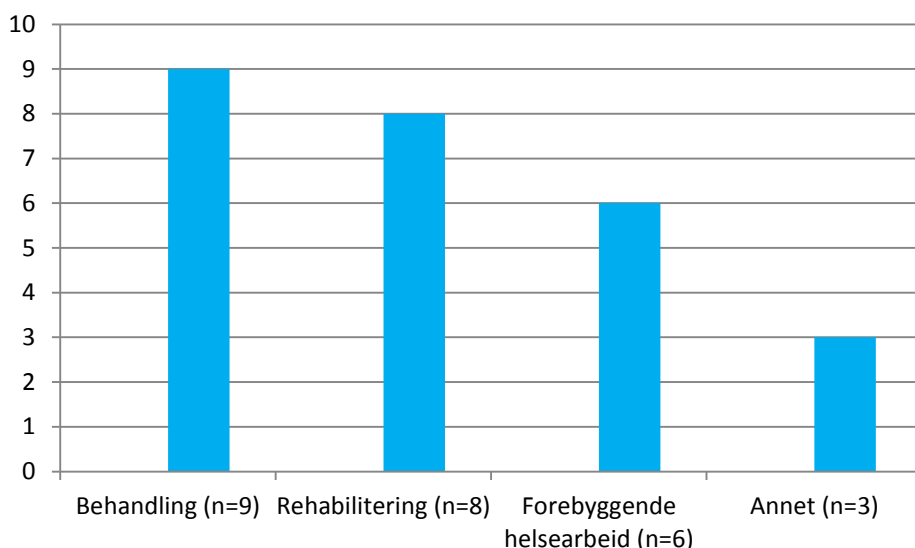
**Figur 6.3** Klinikernes oppfatning av hvem som har formulert forskningsspørsmålene, antall (n=18)

Forskerne har besvart et tilsvarende spørsmål som klinikerne, knyttet til hvem som har formulert forskningsspørsmålene i prosjektene (figur 6.4). Av de 22 som har besvart spørsmålet sier 16 at forskningsspørsmålene er formulert i samarbeid med kliniker. Av de seks respondentene som har svart at de ikke er formulert i samarbeid, er fire av disse tilknyttet prosjekter utenfor FYSIOPRIM. Vi ser altså en tilsvarende tendens som hos klinikerne. Det ser ut som det i større grad foregår et samarbeid mellom forskere og klinikere i utforming av forskningsspørsmål blant FYSIOPRIM-deltakerne enn blant de som ikke deltar.



**Figur 6.4 Forskernes oppfatning om hvorvidt forskningsspørsmål i prosjektet/ene er utformet i samarbeid med kliniker, antall (n=22)**

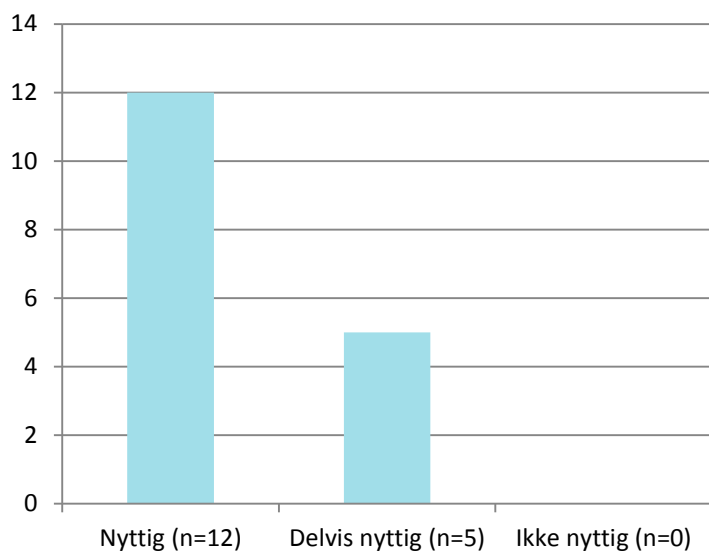
Ser vi videre på hvilken type prosjekter klinikerne jobber med, altså hvordan de plasseres på et overordnet tematisk nivå, er det en forholdsvis jevn fordeling mellom kategoriene her også (figur 6.5). På dette spørsmålet var det mulig å plassere prosjektet/ene i flere kategorier. Ni prosjekter er plassert innenfor behandling, åtte innenfor rehabilitering og seks innenfor forebyggende helsearbeid. Tre respondenter har oppgitt "annet" på tema for prosjekt. Disse temaene er beskrevet som henholdsvis ekspertiseutvikling, metodeutvikling og helse- og kommuneøkonomi.



**Figur 6.5 Overordnet tematisk plassering av klinikerens prosjekter, antall (n=18, respondentene kunne plassere seg i flere kategorier)**



I spørreskjemaet ba vi klinikerne vurdere om de synes forskningsprosjektet de jobber med er nyttig for egen praksis (figur 6.6). Av 17 som har besvart spørsmålet synes 12 av klinikerne at prosjektet er nyttig. Av de fem som oppgir at det er delvis nyttig, finner vi to klinikere som deltar i FYSIOPRIM og tre som deltar i prosjekter utenfor. Det er ikke overraskende om det gjenspeiles i den opplevde nytten av prosjektene at man har vært lite involvert i prosjektinitiering og utforming av forskningsspørsmål. Majoriteten av FYSIOPRIM-deltakerne på sin side opplever prosjektdeltakelsen som nyttig for egen klinisk praksis.

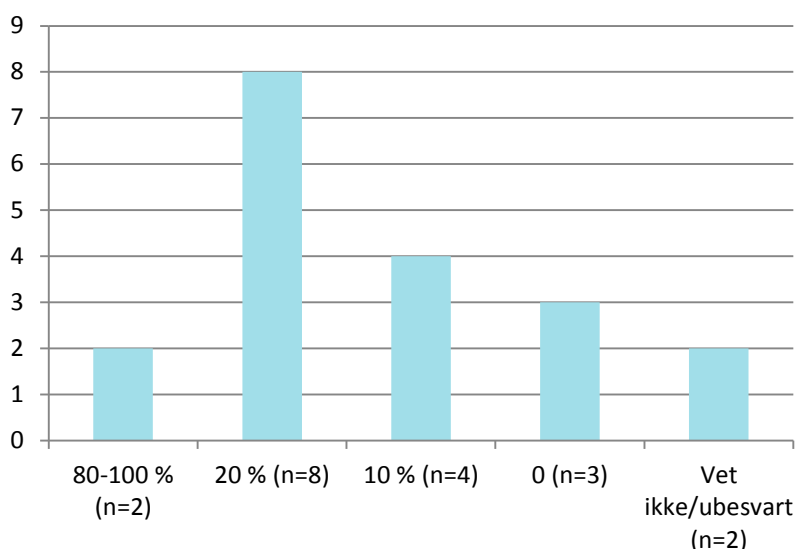


**Figur 6.6** Hvorvidt klinikerne oppfatter prosjektet som nyttig for egen praksis, antall (n=17)

## 7 PROSJEKTGJENNOMFØRING OG FORSKNINGSSAMARBEID: ORGANISERING OG FINANSERING

I dette kapitlet ser vi nærmere på deltakernes erfaringer med prosjektgjennomføringen. Vi tar for oss tid avsatt til forskning og ser på hvor ofte klinikere og forskere møtes, samt hvorvidt relasjonen er formalisert i veilederforhold. Vi ser også på finansieringskilder for prosjektene. Videre ser vi generelt på både klinikere, forskere og kommuneadministrasjonens erfaringer med forskningssamarbeidet.

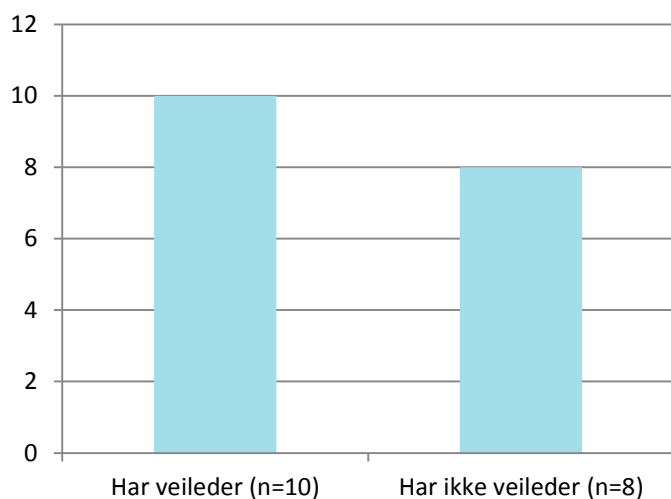
I spørreskjemaet har klinikerne oppgitt hvor stor prosentandel av stillingen sin de har avsatt til forskning (figur 7.1). Av 19 respondenter har majoriteten (åtte) avsatt 20 prosent til forskning. Dette stemmer godt overens med det faktum at seks av klinikerne er i hospitantstillinger, der de etter planen skal anvende 20 prosent av arbeidstiden på forskning. Fire klinikere bruker ti prosent av tiden på forskning, noe som samsvarer med at fire deltakere fra Stimuleringsmodellen har besvart spørreskjemaet. I denne modellen er det, som vi husker, satt av ti prosent av arbeidstiden til forskning. Utover dette finner vi to respondenter som bruker 80-100 prosent av arbeidstiden sin på forskning. Tre klinikere har ikke avsatt noe tid til forskning pr. uke, hvilket kan indikere at de gjør forskning i tillegg til full klinisk arbeidsbelastning. To respondenter har ikke svart på spørsmålet. Ser vi på disse resultatene i sammenheng med de erfaringene deltakerne i FYSIOPRIM-modellene har gjort seg i forhold til tidsbruk, er det positivt å se at over halvparten har avsatt 20 prosent eller mer tid til forskning. Erfaringene fra for eksempel Stimuleringsmodellen, viste at ti prosent i uka oppleves som litt for lite tid til forskningsarbeid. Av de tre som ikke har avsatt noe formell tid til forskning, er to tilknyttet FYSIOPRIM og en jobber i annet prosjekt.



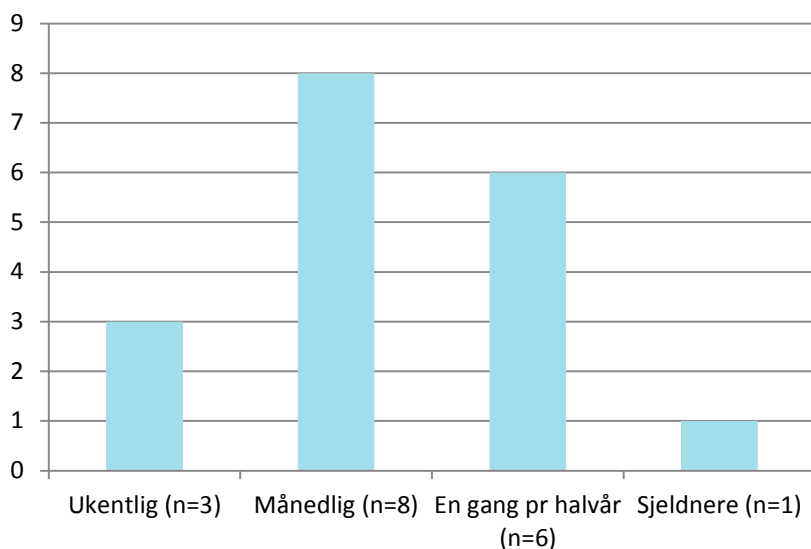
Figur 7.1 Prosentandel tid klinikerne har avsatt til forskning pr uke (n=19)

Hvorvidt klinikerne har oppnevnt en veileder ved universitet/høgskole kan si oss noe om ambisjonsnivået i prosjektet og hvor tett samarbeidsrelasjonen er (figur 7.2). Dersom målet for klinikerne i prosjektet er en skriftlig publikasjon, er det mer påkrevet med veileder enn dersom det ikke er tilfelle. Av 18 respondenter

som pr. i dag er engasjert i et forskningsprosjekt, har ti oppgitt å ha veileder, mens åtte ikke har det. Det er ingen forskjell mellom deltakere i FYSIOPRIM-prosjekter og de som deltar i andre prosjekter.



**Figur 7.2 Klinikere som har veileder ved universitet/høgskole, antall (n=18)**

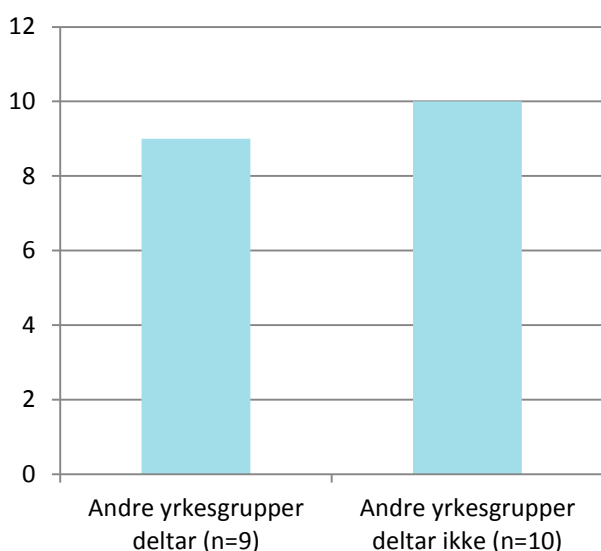


**Figur 7.3. Hvor ofte kliniker oppgir å møte prosjektleder/forsker, antall (n=18)**

Selv om en kliniker ikke har veileder kan de likevel ha møter med prosjektledelse og forskere ved universitet/høgskole. Figur 7.3 viser hvor ofte klinikerne har oppgitt å møte prosjektleder/forsker. Flesteparten (åtte) treffes månedlig, eller en gang i halvåret (seks). Tre klinikere treffer prosjektleder/forsker ukentlig, mens én respondent har oppgitt og møtes sjeldnere enn hvert halvår. Ser vi tilbake til

FYSIOPRIM-modellene har både Hospitantordningen og Stimuleringsmodellen lagt opp til treff ca. hver måned, og dette reflekteres i svarene. Av de seks respondentene som jobber i prosjekter utenfor FYSIOPRIM oppgir fire av disse at de møter prosjektleder/forskere sjeldnere enn hvert halvår. Tallene er små, men vi kan likevel se en tendens til at deltakerne i FYSIOPRIM møter prosjektleder/forsker oftere enn de som deltar i andre prosjekter.

Det hevdes fra mange hold at det er et behov for tverr-/flerfaglig forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) Pasientene kommunen har ansvar for har ofte sammensatte lidelser og trenger en koordinert innsats fra en rekke faggrupper. Det kan dermed være hensiktsmessig at forskningen som gjøres reflekterer disse utfordringene. Hvordan er så dette ivaretatt i den forskningen som er rapportert i vår studie? Figur 7.4 viser fordelingen mellom tverrfaglige og monofaglige forskningsprosjekter blant respondentene som har svart på spørreskjemaet.



**Figur 7.4 Hvorvidt andre yrkesgrupper utover fysioterapeuter deltar i forskningsprosjektene (n=19)**

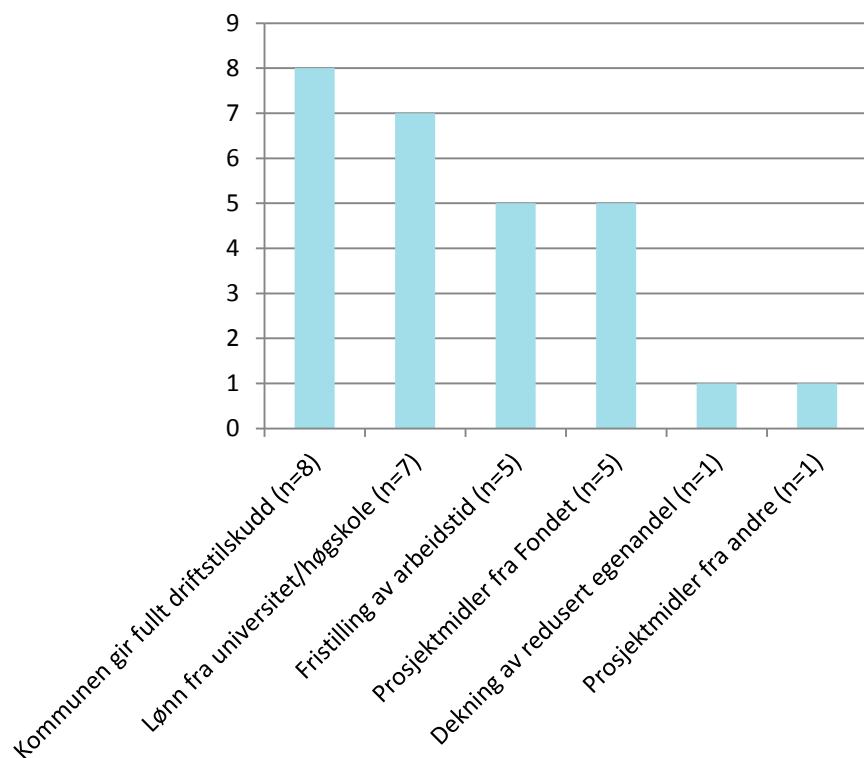
Figuren viser at av 19 prosjekter har ni av respondentene prosjekter der andre yrkesgrupper (utover fysioterapeuter) deltar. Av disse ni prosjektene er fire organisert under FYSIOPRIM, mens fem ikke er det. Av de totalt 19 respondentene er seks ikke med i FYSIOPRIM, det vil si at fem av seks prosjekter blant ikke-FYSIOPRIM-respondentene er flerfaglige. FYSIOPRIM-prosjektene har i så måte en mye klarere monofaglig profil. Dette kan ha bakgrunn i hvordan prosjektene har blitt til og hvordan de finansieres, som vi vet varierer noe mellom FYSIOPRIM-prosjekter og de utenfor. Ser vi på hvilke yrkesgrupper klinikerne oppgir å samarbeide med i prosjektene sine, dekkes de fleste yrkesgrupper innenfor helse- og omsorgssektoren opp. I flere prosjekter er det et samarbeid med sykepleiere, leger, psykologer og ergoterapeuter. Også hjelpepleiere, fysiolog og statistiker er samarbeidspartnere. I tillegg er fagkonsulenter nevnt som en samarbeidsaktør.

I intervjuene har flere av de administrativt ansatte i kommunene snakket om viktigheten av tverrfaglig arbeid. I forlengelsen av dette ligger det å utvikle arbeidsformer, samt utforme fagutviklings- og forskningstema som tar for seg tverrfaglige problemer:

*"Det andre er at i dagens helsetjeneste så er der ingen oppgaver som løses alene, med en faggruppe. Og det å få det tverrfaglige fokuset det får du når du sitter i levekårssjefen sin stab på en helt annen måte enn hvis du sitter i en fysioterapiseksjon." (Kommune 2)*

Informanten refererer til erfaringer med plassering av hospitantprosjektet, og argumenter for at hospitantens kompetanse blir bedre utnyttet når hun/han sitter i et tverrfaglig team der det foregår utredning og ikke bare utføring av en tjeneste.

Hvordan finansieres forskningsarbeidet til klinikere i primærhelsetjenesten? Figur 7.5 viser hva respondentene har oppgitt som finansieringskilde. Her har det vært mulig å oppgi flere svaralternativer, siden et forskningsarbeid kan få finansiering fra flere kilder samtidig. Det er en ganske jevn fordeling mellom de fire største kategoriene av finansieringskilder. Videre, hvis vi først ser på de seks klinikerne som jobber i prosjekter utenfor FYSIOPRIM, kommer deres finansiering fra kommunen som gir fullt driftstilskudd, eller i form av prosjektmidler fra Fondet eller andre. Her ser vi en stor forskjell fra deltakerne i FYSIOPRIM der sju av 13 mottar lønn fra universitet/høgskole (i praksis UiO eller NTNU). De øvrige FYSIOPRIM-deltakerne fordeler seg på de andre kategoriene, bortsett fra "prosjektmidler fra andre" som kun en av klinikerne som jobber i et annet prosjekt har oppgitt som finansieringskilde.



**Figur 7.5 Finansieringskilde for klinikerne prosjekter, rangert etter frekvens (n = 18)**

I spørreskjemaet har klinikerne også tatt stilling til 14 påstander knyttet til deres erfaringer med prosjektgjennomføringen. I tabell 7.1 er påstandene sortert i tre hovedkategorier: organisering, støtte og fag. På den generelle påstanden om rammebetingelsen i prosjektet er gode, har henholdsvis sju og åtte respondenter sagt seg helt eller litt enige i at rammebetingelsene er gode. Fire har sagt seg litt uenige. Av disse fire er to deltakere i FYSIOPRIM, mens to deltar i andre prosjekter. En tilsvarende, men motsatt formulert påstand, er utsagnet om økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet. Seks respondenter er litt enige i at dette er tilfelle, mens 13 respondenter er litt eller helt uenige i at slike hindre har vanskeliggjort forskningen. På påstanden om at forskningsprosjektet har krevd uforholdsmessig mye organisering, er ni litt enige i dette, mens ti respondenter er litt eller helt uenige. Oppsummert sier disse tre påstandene oss at klinikerne generelt synes rammebetingelsene for å drive forskning i primærhelsetjenesten er forholdsvis gode, samtidig som det er krevende og krever en del organisering.

Ser vi videre på arbeidsbelastning og økonomi blant klinikerne som driver med forskning, ser vi at 14 av 19 respondenter oppgir å jobbe mer enn 100 prosent stilling. 13 av 19 mener også at de i en viss grad taper økonomisk på å drive med forskning. Videre ser vi at et flertall mener det er vanskelig å balansere tiden brukt på forskning og tiden brukt i klinikk. Til sammen gir dette et bilde av klinikere som jobber mye, og som taper økonomisk på å drive med forskning. Det er en utfordring å ta med seg videre når en skal designe forskningsprosjekter der klinikere i primærhelsetjenesten skal delta.

**Tabell 7.1 Klinikernes erfaringer med prosjektgjennomføringen (n=18-19)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-----------|------------|------------|
| <b>Organisering</b>  |           |           |            |            |
| Jeg synes rammebetingelsene for å drive forskning er gode i prosjektet                     | 7         | 8         | 4          | 0          |
| Økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet  | 0         | 6         | 7          | 6          |
| Forskningsprosjektet har krevd uforholdsmessig mye organisering                            | 0         | 9         | 7          | 3          |
| Jeg jobber mer enn 100 prosent stilling nå som jeg driver med forskning                    | 9         | 5         | 3          | 2          |
| Jeg taper økonomisk på å drive forskning   | 6         | 7         | 1          | 5          |
| Jeg synes det er vanskelig å balansere tiden mellom forskning og klinisk praksis           | 1         | 10        | 6          | 2          |
| <b>Støtte</b>  |           |           |            |            |
| Kolleger er støttende til at jeg gjør forskning  | 15        | 4         | 0          | 0          |
| Leder er støttende til at jeg gjør forskning   | 12        | 6         | 1          | 0          |
| Jeg opplever at familie og venner er støttende til at jeg gjør forskning                   | 8         | 7         | 3          | 0          |
| <b>Fag</b>   |           |           |            |            |
| Forskningsprosjektet har vært skreddersydd til min arbeidssituasjon og kompetanse          | 4         | 8         | 5          | 2          |
| Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig faglig støtte  | 9         | 8         | 2          | 0          |
| Jeg opplever å få den faglige veiledningen jeg har behov for                               | 9         | 6         | 3          | 0          |
| Prosjektets forskningsspørsmål er relevante for mitt daglige arbeid i primærhelsetjenesten | 14        | 3         | 1          | 1          |
| Pasientene mine vil nyte godt av at jeg driver med dette forskningsprosjektet              | 13        | 5         | 0          | 1          |

Som en del av erfaringene med prosjektgjennomføringen har klinikerne tatt stilling til noen påstander omkring støtte fra kolleger og familie. Med tanke på at mange klinikere driver med forskning i tillegg til sin vanlige stilling, eller som en aktivitet litt på siden av det ordinære kliniske arbeidet, vil det være ekstra viktig å oppleve støtte fra de rundt seg. Tabellen viser at alle 19 respondenter opplever at kolleger er støttende (15 helt enige/fire litt enige). I tillegg opplever 18 at leder er støttende til at de driver med forskning (12 helt enige/seks litt enige), mens en respondent er "litt uenig" i denne påstanden. En av intervjupersonene som også tar opp temaet støtte og oppfølging i forskningsarbeidet etterlyser imidlertid mye mer engasjement og interesse hos universitetsforskerne. Informanten peker på at etter å ha nedlagt mye arbeid i utformingen av et prosjekt, må man kunne forvente at en tilsvarende blir fulgt opp fra forskermiljøet. I forhold til om familie og venner er støttende til at respondenterne gjør forskning, er det et stort flertall som opplever deres støtte, selv om svarene her befinner seg lengre til høyre på skalaen. Det vil si at flere er "litt enige" i en slik støtte enn "helt enige", og tre respondenter er "litt uenige" i påstanden. Generelt sett viser resultatene at klinikerne opplever støtte både på arbeidsplassen og fra familie og venner i forhold til å drive med forskning.

De fem siste påstandene i tabell 7.1 er knyttet til klinikernes opplevelser av det faglige i prosjektgjennomføringen. Noen av disse temaene har vi vært inne på tidligere i rapporten (i del 6.2) for

eksempel veiledning og utforming av forskningsspørsmål. Ser vi først på hvorvidt respondentene opplever at prosjektet har vært skreddersydd deres egen arbeidssituasjon og kompetanse, ser vi at 12 er helt eller litt enige i at dette stemmer. Sju respondenter er litt eller helt uenige. Blant de fem som er "litt uenige" finner vi fire klinikere som er med i prosjekter utenfor FYSIOPRIM, og en som er med. De to som er "helt uenige" i at forskningsprosjektet er skreddersydd for de deltar i FYSIOPRIM, hvilket er tankevekkende siden en har lagt stor vekt på at klinikerne skal involveres i utforming av prosjekt og forskningsspørsmål i FYSIOPRIM. Likevel varierer altså klinikerens opplevelse av dette. Involveringen vil også variere mellom de forskjellige modellene i FYSIOPRIM.

På spørsmålet om man opplever å få tilstrekkelig faglig støtte og veiledning er det et stort flertall som sier seg enige i dette (ni er helt enige/seks til åtte er delvis enige). Henholdsvis to og tre respondenter er "litt uenige" i at de får tilstrekkelig faglig støtte og den veiledningen de har behov for. Til sammen er dette fire personer, hvorav to har forskningsprosjekt organisert under FYSIOPRIM og to har prosjekt organisert på annen måte.

Avslutningsvis, knyttet til erfaringer med prosjektgjennomføring, har respondentene tatt stilling til to påstander omkring hvorvidt det at de driver med forskning kan være relevant for deres kliniske praksis og deres pasienter. 17 av 19 respondenter er helt eller litt enige i at forskningsspørsmålene er relevante for deres daglige arbeid, og 18 av 19 mener at pasientene vil nyte godt av at forskningsprosjektet. I mange forskningsprosjekter er det et mål at forskningen skal være praksisnær og nyttig for pasientene, og det målet ser ut til å være oppfylt her. I alle fall opplever klinikerne at forskningen har den karakteren, noe som vi kan forestille oss virker motiverende på arbeidet.

Forskerne fikk et tilsvarende, om enn noe mindre omfangsrikt, spørsmålsbatteri i sitt spørreskjema. Spørsmålene er sortert i kategorier på samme måte som hos klinikerne. 21 av de 23 respondentene har tatt stilling til påstandene som er presentert i tabell 7.2. Ser vi først på hvordan forskerne vurderer rammebetingelsene for forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunene, er 14 av 21 respondenter litt eller helt uenige i at disse er gode. Dette står i stor kontrast til klinikernes oppfatning av rammebetingelsene for forskningssamarbeid, som var langt mer positive, og er således interessant. På påstanden om at økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet er ti respondenter helt (1) eller litt (9) enige i dette. Seks er litt eller helt uenige, og synes dermed at slike hindre ikke har stått i veien for prosjektgjennomføringen. Om forskningssamarbeidet med fysioterapeuter i kommunene har krevd uforholdsmessig mye organisering, har respondentene delte oppfatninger. Åtte forskere er helt eller litt enige i dette, mens 11 er litt eller helt uenige. At flere mener rammebetingelsene for forskningssamarbeid er for dårlige og at økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningen, sammenliknet med hvor mange som mener forskningssamarbeidet har krevd uforholdsmessig mye organisering kan bety at i det å ha et forskningssamarbeid ligger det en forventning om at det vil være en stor organiseringsjobb å holde et slikt samarbeid godt i gjenge.

En del forskere har gjennom forskningsprosjektet/ene vært nødt til å samarbeide med flere kommuner og med flere aktører i kommunene. Vi ser at dette er de to påstandene som er uaktuelle for flest



respondenter, noe som reflekterer at det slett ikke er alle forskerne, men kanskje helst prosjektledere, som ivaretar kontakten med kommunene. Et flertall av respondentene synes det er greit å samarbeide med ledernivået i kommunene, dvs. vi kan slutte oss til at prosjektetableringsfasen, og oppstartsfasen i prosjekt hvor det er nødvendig med hyppig kontakt mellom partene, har fungert ganske godt. På påstanden om at det er vanskelig å forholde seg til flere kommuner er det en ganske jevn fordeling mellom de som er helt/litt enige (6) og de som er litt/helt uenige i at dette er vanskelig. For flertallet - ti respondenter – er dette en uaktuell problemstilling. Det indikerer at det ikke er så utbredt at forskere har samarbeid med mange forskjellige kommuner.

Ett av utsagnene som flesteparten av forskerne er helt enige i er påstanden om at de bruker mer tid på forskningsprosjektet enn de får økonomisk kompensasjon for. 16 av 21 respondenter er helt enige i dette. Vi husker også fra gjennomgangen av modellene i FYSIOPRIM, og i fremdriftsrapporten fra FYSIOPRIM andre halvår 2013 (FYSIOPRIM, 2014), at særlig arbeidet med hospitantordningen ble trukket fram som svært tidkrevende. Ser vi også tilbake til klinikernes svar i tabell 7.1, oppga de også å jobbe mer enn de fikk økonomisk kompensasjon for. Dette er altså en felles erfaring blant alle respondentene.

Det siste utsagnet angående erfaringer med organisering av prosjektgjennomføringen handler om hvorvidt de har funnet en form på forskningssamarbeidet som de vil videreføre til nye prosjekter. Flere av svarene på de tidligere utsagnene i organiseringskategorien har tydet på at forskerne ikke er utelukkende fornøyd med hvordan samarbeidet har vært organisert. Likevel er 15 av 21 respondenter helt eller litt enig i at de har funnet en form de vil videreføre. Det betyr at svært mye bra organisatorisk arbeid gjøres i de prosjektene som har samarbeid med klinikere i primærhelsetjenesten pr. i dag, og så vil det selvfølgelig alltid være rom for forbedringer.

**Tabell 7.2 Forskernes erfaringer med prosjektgjennomføringen (n=21)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig | Uaktuelt |
|--|-----------|-----------|------------|------------|----------|
| <b>Organisering</b>  |           |           |            |            |          |
| Jeg synes rammebetingelsene for forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunene er gode      | 0         | 5         | 4          | 10         | 2        |
| Økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet        | 1         | 9         | 4          | 2          | 5        |
| Forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunen(e) har krevd uforholdsmessig mye organisering | 2         | 6         | 5          | 6          | 2        |
| Jeg synes det er greit å samarbeide med ledernivået i helse og velferdstjenesten i kommunene     | 6         | 4         | 2          | 1          | 8        |
| Det er vanskelig å forholde seg til flere kommuner i organisering av forskningsprosjekter        | 1         | 5         | 2          | 3          | 10       |
| Jeg bruker mer tid på forskningsprosjektet enn jeg får økonomisk kompensasjon for                | 14        | 21        | 0          | 2          | 3        |
| Vi har funnet en form på forskningssamarbeidet som jeg vil videreføre til nye prosjekter         | 3         | 13        | 2          | 0          | 3        |
| <b>Kollegial støtte</b>  |           |           |            |            |          |
| Jeg har kolleger som er interessert i forskning på fysioterapi i                                 | 15        | 5         | 1          | 0          | 0        |

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig | Uaktuelt |
|--|-----------|-----------|------------|------------|----------|
| primærhelsetjenesten   |           |           |            |            |          |
| Min nærmeste leder er støttende til deltakelse i denne forskningen   | 14        | 5         | 0          | 0          | 2        |
| <b>Fag</b>   |           |           |            |            |          |
| Fysioterapeutene i primærhelsetjenesten har tilfredsstillende forskerkompetanse for å delta i forskningsprosjekt | 0         | 3         | 8          | 6          | 4        |
| Jeg opplever at jeg har for lite tid til veiledning og oppfølging av fysioterapeutene                            | 1         | 11        | 1          | 1          | 7        |

Går vi videre til påstandene omkring kollegial støtte, ser vi at 20 av 21 respondenter har kolleger som er interessert i forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten, mens 19 av 21 oppgir at ens nærmeste leder er støttende til deltakelse i denne typen forskning. Det ser dermed ut som forskerne sitter i forskningsmiljøer som er interessert og gir støtte til at forskerne holder på med dette forskningsfeltet. Flere av respondentene i denne studien sitter da også ved samme forskningsinstitusjon, så det er ikke særlig oppsiktsvekkende.

Avslutningsvis, i forbindelse med erfaringer med prosjektgjennomføringen, har vi bedt respondentene å ta stilling til to påstander knyttet mer til det faglige. Ser vi først på påstanden om at fysioterapeutene i primærhelsetjenesten har tilfredsstillende forskerkompetanse for å delta i forskningsprosjekt, sett fra forskernes synspunkt, er de fleste uenige i dette. Henholdsvis åtte og seks respondenter er litt eller helt uenige i at klinikerne har tilfredsstillende forskerkompetanse. Ingen respondenter er helt enige i utsagnet, mens tre er litt enige. Funnet er interessant når vi sammenlikner med hva klinikerne selv oppga i figur 4.8. Her mente alle foruten én respondent at de hadde den nødvendige kompetansen for å delta i forskningssamarbeid. Det er altså et tydelig misforhold mellom hva forskerne opplever og hva klinikerne selv synes om sin egen forskningskompetanse. Et slikt resultat tyder på at det er hensiktsmessig å lage modeller for forskningssamarbeid der klinikerne får en del oppæring, for eksempel i forskningsmetode som en del av opplegget.

## 7.1 Kommunenes erfaringer med prosjektgjennomføring

Kommuneadministrasjonens synspunkter har vi, som nevnt, hovedsakelig fått gjennom intervjuer. I denne delen sammenfatter vi noen av deres erfaringer med prosjektgjennomføringen, med særlig vekt på samarbeidet med universitetene, og med hospitantprosjektene. Flere av kommunene forteller om det første møtet med FYSIOPRIM. Som vi har vært inne på tidligere i beskrivelse av modellene, hadde FYSIOPRIM-ledelsen kontakt med kommunene der hospitantene er ansatt.

*"Vi var jo positive, sånn fordi det i utgangspunktet hørtes ut som et veldig sånn uforpliktende... ehh samarbeid, og så har jeg etterhvert fått inntrykk av at det forventes en del av kommunen." (Kommune 2)*

*"Jeg må bare si det at jeg har brukt lang tid på å forstå FYSIOPRIM, hvordan FYSIOPRIM var tenkt brukt opp i mot kommunene (...) Jeg trodde først det var snakk om at vi skulle forske i primærhelsetjenesten, og så forsto jeg det etterhvert mer som at vi skulle bringe forskningen som er gjort mer ut i primærhelsetjenesten." (Kommune 5)*

Disse utsagnene fra to forskjellige kommuner tyder på at oppstartsprosessen av prosjektene for noen har vært preget av uklarhet både i forhold til hva som forventes av kommunen og hva det faglige innholdet skal være. Informanten i det første sitatet sier hun opplever at premissene har endret seg noe underveis i forhold til hva kommunens rolle skal være, og hun synes det har vært litt for lite klarlagt hva kommunen faktisk skal stille opp med. Flere andre kommuneansatte har problematisert oppstarten mindre (i intervjuene i alle fall), og en forteller at [fysioterapiinstituttet] *"er jo veldig interessert i samarbeid, så det er de som hele tiden har kontaktet oss i kommunen (...) Det at universitetet var involvert, det nok ikke jeg klar over før jeg møtte de. Nei, de har vært fjernere"*. Hun forteller videre: *"Vi ble orientert underveis og det var en ansatt her som fikk en 20 prosent hospitantstilling, og da var det jo snakk om "hvordan kan vi i kommunen bruke det her?""* (Kommune 6). En fjerde informant fra kommuneadministrasjonen tenker tilbake på en innledende samtale med klinikerens da hun hadde fått hospitantstillingen:

*"Vi diskuterte litt frem og tilbake. Jeg var veldig åpen, fordi dette [prosjektet] er veldig lite, så hvis det kan være til nytte for oss så er ikke jeg veldig opptatt av å bestille noe." (Kommune1)*

Kommunelederen forteller videre at foruten at prosjektet var lite, noe som gjorde det uviktig å komme med en konkret bestilling, så hun på det som en gevinst i seg selv at klinikerens fikk utvidet det faglige nettverket sitt: *"...fordi det handler jo også om hvem hun samarbeider med der"*. Dette understreker at gevinstene ved å delta i forskningssamarbeidet ikke utelukkende trenger å være faglige.

Ser vi på ett eksempel til som gjelder avklaring av innholdet i hospitantprosjektene, forteller en informant:

*"Når de [fysioterapiinstituttet] sa at (...) «Er det noe vi kan gjøre for dere?». Så var det jo bare å slenge ut noen av de tingene vi er i gang med fra kommunes side, så vi fikk jo til det ganske umiddelbart. Fordi vi kjenner hverandre og vi treffes jo både formelt og mer uformelt. Vi har jo samarbeidsutvalg og vi har treffpunkter uansett. Og de ringer jo meg og ja. Det er mer at vi har nær kontakt hele året på en måte. Og da er det veldig enkelt." (Kommune 6)*

Og videre:

*"Sånn som jeg skjønnte det på de fra universitetet når jeg møtte de, det var vel litt sånn i oppstartfasen, og han [hospitanten] hadde jo skissert en del hva han kunne tenke seg. Og jeg synes jo at det de kunne bistå oss med - en del tilgang til å kjøre våre små datainnsamlinger da - kjøre det inn i større statistikkbanker og så videre, det var veldig spennende, så det var det vi umiddelbart hoppet på." (K6: 4)*

Sitatene illustrerer et sentralt poeng knyttet til å skape et vellykket prosjekt, sett fra kommunens side, som også er tatt opp i forskningslitteraturen. Tett kontakt mellom partene, det være seg kommuneadministrasjonen og fysioterapiinstituttet eller kommuneadministrasjonen og universitetet, allerede fra planleggingsstadiet bidrar til å utvikle et prosjekt som er relevant og nyttig for kommunen. Det er også verdt å merke seg at det blant våre informanter ser ut til å være et ganske tett forhold mellom klinikerne og deres leder i kommuneadministrasjonen, og jo mindre kommunen er, desto mer oversiktlig, naturlig nok. Når terskelen for å ta kontakt er lav, er det trolig positivt for prosjektutformingen.

Noen av informantene fra kommuneadministrasjonen har etter hvert også lengre erfaring med å jobbe med universitet-/høgskolesektoren og kan være proaktive for å skape forskningsaktivitet i egen kommune og få i gang samarbeidsprosjekter. Dette eksemplifiseres gjennom sitatet under:

*"På grunn av den berøringsflaten jeg har fått – eller styrket den berøringsflaten opp mot Universitetet gjennom FYSIOPRIM; det var en i privat praksis som tok doktorgraden sin for 1,5 år siden – nærmere 2 kanskje. Hun hadde permisjon fra praksisen sin. Så ville hun tilbake til klinikken. "Kjempefint", tenkte jeg. Så går det et halvt år og hun har fått post doc (...) Og da tenkte jeg at "dette går ikke, vi må se på hvordan vi kan tenke annerledes". Så da hadde vi et møte med Universitetet for å se på om vi kunne få deler av hennes stilling i post doc-en til å være hos oss. Hun gikk ut av praksisen for å jobbe en dag i uken – [i et prosjekt] "hva er kvaliteten på pasientoppfølgingen?" (...) hennes prosjekt blir da veldig praksisnært." (Kommune 3)*

Her ser vi for det første at kommunens medvirkning i FYSIOPRIM har skapt en kontakt med universitetet som viser seg å være viktig i ettertid. Nettverk skapes. For det andre trekker informanten fram et viktig poeng; kommunene har ingen forskertradisjoner, og de klinikerne som er interessert i å drive med forskning forsvinner til FoU-institusjoner eller spesialisthelsetjenesten. Informanten påpeker at det er viktig å ha en mulighet til å holde på folk i kommunen når de har mulighet til å ha for eksempel et post doc-prosjekt.

Gjennom intervjuene har vi inntrykk av at de fleste av de administrativt ansatte opplever samarbeidet med universitet (FYSIOPRIM) som forholdsvis problemfritt, om enn med visse unntak som presentert først i denne delen. Vi tar med ett sitat. Det peker mot at relasjonen mellom kommunen og universitet ikke er veldig tett, og det er nok heller klinikerne som ivaretar den faglige kontakten med administrasjonen i kommunen.

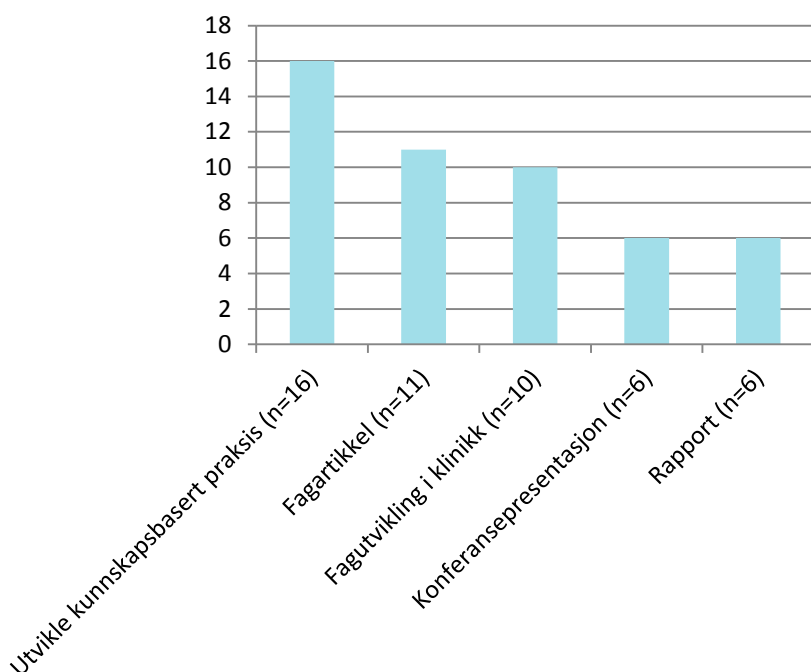
*"Dette går av seg selv. Jeg har vel vært med på en samling hvor vi fikk presentert de ulike prosjektene som folk jobber med." (Kommune 1)*

I denne gjennomgangen av prosjekterfaringer er det viktig å understreke at alle de administrativt ansatte vi har intervjuet er svært positive til at klinikerne i kommunen skal få holde på med forskning og fagutvikling. Alle forteller at de ser en interesse for forskning blant mange av klinikerne (om enn ikke alle), men det er et tilbakevendende problem at kommunene ikke har økonomi til å la klinikerne holde på med forskning. Slik

sett kan et partnerskap med universitet/høgskole fungere som en brekkstang for å få kommunepolitikerne med på å bevilge noe til forskning og tjenesteutvikling. Dette kommer vi tilbake til.

## 8 PROSJEKTLUTT: MÅL OG EFFEKTER

I dette kapitlet tar vi for oss den siste delen av prosjektprosessen. Vi starter vi med å se på klinikernes faglige mål med å delta i forskning, det være seg i FYSIOPRIM eller i annet forskningsprosjekt. Det er nærliggende å tenke seg at klinikernes mål med å delta i forskning er knyttet til fag, mer enn at motivasjonen er å utvikle vedvarende forskningsinfrastrukturer. For forskerne som jobber innen FYSIOPRIM, og er engasjert spesifikt i modellforsøkene, vil nettopp det å etablere noen varige strukturer for forskningssamarbeidet være et mål. En sekundær effekt av alt forskningssamarbeidet som gjøres vil uansett være et potensial, eller en realisering, for noen vedvarende samarbeidsrelasjoner og strukturer. Hoveddelen av kapitlet tar for seg disse organisatoriske effektene av forsknings(sam)arbeidet.



**Figur 8.1 Klinikernes faglige mål med prosjektet, absolute tall (n=19)**

Ser vi på hva klinikerne oppgir som mål med å delta i forskningsprosjekt(er), ser vi at 16 av 19 fysioterapeuter har utvikling av kunnskapsbasert praksis som mål. Deretter følger det å skrive en fagartikkel og fagutvikling i klinikk. Det var mulig å krysse av for flere mål i spørreskjemaet. Klinikernes faglige mål stemmer godt overens med det som oppgis som (faglig) motivasjon for å delta i forskning. De mest motiverende faktorene for å delta i forskning var, som vi husker, at klinikerne var svært interessert i prosjektets problemstillinger, og at de vurderte det som nødvendig med mer forskning på problemstillinger og pasientgrupper i primærhelsetjenesten, noe det er for lite kunnskap om. I tillegg ønsket mange å få større faglig kompetanse og kvalitetssikre klinisk praksis. Fordi flertallet av prosjektene ikke er ferdig ennå, er det for tidlig å si om alle målene blir nådd, selv om noen rapporterer at de har presentert prosjektet og foreløpige funn på fagdager og konferanser. Svarene knyttet både til motivasjon og mål gir oss likevel en pekepinn på hva klinikerne opplever som faglig relevant når de skal delta i forskning.

Også i intervjuene har vi spurt informantene om hva slags mål de har med forskningsarbeidet og forskningsorganiseringen. Av rent faglige mål trekker flere klinikerne fram for eksempel "bedre praksis i klinikk", og helt konkret færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

På spørsmål om gevinster av FYSIOPRIM-måten (hospitantmodellen) å organisere forskningen på – sier en av forskerne:

*"Jeg tror kanskje at den viktigste delen er at folk opplever at de har fått gjort noe de ikke ellers hadde fått gjort, og satt ting på kartet som de ikke ellers hadde fått gjort. Sett fra kommunen og klinikerne side, så tror jeg kanskje det er noe av det viktigste, og kanskje noen av dem har fått opparbeidet noe innsikt i områder og noen har fått mer innsikt i forskningen (...) Jeg tror kanskje at det er enda vanskeligere å sette ord på det for hvordan det er nyttig for forskningsmiljøet, men kanskje den viktigste biten er at vi får tilgang til et felt, vi får tilgang til et felt på en god måte. Vi sikrer det. Og få kanaler for formidling, ikke sant. Det gir oss en helt ny arena og måte å løfte oss frem på." (Forsker 2)*

Gevinster og effekter er her fortolket mye bredere enn utelukkende faglige effekter, og peker mot viktige erfaringer fra organisasjonsmodellene i FYSIOPRIM (eller tilsvarende organisering med tett kopling mellom klinikk og akademia). At folk (klinikere) får muligheten til å gjøre noe annet enn sine daglige, kliniske oppgaver trekkes også fram fra en av klinikerne, som sier

*"og så er det sånn at jeg tror en har veldig godt av å komme seg litt ut av de fire veggene her. Få litt andre impulser." (Kliniker 4)*

Innsikt i nye forskningsområder og kunnskap om hvordan forskning gjøres er også sentrale effekter. For å få til dette, er det nødvendig at universitet/høgskole stiller med ressurser og et undervisnings-/opplæringsopplegg for klinikerne. For forskningsmiljøet er en sentral effekt at man får tilgang til felt på en måte man ikke får ellers.

**Tabell 8.1 Klinikernes oppfatninger av effekter av forskningsarbeidet (n=18-19)**

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-----------|------------|------------|
| Organiseringen av forskningssamarbeidet har vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskere | 12        | 5         | 2          | 0          |
| Jeg har fått skjerpet min evne til å tenke kritisk omkring faglig praksis                                    | 11        | 6         | 2          | 0          |
| Jeg opplever å være en faglig ressurs for kolleger i klinikken   | 6         | 11        | 0          | 1          |
| Forskningen jeg gjør er nyttig for min kliniske praksis  | 14        | 2         | 2          | 0          |
| Jeg opplever å være en brobygger mellom forskningsfeltet og praksisfeltet                                    | 6         | 9         | 1          | 2          |
| Jeg opplever å være en inspirasjon for kolleger til å arbeide kunnskapsbasert i klinikken                    | 5         | 10        | 3          | 1          |

|  | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-----------|------------|------------|
| Jeg opplever at ansatte ved universitet/høyskole lærer om hvordan det er å praktisere fysioterapi i praksis av meg     | 4         | 11        | 1          | 3          |
| Jeg planlegger å fortsette å gjøre mer forskning etter at dette forskningsprosjektet er avsluttet                      | 10        | 3         | 1          | 4          |
| Jeg har utviklet større forskningskompetanse   | 8         | 5         | 5          | 1          |
| Jeg planlegger å publisere faglig fra prosjektet   | 5         | 6         | 4          | 4          |
| Etter å ha deltatt i dette forskningsprosjektet har jeg lyst til å gå videre med en master/PhD/videre forskerutdanning | 4         | 5         | 3          | 7          |

Tabell 8.1 viser resultater fra spørreskjemaet der klinikerne har tatt stilling til påstander omkring effekter av forskningsarbeidet de er (har vært) med på. Påstandene er rangert etter frekvens. Den påstanden som flest av respondentene har sagt seg helt enig og litt enig i er at "organiseringen av forskningssamarbeidet har vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskerne. Ser vi på fordelingen mellom de 13 respondentene som er med i FYSIOPRIM og de seks som ikke er med i forhold til denne påstanden, fordeler ikke-FYSIOPRIM deltakerne seg på "Litt uenig" (2), "Litt enig" (2) og "Helt enig" (2). Tallene er svært små, men respondentene som deltar i FYSIOPRIM er altså mer enig i at organiseringen av forskningssamarbeidet har vært god. En annen effekt som scorer høyt blant respondentene er utsagnet om at de har fått skjerpet sin evne til å tenke kritisk omkring faglig praksis. Påstanden som er rangert som tredje viktigst er at klinikerne opplever å være en faglig ressurs for kolleger i klinikken. Her er det færre som er helt enig (6) enn som er litt enig (11). Videre ser vi at hele 16 av respondentene er helt enig i eller litt enig i at forskningen de gjør er nyttig for deres kliniske praksis.

Å få klinikere som brobyggere mellom forskningsfeltet og praksisfeltet, kan sies å være en ønsket effekt av modellforsøkene i FYSIOPRIM. 17 respondenter er da også helt enig eller litt enig i at de opplever seg selv som brobyggere. Ser vi her på fordelingen mellom deltakere i FYSIOPRIM og de som ikke deltar, ser vi den samme tendensen som i forhold til påstanden om organiseringen av forskningsarbeidet. Av de seks klinikerne som ikke deltar i FYSIOPRIM har en ikke tatt stilling til påstanden, to er helt uenige, to er litt enige, mens en er helt enig. Det ser dermed ut som det å delta i forskning under rammen av FYSIOPRIM gjør det mer sannsynlig at en får en brobygger-rolle mellom klinikk og akademia.

De effektene som respondentene er minst enige i er påstanden om at en ønsker å gå videre med en master/PhD/forskerutdanning og at en ønsker å publisere faglig fra prosjektet. Imidlertid får alle påstandene generelt sett stor støtte. At et mindretall av respondentene ønsker å gå videre med masterutdanning eller en PhD samsvarer godt med klinikerne's motivasjon for å delta i forskningsarbeidet. Få ønsket å bruke forskningsprosjektet som en del av et masterprosjekt.



**Tabell 8.2 Forskernes oppfatninger av effekter av forskningsarbeidet (n=19-21)**

|   | Helt enig | Litt enig | Litt uenig | Helt uenig |
|---|-----------|-----------|------------|------------|
| Jeg har lyst til å gjøre mer forskning på problemstillinger som er spesifikt relatert til primærhelsetjenesten  | 18        | 1         | 1          | 1          |
| Jeg har lyst til å fortsette et forskningssamarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten                  | 16        | 3         | 1          | 1          |
| Jeg kan bidra med kunnskap om fysioterapi praksis i primærhelsetjenesten til kolleger i akademia                | 14        | 5         | 2          | 0          |
| Jeg har lært mye om dagens fysioterapi praksis i primærhelsetjenesten gjennom deltakelse i forskningsprosjektet | 11        | 6         | 2          | 0          |
| Prosjektet har skapt en arena der fysioterapeutene fra kommunen(e) kan utveksle erfaringer                      | 7         | 8         | 3          | 1          |

Tabell 8.2 viser hvordan forskerne har tatt stilling til påstander i spørreskjemaet knyttet til effekter for dem. Også disse svarene er rangert etter frekvens. 18 av 21 respondenter ønsker å fortsette å gjøre mer forskning på problemstillinger spesifikt relatert til fysioterapi i primærhelsetjenesten, hvilket må sees på som positivt med tanke på fremtidig forskningsinnsats. I forhold til videre forskningssamarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, og kunnskapsutveksling mellom akademia og klinikk er de lang fleste respondentene helt enige eller litt enige i at videre forskningssamarbeid er ønskelig og at det eksisterer en gjensidig kunnskapsutveksling. En av FYSIOPRIM-forskerne sier riktignok hun "opplever det som svært variabelt hva vi får til gjennom samarbeid mellom primærhelsetjenesten og forskningsmiljøene". Hun påpeker videre at ulike prosjekter kan ha ulike hensikter og mål. For eksempel er målet for de fleste hospitantprosjektene forskjellige fra prosjekter der fysioterapeuter engasjeres som medarbeidere i et PhD-arbeid, men begge organisasjonsformene er viktige. Samtidig hevder hun at man ser tydelige synergieffekter når de inngår i et felles prosjekt som FYSIOPRIM.

Den påstanden som mest direkte reflekterer et målrettet arbeid med forskningsorganiseringen er påstanden om at prosjektet har skapt en arena der klinikerne kan utveksle erfaringer. Ser vi på fordelingene mellom forskere som er involvert i FYSIOPRIM og de som ikke er det, er forskerne som ikke deltar i FYSIOPRIM mest uenige i påstanden. Av de ti forskerne som ikke er med i FYSIOPRIM har to ikke tatt stilling til påstanden, en er helt uenig, to er litt uenige, tre er litt enige og to er helt enig. Oppsummert ser det ut som at de forskerne som deltar i FYSIOPRIM i større grad opplever at de er med i prosjekt som har skapt arenaer der klinikerne kan utveksle erfaringer. En FYSIOPRIM-forsker reflekterer over mangelen på arenaer for forskningssamarbeid og formulerer det slik:

*"Det er jo ingen felles arena (...) Det er ikke noe. Ja, så det er jo på én måte det FYSIOPRIM har representert i den sammenhengen da. Et slags forsøk på å lage en felles arena som knytter til seg i hvert fall en del enheter som man prøver ut forskningen i da." (Forsker 1)*

Gjennom det kvalitative materialet fra intervjuene får vi innsikt i hvordan kommunene tenker omkring organiseringen av prosjektene og effektene av dem. De seks administrativt ansatte vi har intervjuet er hovedsakelig positive til organisasjonsformen, og de resultatene kommunen oppnår ved å delta i

forskningsprosjekter, selv om de også trekker fram utfordringer, for eksempel med stram kommuneøkonomi og forventningsavklaringer mellom universitetsmiljøet og kommunen (som vi så i del 7, Prosjektgjennomføring). Elementer som blir trukket fram som viktige effekter er kulturendring i forhold til forskning blant klinikerne, etableringen av kontaktpunkter mellom praksisfeltet og forskningsfeltet, samt slagkraften ved å ha forskningsresultater å vise til og et forskningsmiljø i ryggen vis a vis kommune-politikerne når man ønsker å prøve ut nye tiltak.

To informanter fra to ulike kommuner snakker om kultur-/holdningsendringer blant fysioterapeutene i kommunen. Den første informanten er tilknyttet blant annet Stimuleringsmodellen, mens den andre har en hospitant i sin kommune:

*"Da er det ikke et prosjekt som er ferdig, og ferdig med det. Folk begynner å få en kultur – det handler om kulturendring, kanskje. Man begynner å undre seg. Den undringen må være tilstede for at man i det hele tatt skal ta til seg nye ting." (Kommune 3)*

*"Jeg ser jo at det skjer noe på det instituttet med de syv-åtte-ti [hvor hospitanten har tilhørighet]. Det er jo også noen andre faggrupper der. Jeg ser jo at det skjer noe der oppe i forhold til... det med at de nå tar alle pasientene sine inn i et forskningsprosjekt, og så videre. Så jeg tenker at det [deltakelse i forskning] gjør veldig mye der som vedkommende jobber. Og det er da jeg liksom ønsker meg at de skal jobbe i større fagmiljøer. Sånn at vi kan få til sånne ting, så jeg tenker akkurat på det instituttet så er jeg veldig fornøyd. Og så tenker jeg at om ikke det her [forskningsprosjektet] blir videreført, så kommer de til å finne på noe annet, som også. De kommer til å hoppe på andre ting. Det gjør noe med hele det senteret da. Både de og alle de andre yrkesgruppene som jobber der. Så det er jeg veldig fornøyd med." (Kommune 6)*

Tidligere studier har vist at det er en forholdsvis stor interesse for fagutvikling blant fysioterapeuter (Agenda Utredning & Utvikling AS, 2009). Likevel vil denne interessen selvsagt variere mellom personer og fysioterapiinstitutter. Fra de to sitatene over ser vi at deltakelsen i FYSIOPRIM i følge informantene har bidratt til en holdnings- og kulturendring blant klinikerne. En kultur der forskning verdsettes vil være et første skritt på veien mot å gjøre mer forskning. Ser vi nærmere på hva kommuneadministrasjonen tenker om de konkrete resultatene av deltakelsen i forskningsarbeidet, er det flere elementer som trekkes fram. En av informantene uttrykker seg svært entusiastisk overfor deltakelsen i FYSIOPRIM:

*"Vi synes det er helt fantastisk. Jeg har lurt på hvordan det går an å sette ord på hvorfor det er så fantastisk. Det er noe med det gapet mellom praksis og forskning. Altså, hun [kliniker] tetter det gapet mellom praksis og forskning (...) Jeg har jobbet i så mange år i kommunehelsetjenesten, så jeg ser hvor lett, altså hvor ofte de forskjellige gruppene går i silo. Og jobber i sin egen silo. Og det å ha noen som kan jobbe på tvers og kan knytte de ja... redusere det gapet mellom det som foregår på forskningsfeltet og det som foregår ute i klinikken, det er kjempeviktig." (Kommune 2)*

Informantens opplevelse av klinikerens innsats samsvarer godt med hva som er mål for FYSIOPRIM, og hva som regnes som en suksessfaktor for å få til et godt forskningssamarbeid, altså behovet for en brobygger

mellom akademia og praksisfeltet (Clavier et al., 2012; Israel et al., 1998). Informanten kommer fra en kommune som både har klinisk koordinator og hospitant, og særlig koordinatorrollen har formulert som mål å bygge bro mellom miljøene. Fra en annen kommune, reflekterer en av informantene omkring nytte av prosjektdeltakelsen:

*"Jeg vil jo ha nytte av det, men det trenger ikke å være med en gang (...) Det er jo ikke bare den forskningsbiten, men også det bakenforliggende, ikke sant. Det å lære systematikk (...) å lære å lete etter litteratur og den type ting. Og får et nettverk, så det er mange typer ting som kommer til nytte."  
(Kommune 1)*

Dette sitatet viser at kommunene ikke nødvendigvis er ute etter raske resultater som umiddelbart kan iverksettes i klinikken. Flere av informantene er opptatt av kompetanseheving blant de ansatte, og det å delta i forskningssamarbeid er en måte både å styrke kompetansen sin og bygge nettverk. Et langsiktig perspektiv på forskningsdeltakelse synes vi er viktig å ha med i forhold til forståelsen av effekter og gevinster av forskningssamarbeid.

Andre informanter peker på betydningen av raske og konkrete resultater:

*"Det å lage seminarer og sette opp program og, gjøre evalueringer, legge ting inn i statistikkprogrammer. Det som konkret viser resultat, det er jo en suksessfaktor." (Kommune2)*

Å kunne vise fram resultater er også viktig vis à vis kommunepolitikerne for å rettferdiggjøre de prioriteringene som gjøres, eller for å argumentere for nødvendigheten for å prioritere annerledes. Og å ha et forskningsmiljø i ryggen gir større tyngde og gjennomslagskraft. Som en av de administrativt ansatte uttrykker det:

*"Dette [prosjektet] har vi altså samarbeidet med et stort forskningsprosjekt [FYSIOPRIM] om, og se her er resultatene. Det er litt ålreit å vise kjappe resultater, for oss i kommunen når man skal sette i gang noe nytt. Det å kunne da ta med data som viser på en måte, som viser politikere og toppledelsen da, at det her gir resultater. Nå er det jo veldig, veldig mange mennesker som skjønner og som er kritiske og som stiller spørsmål til planer du legger fram og grafer du viser. Og det å da ha et forskningsmiljø i ryggen, det gjør på en måte at folk retter seg litt i ryggen og hører litt godt på det vi sier, hvis du skjønner?"  
(Kommune 6)*

Dersom forskningen kan brukes politisk for å bedre tjenestetilbudet i kommunen og gi pasienten et mer evidensbasert tilbud, er dette et viktig resultat av forskningssamarbeidet. Vi skal se senere at noen av de administrativt ansatte også ønsker seg en (enda) mer aktiv rolle fra forskerne i forhold til forskningsformidling.

## 9 DISKUSJON: EVALUERING AV MODELLER FOR ORGANISERING AV FYSIOTERAPIFORSKNING I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Tidligere studier på forskningsorganisering har vist at for å gjøre forskning nyttig og relevant både for praksisfeltet og for akademia er det behov for en type organisering der begge aktører jobber tett sammen og trekker veksler på hverandres kunnskap. En slik type forskning kalles som nevnt "participatory research" eller "community based participatory research" (Clavier et al., 2012). På norsk kan vi tenke på det som en form for forskningspartnerskap. FYSIOPRIMs modellutprøving kan sies å være et svar på dette behovet. Det er imidlertid viktig å påpeke at det også gjøres annen forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten i Norge, der vi finner samarbeid mellom klinikere og forskningsmiljøene. Disse samarbeidsrelasjonene kan vi også lære noe av. Det er krevende få til en type forskningssamarbeid der det er tett forbindelse mellom klinikere og forskningsmiljøet gjennom hele forskningsprosessen. I litteraturen beskrives det at det kreves stor innsats for å få til slike forskningspartnerskap. Om vi ser til den norske helsepolitiske situasjonen, finner vi for eksempel at den nye forskningsstrategien, HelseOmsorg 21, også tar opp i seg en del av ideene vi finner innenfor "community based participatory research"-retningen, og etterlyser forskningsinfrastrukturer, styrket forskningssamarbeid, samt kompetanseheving både blant klinikere og kommuneadministrasjonen i sin diskusjon av forskning i kommunehelsetjenesten. I forhold til kommunen ser vi også at kommunene selv oppfordres til å bedre avklare hva slags forskningsbehov de har (Disch et al., 2014).

SINTEFs evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten viser overordnet at det er en engasjert gruppe personer som holder på med denne typen forskning. Samtidig tyder studien på at omfanget av forskningen er begrenset, og over halvparten av de studiene/prosjektene vi har fått kjennskap til gjennom denne evalueringen er tilknyttet FYSIOPRIM. Når vi nå videre i dette kapitlet skal drøfte i hvilken grad de forskjellige modellene er vellykkede, er det tre hovedinteressenter en må forholde seg til: klinikere, forskere og kommunen. Disse tre interessentene vil naturlig nok ha noen mål som gjelder kun for egen gruppe, noen overlappende mål og kanskje også noen motstridende mål. Det er også slik at de forskjellige måtene å organisere forskningssamarbeid på, og de forskjellige modellene i FYSIOPRIM vil ha ulike mål, og dermed vil hva som skal regnes som "suksess" vil variere. De forskjellige kriteriene vil derfor variere i relevans for hver modell.

I vår diskusjon av de ulike modellene for forskningssamarbeid tar vi hovedsakelig utgangspunkt i det sett med suksesskriterier som beskrevet i midtveisevalueringen av FYSIOPRIM (Piro et al., 2013). Disse kriteriene var også, som nevnt, et utgangspunkt for utarbeidelse av intervjuguide og spørreskjemaer. Kriteriene for FYSIOPRIMs samlede modellutprøving er som følger:

- Offentlige ressurser utløses (arbeidstid, lønn, dekning av reduserte egenandeler etc.) for eksempel til kostnadsdeling
- Nye prosjekter initieres
- Det eksisterer en bredde i aktiviteter og prosjekter
- Klinikere/de utøvende fysioterapeutene opplever å ha reell innflytelse på forskningen

- Både klinikere og forskere opplever nytte av samarbeidet
- Formidling rettet mot klinikerne styrkes (utover vitenskapelige publikasjoner)

I tillegg suksesskriterier for hver enkelt modell:

- Veiledningskompetansen som stilles til rådighet blir brukt
- Det etableres bedre kontakt mellom forskerne og klinikerne, inkludert deres fagmiljø
- Det blir flere fagmøter, fagdiskusjoner o.l. på klinikkene

Videre inkluderer vi:

- Økt interesse for forskning, fag- og kunnskapsutvikling blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten, herunder en mer kritisk vurdering av egen praksis, og et generelt økt faglig engasjement

I den grad vi har informasjon om det, vil de samme kriteriene drøftes opp mot forskningsaktiviteten utenfor FYSIOPRIM.

### **Utløsning av offentlige ressurser**

Ser vi først på FYSIOPRIM-modellene, ser vi at de fleste modellene utløser offentlige ressurser i form av økonomisk støtte fra kommunene. I Hospitantmodellen, Samhandlingsmodellen og Stimuleringsmodellen gir kommunen økonomisk støtte i varierende grad. Veiledermodellen og Brostillingen er modeller/stillinger av en litt annen karakter, og Veiledermodellen er en ordinær stilling i kommunen. Figur 7.5 som viser oversikt over finansieringskildene til klinikerne viste blant annet at den vanligste måten klinikerne i primærhelsetjenesten (i denne studien) får finansiert forskningsinnsatsen sin er gjennom at kommunen lar dem beholde fullt driftstilskudd. Seks deltakere i FYSIOPRIM har en slik løsning med kommunen, mens kun to klinikere i andre forskningsprosjekter har det. Det kan tyde på at FYSIOPRIM-organiseringen bidrar til å få kommunen mer forpliktende på banen, gjennom blant annet økonomisk bidrag.

For mange klinikere er det likevel et økonomisk tapsprosjekt å drive med forskning, og mange jobber mer enn full stilling (tabell 7.1). I intervjuer med klinikerne forteller de fleste at det å delta i forskningsprosjekt gir dem så mye av andre gevinster (forskningsinteresse, fagutvikling, selvutvikling, variasjon i arbeidet osv.), at de deltar selv om det innebærer lavere lønn og/eller mer arbeid for å ta igjen tapt pasienttid som nå brukes på forskning. Sett fra et perspektiv der en ønsker å generere flere offentlige ressurser, er det nødvendig at klinikerne ikke gjør for mye "gratisarbeid", men synliggjør at forskning er tidkrevende og koster penger.

Fra intervjuene med kommunene har alle informantene til felles at de snakker om stram kommuneøkonomi og behovet for å gjøre tøffe prioriteringer. Det er ikke bare vanskelig for dem selv å sette av ressurser til forskning (og alle har heller ikke budsjettmyndighet), men de må også overbevise kommunepolitikere om behovet for ressurser til forskning på fysioterapi. Flere av informantene ønsker at forskermiljøene kan bistå i denne "innsalgprosessen". Ikke alle er like godt trent i å presentere forskning og argumentere for behovet for det. For å øke muligheten for å få økonomisk støtte fra kommunen kan

forskerne med fordel ta denne rollen. I forhold til etablering av samarbeidsprosjekter mellom universitet/høgskole og kommunen, ser vi også betydningen av at forskerne tar kontakt på riktig nivå i kommunen når man skal få i stand økonomiske avtaler. Denne prosessen blir enklere dersom en forhandler med noen med budsjettmyndighet.

For kommunene er det jo også slik at det vil kunne være en suksess om de får forskningsinnsats i kommunen uten å måtte bidra økonomisk.

### Initiering av nye prosjekter

Et annet suksesskriterium som er skissert, er hvorvidt prosjektene som er i gang pr. i dag fører til initiering av nye prosjekter. Det vil selvfølgelig være positivt om ny forskningsaktivitet genereres, enten det er en videreføring av eksisterende prosjekter, eller nye. Studiedeltakerne i vår evaluering er inkludert nettopp fordi de deltar i forskning i primærhelsetjenesten *i dag*, men vi kan ikke si noe konkret om deres forskningsinnsats vil resultere i nye prosjekter. Det vi kan si noe om, er interessen for å fortsette med denne typen forskning blant klinikere og forskere.

Klinikerne har svart på flere spørsmål som til sammen viser at den faglige interessen er stor (tabell 6.1). Flertallet planlegger også å gjøre mer forskning når det pågående prosjektet er ferdig (tabell 8.1). Forskerne viser også en stor faglig interesse, og mener vi trenger mer systematisk kunnskap om feltet (tabell 6.3) og et stort flertall har lyst til å gjøre mer forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten (tabell 8.2). Holdningen hos både klinikere og forskere er altså at de er interessert i å gjøre mer forskning på feltet, hvilket lover godt i forhold til etableringen av nye prosjekter. En interessant forskjell mellom gruppene er imidlertid oppfatningen av rammebetingelse for å drive forskingssamarbeid. Som beskrevet tidligere synes klinikerne at rammebetingelsene stort sett er gode (tabell 7.1), mens forskerne er langt mer kritiske og mener rammebetingelsene er for dårlige (tabell 7.2). Sett fra et forskerperspektiv bør rammebetingelsene bedres for at en skal sikre seg etablering av nye prosjekter i samarbeid med klinikere i primærhelsetjenesten. Avslutningsvis kommer vi med noen anbefalinger for forskningsorganisering, men her vil vi bare trekke fram at etablering av nettverk på tvers av miljøene bidrar til at det blir enklere å sette i gang prosjekter der både kommunen og universitetet er med fra starten av. Som vi så i kapittel 7.1 forteller en av de administrativt ansatte at hun (og kommunen) har fått god kontakt med universitetet gjennom deltakelse i FYSIOPRIM. Gjennom å fasilitere nettverksbygging er det også rimelig å anta at det blir lettere å sette i gang nye fagutviklings/forskningsprosjekter.

### Bredde i aktiviteter og prosjekter

Hvis vi ser på i hvilken grad modellene og prosjektene har en bredde, er vårt inntrykk at det er en stor bredde i både temaer for forskningsprosjekter og aktiviteter som gjøres i de forskjellige FYSIOPRIM-modellene. Tematisk viser forskningsprosjektene som ikke er organisert under FYSIOPRIM-paraplyen også en stor bredde. Disse presenterte vi i kapittel 5.6. Vi kan si mindre om aktivitetene som foregår utenfor FYSIOPRIM, men i kapittel 5.6 så vi også noen eksempler på prosjektorganisering. Denne inkluderer samarbeidsmøter på ledernivå, og deltakelse fra klinikersiden i prosjektgruppen.

For alle klinikerne som har svart på spørreskjemaet er prosjektene på overordnet nivå forholdsvis jevnt fordelt over behandling, rehabilitering og forebyggende helsearbeid (figur 6.5). Dette sier noe om at forskningen på fysioterapi i primærhelsetjenesten spenner bredt tematisk. Prosjektene som er organisert under FYSIOPRIM-modellene viser også bredde. Her har man likevel også satset på å hekte deltakerne på pågående prosjekter. For eksempel har deltakerne i Stimuleringsmodellen blitt koplet på som rekrutterere for pasienter til en pågående studie. Vi ser også at noen klinikere bevisst designer tilgrensende prosjekter slik at man kan bruke hverandre som sparringspartnere og samarbeide (også innenfor Stimuleringsmodellen).

En kan også diskutere hvorvidt bredde i seg selv nødvendigvis er et kriterium for suksess. Bredde bør i tilfelle kombineres med dybdeinnsikt i visse temaer. Det har vært rettet mye kritikk mot at forskningen i kommunesektoren er fragmentert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) og for stor vekt på bredde framfor grundig innsikt i færre temaer trenger derfor ikke å være positivt. En av klinikere vi intervjuet ytrer seg kritisk mot alle småprosjektene som gjøres rundt omkring i primærhelsetjenesten. Små prosjekter har ofte vanskeligere for å påvise effekter av tiltak, og informanten argumenterer derfor for heller å støtte større prosjekter.

### **Klinikerne opplever å ha reell innflytelse på forskningen**

Vi ser på det som et viktig suksesskriterium om klinikerne opplever å ha påvirkning på forskningen, og formulert annerledes, om det eksisterer et jevnbyrdig forhold mellom klinikere og forskere. I beskrivelsen av hvordan man kan lage gode forskningspartnerskap (community based participatory research) er jevnbyrdighet sett på som en sentral faktor for å lykkes (Clavier et al., 2012).

Spørsmålene fra spørreskjemaet om hvem som har formulert forskningsspørsmålene i prosjektene gir oss en indikasjon på hvorvidt klinikerne har vært delaktige i prosjektutformingen. Klinikerne oppga at fem av 18 hadde utformet forskningsspørsmål i samarbeid, og seks hadde utformet forskningsspørsmålene selv (figur 6.3). Det betyr at flertallet av klinikerne hadde innflytelse på forskningen gjennom utforming av forskningsspørsmål. Denne oppfatningen støttes av forskerne. På spørsmål om klinikerne har vært med på å utforme forskningsspørsmålene, svarer 16 av 22 forskere at klinikerne har vært delaktige (figur 6.4).

Vi har tidligere sett at for mange av klinikerne starter veien inn i forskningsprosjekter med en henvendelse fra universitet/høgskole (tabell 6.1 og figur 6.1). Det innebærer at forskningsprosjektene mer eller mindre er ferdig planlagt, og kanskje er også finansieringen på plass. Når klinikerne involveres så sent, vil deres innflytelse på forskningen bli mindre. I henhold til ønsket om å gi klinikerne reell påvirkning på forskningen er dette uheldig. Det samme gjelder i forhold til å skape et vellykket prosjekt som oppleves som nyttig i praksisfeltet. I FYSIOPRIM ble stillingene i de to modellene med størst omfang av klinikere, Hospitantmodellen og Stimuleringsmodellen, utlyst. Tema for forskningen som skulle gjøres innenfor disse stillingene var også åpent. Denne fremgangsmåten øker sjansen for at klinikerne får medvirkning på prosjektutformingen. I intervjuene ser vi at klinikerne tilknyttet disse modellene forfølger temaer de selv har vært interessert i over tid i sin forskning (Stimuleringsmodellen), eller de knyttes til prosjekter som kommunen holder på med (Hospitantmodellen). Imidlertid er dette temmelig små prosjekter, så det er



tvilsomt om den samme fremgangsmåten hadde fungert i et større forskningsprosjekt. Her må i tilfelle klinikere rekrutteres inn i planleggingsstadiet for at de skal ha reell innflytelse på prosjektutformingen.

De kliniske koordinatorene i FYSIOPRIM er den gruppen (og den modellen) som tydeligst ivaretar ideen om klinisk medvirkning og innflytelse på forskningen. Koordinatorene har vært ansatt i FYSIOPRIM fra begynnelsen av, og målet med ordningen har vært å integrere kunnskap fra klinisk praksis og forskning.

I intervjuene kommer det tydelig fram at koordinatorene gjør en viktig jobb med å gi forskerne innspill fra den kliniske hverdagen, samtidig som de formidler forskningskunnskap tilbake i klinikk. Den kliniske koordinator-rollen tilsvarer omtrent det Clavier et al. (2012) kaller "partnership facilitator". Som vi husker er det en person som fungerer som en tilrettelegger for forskningssamarbeid og brobygger på tvers av miljøene. Slike personer blir limet som holder akademia og praksisfeltet sammen (Clavier et al., 2012; Israel et al., 1998). Forskingen gir altså stor støtte til at en slik koordinator-modell bidrar til en type forskningsorganisering der klinikere og forskere får et mer likestilt forhold.

### **Både klinikerne og forskerne opplever nytte av samarbeidet**

Et annet suksesskriterium er knyttet til opplevd nytte av samarbeidet. Dette kriteriet har også sitt utgangspunkt i at dersom klinikere og forskere har gjensidig nytte av hverandre, får vi bedre og mer relevant forskning.

I tabell 8.1 så vi at klinikerne er overveiende enige i at organiseringen av forskningssamarbeidet har vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskere. Ser vi på tabell 8.1 under ett, altså på oppfatninger av effekter av forskningsarbeidet, er klinikerne stort sett positive. De fleste opplever mer eller mindre å være faglige ressurspersoner og brobyggere mellom akademia og praksisfeltet. Om dette skyldes selve måten forskningssamarbeidet har vært organisert på, kan vi ikke si noe om. Vi kan imidlertid si at klinikerne deltakelse i forskning og dermed kontakt med forskningsmiljøet oppleves positivt. Videre kan vi tenke oss at et mål på nyttig samarbeid er et nyttig prosjektresultat. Det er ganske tydelig at klinikerne opplever at forskningsprosjektet er nyttig. Av klinikerne er det ingen av respondentene som opplever prosjektet som "ikke nyttig" for egen praksis. (figur 6.6 og tabell 8.1). Klinikerne kan også oppleve nytte av prosjektet gjennom at pasientene deres igjen nyter godt av prosjektet. De fleste klinikerne opplever at prosjektets forskningsspørsmål er relevante for det daglige arbeidet og at pasientene vil nyte godt av at klinikerne driver med forskning (tabell 8.1). Blant forskerne er det stor interesse i å fortsette et forskningssamarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (tabell 8.2). Videre oppgir et stort flertall at de har lært mye om dagens fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten gjennom deltakelse i forskningsprosjektet (og samarbeid med klinikere). Dette kan vi se på som mål på "nytte med samarbeidet."

I intervjuene kommer det tydelig fram at klinikerne opplever deltakelsen i forskningssamarbeid positivt. Det er umulig å skille selve deltakelsen i forskning og samarbeid med forskerne, da førstnevnte ikke kunne eksistert uten sistnevnte. Vi kan derfor slutte oss til at klinikerne opplever nytte av samarbeidet med forskerne. Forskerne trekker fram at det er nyttig å samarbeide med klinikerne for å få mer innsikt i hvordan klinisk praksis foregår i dag. De forteller imidlertid også at samarbeid er ressurskrevende. Hospitantmodellen er særlig trukket fram her. Et annet poeng som trekkes fram som positivt – fra begge



parter – er den synergieffekten som oppstår når man samler flere beslektede prosjekter under samme paraply. For klinikerne er det for eksempel ikke bare samarbeidet med forskerne som oppleves som nyttig, men også samarbeidet med andre klinikere som holder på med tilsvarende forskning. Studien har vist at flere klinikere danner uformelle nettverk og støtter hverandre i arbeidet, noe også forskning peker på er viktig for å oppnå organisasjonslæring (Dannapfel et al., 2014). Dette taler for å organisere forskningen i modeller der flere klinikere deltar.

### **Veiledningskompetansen som stilles til rådighet blir brukt**

At veiledningskompetansen som eksisterer blir brukt av klinikerne, er et annet definert suksesskriterium. Vi kan legge til at det i det hele tatt stilles veiledere til rådighet for klinikerne selvfølgelig er en forutsetning for suksess på dette området. Modellene i FYSIOPRIM har veileder i litt ulik grad. I Stimuleringsmodellen har for eksempel deltakerne hver sin veileder, mens i Hospitantmodellen (de to modellene med størst omfang av deltakere), er det en forsker som har et hovedansvar for hospitantene. Ser vi på svarene på spørreskjemaet, ser vi at ti respondenter oppgir å ha veileder, mens åtte ikke har veileder (figur 7.2). Dette gjelder altså totalt for deltakere utenfor og i FYSIOPRIM. Selv om en ikke har en formell veileder, kan vi også regne med kontakt mellom prosjektleder/forsker og kliniker som relevant for dette kriteriet. I figur 7.3 så vi at de fleste klinikerne hadde kontakt med forskere månedlig, eller en gang i semesteret, altså en ikke alt for hyppig frekvens. Gjennom intervjuene får vi likevel inntrykk av at de FYSIOPRIM-deltakerne vi har snakket med er fornøyd med kontakten med universitetet og hyppigheten på veiledning. Informanter som deltar i Stimuleringsmodellen fremhevet at kontakten på veiledningen hadde blitt tilpasset deres behov, og kunne således variere fra hyppig når det var behov for det (for eksempel i en fase der man trengte å søke om REK/NSD-tillatelse), til langt sjeldnere når prosjektet var under kontroll.

### **Det etableres bedre kontakt mellom forskerne og klinikerne, inkludert deres fagmiljø**

Et viktig suksesskriterium er om kontakten mellom forskere og klinikere og deres respektive fagmiljø styrkes som et resultat av forskningssamarbeidet. En slik kontakt er et nødvendig premiss for å få til forskningssamarbeid, for igjen å øke sjansen for at forskningen som gjøres er relevant (Clavier et al., 2012). Dette kriteriet er nært beslektet med "å oppleve nytte av samarbeidet". Tabell 8.1 viste at klinikerne stort sett var enige i at organiseringen av forskningssamarbeidet har vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskere. Dette kan vi se på som en indikasjon på at det har blitt etablert bedre kontakt mellom forskere og klinikere enn før samarbeidet. Vi har tidligere sett at forskerne ikke er fornøyd med rammebetingelse for forskningssamarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Likevel ønsker de aller fleste å fortsette å samarbeide med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (tabell 8.2). Dette er positivt med tanke på framtidig kontakt mellom gruppene. I tabell 8.2 så vi også at de fleste forskerne mente de selv hadde lært mye om dagens fysioterapi praksis i primærhelsetjenesten gjennom å delta i samarbeidsprosjekter med klinikere. Dette kan vi også se på som et tegn på kontakt og kunnskapsoverføring mellom klinikere og forskere.

Videre i samme tabell (8.2) var det forskere som er med i FYSIOPRIM som i størst grad syntes at prosjektet hadde skapt en arena der en kan utveksle erfaringer blant fysioterapeuter i kommunene. Det vil si at noe i FYSIOPRIM-organiseringen taler positivt for å skape felles arenaer der klinikerne kan utveksle erfaringer. Dette er nyttig, tatt i betraktning at kunnskap også må spres på tvers av de kliniske miljøene.

Å etablere bedre kontakt mellom forskere og klinikere og fagmiljøene rundt dem, betyr at tidlig kontakt i forskningsprosessen – og jevn kontakt gjennom hele prosessen er hensiktsmessig. Her har vi lyst til å trekke fram betydningen av at kommunen (det administrative nivået) involveres tidlig. I intervjuene med administrativt ansatte kommer det tydelig fram at kommunen ønsker å være en mye mer delaktig part i forskningssamarbeid. Mange sier at de ønsker at det skal gjøres forskning i kommunen og ikke på kommunen. Det vil si at kommunen ønsker å være involvert i forskning som er nyttig for kommunens tjenesteutøvelse og for kompetanseheving av de ansatte, og ikke bare være en case universitetsforskere bruker i sin studie, og der resultatene i liten grad kommer kommunen til gode. Det betyr at kommunen bør inviteres inn i prosjektsamarbeid mye tidligere i forskningsprosessen, slik at de også kan bli en partner med innflytelse over forskningsspørsmål osv. Den modellen vi ser dette tydeligst eksemplifisert i er Hospitantmodellen i FYSIOPRIM. Dette er den modellen der kommunen har hatt størst innflytelse på hva klinikerne har holdt på/holder på med, og vi har vist flere eksempler på at kommunene har satt hospitanten i gang med arbeid som oppleves som nyttig for kommunen.

### Skape interesse for forskning og kunnskapsutvikling

Å skape interesse for forskning og kunnskapsutvikling blant klinikerne er et annet kriterium vi kan vurdere forskningsorganiseringen ut fra. Vi kan legge til at det å mobilisere interessen for forskning i *kommunen* også kan betraktes som et suksesskriterium. Kommuneadministrasjonen er en nødvendig tilrettelegger for å få til for eksempel frikjøp av klinikerne. I tabell 8.1 er det listet opp flere påstander som kan si oss noe om klinikerne interesser for forskning og kunnskapsutvikling. For det første har vi sett at de fleste klinikerne mener at deltakelsen i forskningsprosjekt har gjort dem i stand til å reflektere mer kritisk rundt egen praksis. Mange opplever også å være en faglig ressurs for sine kolleger i klinikken og en inspirasjon til å jobbe mer kunnskapsbasert. Videre er 13 av 18 respondenter litt eller helt enige i at de planlegger å gjøre mer forskning etter at det pågående prosjektet er avsluttet. Ut i fra disse påstandene ser det ut til at det er stor interesse for forskning og fagutvikling blant klinikerne.

Opplysningene fra spørreskjemaet gir oss en pekepinn på at i alle fall en del av fag-/forskningsinteressen er et direkte resultat av deltakelsen i de pågående forskningsprosjektene. Supplerer vi med opplysninger fra intervjuene, vet vi imidlertid at deltakerne i FYSIOPRIM hadde stor interesse for forskning og kunnskapsutvikling allerede før de ble med i forskningsprosjektene. Også tabell 6.1 viste at motivasjonen for å delta i forskningsarbeid var knyttet til blant annet å få større faglig kompetanse, og at man ønsket å utvikle forskerkompetansen sin. Vi kan nok derfor trygt si at vi har å gjøre med en gruppe klinikere som i utgangspunktet er over gjennomsnittet opptatt av forskning og kunnskapsutvikling. I intervjuene med kommuneadministrasjonen forteller de om jevnt over interesse for forskning/kunnskapsutvikling blant fysioterapeutene, og mener mange har lyst til å være mer involvert i forskning. Ut i fra spørreskjemaet ser det ut som klinikerne som er med i forskning i dag fungerer som inspirasjon for kollegene (tabell 8.1), og vi kan tenke oss at forskningsinteressen smitter ettersom flere og flere vil bli involvert i forskningsarbeid.

### Flere fagmøter, fagdiskusjoner o.l. på klinikkene

Et kriterium som kan ses i sammenheng med det forrige (økt interesse for forskning og kunnskapsutvikling), er om forskningsinnsatsen resulterer i flere fagmøter, fagdiskusjoner og liknende i klinikkene. Ser vi først på klinikerne mål med prosjektet (figur 8.1), svarer om lag halvparten at de har som mål å drive fagutvikling i

klirikken. Å holde på med fagutvikling kan være en aktivitet som hovedsakelig består av at klinikeren orienterer seg om nye/bedre behandlingsformer for pasientene, og anvender disse - altså en mer isolert aktivitet for enkeltstående klinikere. Men like gjerne kan vi forstå fagutvikling som en kollektiv aktivitet der de klinikerne som har plukket opp noe nytt gjennom sitt forskningsarbeid, formidler dette til kolleger i klinikken, for eksempel gjennom fagmøter. Fra figur 8.1 kan vi slutte oss til at kårerne for flere fagmøter og fagdiskusjoner er ganske gode. I spørreskjemaet har vi ikke spurt klinikerne direkte om de opplever at det blir flere fagmøter/diskusjoner etter at de startet med forskning. I intervjuene derimot forteller flere informanter at de har arrangert fagmøter i klinikken. Dette gjelder først og fremst de personene som har kombinasjonsstillinger (brostilling og veiledermodellen). I disse modellene ligger det da også en forventning om at nettopp denne typen aktivitet skal initieres. Slik sett når disse modellene et definert mål.

### Formidling styrket

Et siste kriterium vi tar opp her, er om formidling har blitt styrket som et resultat av forskningssamarbeidet. Fordi de fleste prosjektene ikke er ferdige, og få er i en fase der det er relevant å formidle særlig mye, kan vi ikke trekke noen endelige konklusjoner om dette. Vi kan likevel komme med noen betraktninger rundt formidlingsaktivitet. I tabell 8.1 så vi at det var en jevn fordeling mellom klinikere som planlegger og som ikke planlegger å publisere faglig fra prosjektet. Dette tyder på at formidling ikke står i høysetet. En kliniker oppgir dog og allerede ha publisert i form av kronikker, samt at vedkommende har fått medieoppslag på prosjektet sitt. I intervjuene med FYSIOPRIM-deltakere kom det fram at det er et mål at hospitantene skal skrive fagartikler på norsk til Fysioterapeuten. For de fleste andre deltakerne i FYSIOPRIM er det ikke formulert som mål at forskningsarbeidet skal resultere i formidling og publikasjoner. For eksempel har Stimuleringsmodellen heller som mål at deltakerne skal utforme hver sin forskningsprotokoll. Gitt at deltakerne her kun har ti prosent stillingsandel til å jobbe med prosjektet over en toårsperiode, er det heller ikke realistisk å ha skriftlig publisering som mål. I spørreskjemaet har vi ikke spurt om hvorvidt klinikerne har, eller planlegger, å formidle muntlig fra prosjektet sitt. Fra intervjuene vet vi likevel at noen klinikere har gjort nettopp det, og det er selvsagt også en form for formidling.

Vi gjør ingen drøfting av forskernes formidlingsaktivitet her. Siden formidling er en av gruppens kjerneoppgaver, er det lite sannsynlig at den ene eller den andre organisasjonsmodellen påvirker formidlingsaktiviteten i nevneverdig grad. Imidlertid vil vi avslutningsvis ta med innspillene fra kommuneadministrasjonen om at de ønsker at forskerne kan komme og presentere prosjekt og resultater i kommunene, og gjerne for kommunepolitikere. Siden forskning i primærhelsetjenesten i dag står høyt på den politiske agendaen, er det en gylden anledning for forskere fra UoH-sektoren som er opptatt av helsefaglig forskning i primærhelsetjenesten og komme til kommunene og fortelle om betydningen av denne forskningen og hvor viktig det er å lage gode, tette samarbeidsmodeller for å få til nyttig og relevant forskning. I neste kapittel går vi over til å se på de forskjellige deltakernes innspill til *hvordan* man kan skape godt forskningssamarbeid, før vi i kapittel 11 trekker trådene sammen og presenterer våre anbefalinger.

## 10 DELTAKERNES INNSPILL KNYTTET TIL FORSKNINGSORGANISERING

Basert på studiedeltakernes svar i sin helhet, både gjennom spørreskjema og i intervju, kan vi slutte oss til hva som skal til for å få til en hensiktsmessig prosjektorganisering og et godt forskningspartnerskap. Vi har også spurt deltakerne direkte om dette temaet. I spørreundersøkelsen har vi bedt alle respondentene om innspill til hvordan et forskningssamarbeid mellom fysioterapitjenesten i kommunen, kommuneadministrasjonen og forskningsmiljøene bør organiseres. I intervjuene har dette også vært et tema alle informantene har reflektert rundt. Innspillene kan således betraktes som et sett suksesskriterier, sett fra hver gruppes perspektiv. Her presenterer vi først klinikerens innspill, deretter forskernes og til sist de administrativt ansatte i kommunenes. Innspillene er kategorisert i tre hovedkategorier: organisering, inkludert økonomi, innhold og annet.

### 10.1 Innspill fra klinikerne

**Tabell 10.1** Klinikernes innspill til hvordan tilrettelegge for forskningssamarbeid

| INNSPILL     |   |
|--------------|---|
| ORGANISERING | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å møtes fysisk</li> <li>• Ha en plass å sitte der man bare holder på med forskning</li> <li>• Jevnlige samarbeidsmøter/tett samarbeid mellom forskere og klinikere</li> <li>• Tett oppfølging</li> <li>• Sitte i et tverrfaglig miljø</li> <li>• Små grupper, så personlige relasjoner og tilbakemeldinger er mulige å oppnå</li> <li>• Større behov for frikjøp av tid. 10 prosent er for lite. 20-30 prosent hadde vært bedre</li> <li>• Øremerket tid</li> <li>• Ikke for tidkrevende, f.eks. ikke for mange møter</li> <li>• Økonomisk tilrettelegging i arbeidstiden</li> <li>• Muligheter for å få dekt tap av arbeidsfortjeneste og beholde driftstilskuddet som privatpraktiserende</li> </ul> |
| INNHold      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbud om undervisning/faglig støtte, forskerkurs, diskusjoner</li> <li>• At problemstillingene er relevante for klinikere og pasienter</li> <li>• Veileder har genuin interesse for prosjektet mitt</li> <li>• God faglig veiledning fra forskerne</li> <li>• Skreddersy opplegg til den enkelte som viser engasjement og interesse</li> <li>• Tverrfaglig forskning er mest relevant</li> <li>• Må ta lite tid - må være enkelt og effektivt</li> <li>• Vise fram resultater av prosjektene underveis overfor klinikk</li> <li>• At effekt av tiltak kan dokumenteres overfor politikere, kommunens administrasjon og beslutningstakere</li> </ul>   |

|       |   |
|-------|---|
| ANNET | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi god informasjon/kommunikasjon</li> <li>• Ha stor takhøyde, respekt for hverandres ståsted</li> <li>• Verdsette hverandres oppgaver og kompetanse</li> <li>• Gjensidig interesse og engasjement</li> <li>• Forståelse for utfordringen det er å balansere klinikk og fagutvikling/forskning</li> <li>• At man er opptatt av at kunnskap går begge veier; fra forskning til klinikk og fra klinikk til forskning</li> <li>• Engasjement hos fysioterapileder i kommunen</li> <li>• Anerkjennelse eierskap til prosjekter</li> <li>• Ta vare på kompetansen til f.eks. fysioterapeuter med master i kommunene</li> </ul> |
|-------|---|

## 10.2 Innspill fra forskerne

**Tabell 10.2** Forskernes innspill til hvordan tilrettelegge for forskningssamarbeid

|              |   |
|--------------|---|
| ORGANISERING | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skape en felles plattform, trygge, forutsigbare rammer</li> <li>• God forankring i ledelsen, på høyeste nivå i kommunen</li> <li>• Forankring lokalt/i kommune/klinikk</li> <li>• Man trenger noen "døråpnere" i kommunen/i klinikken</li> <li>• Klinikerne må få permisjon fra driftstilskuddet</li> <li>• Forskning må være inkludert i klinikernes stillingsbetegnelser og arbeidsoppgaver og lønnes deretter</li> <li>• Kombinerte stillinger, klinikk og forskning, vil være en styrke og nødvendighet. Kandidater bør ha solid erfaring fra begge arenaer</li> <li>• Tydelige samarbeidsavtaler og oppgaver</li> <li>• Kunnskapsutveksling og kontinuerlig samarbeid mellom klinikere og forskere, fra planlegging til publisering</li> <li>• Deltagelse på lik linje (ikke en part som samler inn data mens den andre parten analyserer). Det må gjøres i fellesskap</li> <li>• Avsett tid</li> </ul> |
| INNHOLD      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles utforming av prosjekter</li> <li>• Klinikerne må føle eierskap til prosjekter</li> <li>• Klinikerne må føle at de sitter igjen med noe som de kan nyttiggjøre seg av: finne problemstillinger som oppleves som relevante for klinikerne</li> <li>• Undersøke problemstillinger som er aktuelle for begge parter</li> <li>• Fokus på fagutvikling av utvikling av kunnskapsbasert praksis</li> <li>• Gi fysioterapeuter kunnskap og verktøy til å videreutvikle og evaluere sin egen praksis</li> </ul>  |
| ANNET        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engasjement og vilje til samarbeid fra begge parter</li> <li>• Entusiasme, motivasjon og interesse</li> <li>• Gjensidig respekt, likeverdighet anerkjennelse av partenes ulike kunnskaper og kompetanse</li> <li>• Forskeren må være ydmyk ovenfor fysioterapeuter i praksis</li> </ul>  |

- Interesserte klinikere som er åpne, har en viss forståelse for hva forskning innebærer og har avsatt tid
- Lokal interesse, en positiv holdning til fagutvikling og forskning hos ledelsen i primærhelsetjenesten
- Erfarne prosjektledere, entusiastiske forskningskoordinatorer
- Overholde avtaler

### 10.3 Innspill fra kommuneadministrasjonen

**Tabell 10.3 Kommuneadministrasjonens innspill til hvordan tilrettelegge for forskningssamarbeid**

|             |  |
|-------------|--|
| OGANISERING | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvering. Vi ønsker veldig å bli involvert. Vi ønsker å bli involvert i forskning for å delta i forskningen, og ikke bare bli forsket på</li> <li>• Klinikere må delta i forskningen, og forskningen må integreres i ordinær praksis</li> <li>• Kontinuerlig samarbeid - fra prosjektplanlegging til resultatformidling</li> <li>• Kommunikasjon og tettere samarbeid mellom forskermiljø og kommune ("Dyktige klinikere har blitt involvert for å inkludere inn i ulike prosjekter. Men jeg har ikke visst om det, jeg har bare eventuelt gitt dem permisjoner hvis det har vært behov for det")</li> </ul>   |
| INNHOOLD    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen må være med å diskutere prosjektet: forskningsspørsmål, metode, og utvalg.</li> <li>• Forske på lokale forhold. Politikerne vil se noe som er gjort i sin kommune</li> <li>• Prosjektene må være innenfor kommunens satsningsområde, for å kunne integreres dem som en del av praksis</li> <li>• Må tenke implementering mens forskningen pågår – et mål med forskningen må jo være forbedring av praksis</li> <li>• Få presentert noen midlertidige resultater underveis</li> <li>• Presentere resultater underveis. Vise at klinikerne bidrar (at «ok, det er jeg som på en måte har rekruttert disse menneskene», og «ja, der har du aldersspredning», så sitter de [klinikere] sånn også ser de at dette faktisk gir resultater")</li> </ul> |
| ANNET       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetanseheving og kunnskapsutvikling må skje parallelt for at forskningsresultatene skal tas i bruk</li> <li>• Det må drives forskningsformidling i kommunene for å markedsføre fysioterapifaget</li> <li>• Forskerne må bistå kommunen i å vise at tiltak har effekt</li> <li>• Forskerne må presentere forskning for politikerne</li> </ul>   |

### 10.4 Sammenfatning innspill til forskningsorganisering

Til sammen utgjør studiedeltakernes innspill til hvordan forskningssamarbeid bør organiseres en ønskeliste av dimensjoner. Det er neppe realistisk (eller mulig) å iverksette alle innspillene/tiltakene, men listen gir oss nyttig informasjon når vi nå skal konkludere med noen anbefalinger omkring forskningsorganisering. Innspillene reflekterer noe ulike perspektiver, men det er likevel en god del faktorer vi finner på tvers av

klirikere, forskere og kommuneadministrasjon. Sammenfattet er et godt forskningssamarbeid mellom fysioterapitjenesten i kommunen, kommuneadministrasjonen og forskningsmiljøene slik:

**Organisasjon:** Forutsigbare rammer og en felles møteplass der prosjektdeltakerne kan treffes. Klinikere som har avsatt tid til å jobbe med forskning. Klinikerne må ha forskningsfinansiering, slik at de kan bruke ordinær arbeidstid til forskning. Forskning kan gjerne være formulert som en del av arbeidsoppgavene deres. God forankring i kommunen. Tett samarbeid mellom alle tre aktørene fra planlegging til publisering.

**Innhold:** Felles utforming av prosjekter. Undersøke temaer som er relevante for alle parter. Gjerne studere lokale forhold i kommunen og temaer som er innenfor kommunens satsingsområde. Klinikerne ønsker seg tett oppfølging fra forskerne, tilbud om undervisningsopplegg, forskerkurs og fagdiskusjoner, samt veiledere som har interesse for prosjektet og gir god veiledning. Resultater må presenteres underveis.

**Annet:** Det må være god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom partene. Man må formulere avtaler og overholde disse. Det må være gjensidig interesse og respekt mellom partene og de må verdsette hverandres kompetanse. Partene må ha engasjement og en positiv holdning til arbeidet som skal gjøres. Fra kommunens synspunkt etterlyses det at forskerne må komme på banen og markedsføre fysioterapifaget, og bistå kommuneadministrasjonen overfor politikerne å vise at forskning har effekt.

## 11 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Oppdraget til SINTEF har vært å (1) kartlegge ulike modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten som er prøvd ut i FYSIOPRIM og i miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi støttet av Fondet de siste fem år, (2) evaluere de ulike modellenes suksess og (3) identifisere faktorer som hemmer og fremmer måloppnåelse. Denne rapporten er vårt svar på oppdraget, og vi håper den kan gi innspill i forhold til Fondets videre satsing på forskning og kunnskapsutvikling i primærhelsetjenesten.

På bakgrunn av studien vi har gjennomført presenterer vi noen anbefalinger knyttet til organisering av forskning og kunnskapsutvikling innen fysioterapi i primærhelsetjenesten. Det er viktig å påpeke at de forskjellige organisasjonsformene/modellene har ulike styrker og svakheter. Det går derfor ikke an å si at én modell alltid vil være å foretrekke, og det vil derfor være feil av SINTEF å anbefale en modell fremfor en annen. Det er heller slik at forskjellige mål må være styrende for valg av modell. Det er likevel også slik at noen "suksessfaktorer" går igjen på tvers av alle modellene. Våre anbefalinger er basert på tanken om organiseringen skal medføre kunnskapsutvikling og forskning som oppleves som relevant for alle tre aktører.

### 11.1 Anbefalinger

- Gjøre bruk av "partnership facilitators", altså en rolle à la klinisk koordinator som bindeledd mellom forskning/klinikk/kommuneadministrasjon
- Prosjekter bør utvikles i fellesskap mellom forskere, klinikere og kommuneadministrasjon. Klinikere og kommunen bør involveres allerede i planleggingen av et prosjekt
- Organisere klinikerne i nettverk heller enn modeller bestående av enkeltstående personer. Nettverk muliggjør synergieffekter ved at klinikerne treffer andre som jobber med tilsvarende temaer
- Etablere felles arenaer der alle prosjektdeltakerne kan møtes og diskutere fag, progresjon osv.
- Gi klinikere et faglig opplegg. Inkludert undervisning i forskningsmetode, tilgang til bibliotekstjenester osv.
- Skape kontinuitet. For klinikerne må forskningsstillingen ha et visst omfang, minimum tilsvarende en 20 prosent stilling
- Økonomisk tilrettelegging. Finansering av klinikere er nødvendig



- Bruke forskningen politisk – la både forskere og klinikere presentere prosjekter og resultater for å vise kommunepolitikerne verdien av forskningen/kunnskapssutviklingen, samt for å markedsføre fysioterapifaget

## LITTERATUR

- Agenda Utredning & Utvikling AS. (2009). Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Høvik: Agenda Utredning & Utvikling AS.
- Bourne, J. A., Dziedzic, K., Morris, S. J., Jones, P. W., & Sim, J. (2007). Survey of the perceived professional, educational and personal needs of physiotherapists in primary care and community settings. *Health & social care in the community*, 15(3), 231-237.
- Clavier, C., Sénéchal, Y., Vibert, S., & Potvin, L. (2012). A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of Health & Illness*, 34(5), 791-805. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01408.x
- Curry, L. A., O’Cathain, A., Clark, V. L. P., Aroni, R., Fetters, M., & Berg, D. (2012). The Role of Group Dynamics in Mixed Methods Health Sciences Research Teams. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(1), 5-20. doi: 10.1177/1558689811416941
- Dannapfel, P., Peolsson, A., & Nilsen, P. (2014). A Qualitative Study of Individual and Organizational Learning through Physiotherapists' Participation in a Research Project. *International Journal of Clinical Medicine*, 5, 515-524.
- Disch, P. G., Cappelen, K., & Førland, O. (2014). Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning. Porsgrunn/Bergen: Senter for omsorgsforskning.
- FYSIOPRIM. (2014). Fremdriftsrapport for andre halvår 2013. Oslo: UiO.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Meld. St. 29. Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: SAGE.
- Lillehagen, I., Vøllestad, N., Heggen, K., & Engebretsen, E. (2013). Protocol for a qualitative study of knowledge translation in a participatory research project. *BMJ Open*, 3:e003328. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003328
- Lindvåg, D. (2013). Reportasje. Doktorgrader. *Fysioterapeuten*(8), 32-36.
- Piro, F. N., Vabø, A., & Brofoss, K. E. (2013). Fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten. En midtveiseevaluering av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuters strategi for forskning i primærhelsetjenesten *Rapport 13/2013*. Oslo: NIFU.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Schoeb, V., Rau, B., Nast, I., Schmid, S., Barbero, M., Tal, A., & Kool, J. (2013). How do Patients, Politicians, Physiotherapists and Other Health Professionals View Physiotherapy Research in Switzerland? A Qualitative Study. *Physiotherapy Research International*, n/a-n/a. doi: 10.1002/pri.1560
- Verheyden, G., Handgraaf, M., Demirci, A., & Grüneberg, C. (2011). Editorial. The future of physiotherapy education: Towards a translational model of learning complex skills. *Physiotherapy Research International*, 16(4), 187-190. doi: 10.1002/pri.519

## VEDLEGG

### Intervjueguide

#### **INTERVJUGUIDE (forskere/klinikere/prosjektledere/kommuneadm.)**

#### *Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten*

##### Innledning:

Info om prosjektet

Om ivaretagelse av anonymitet, behandling av data, om muligheten for å trekke seg når som helst.

Kontaktopplysninger forsker

##### Bakgrunn:

- Utdanning, stilling, år i stillingen, tidligere arbeidserfaring/forskererfaring

##### Forskningssamarbeid - organisering

- Rolle i prosjektet/samarbeidet
- Motivasjon for å drive med forskning?
- Mål for samarbeidet
- Modell: initiering og utforming av samarbeidet/prosjektet
- Reell innflytelse på valg av forskningsfelt
- De samarbeidene aktørenes medvirkning i ulike faser
- Tidsaspektet: varighet av samarbeidet
- Måloppnåelse
- Suksesskriterier: faktorer som har fremmet/hemmet forskningen

Mer generelt: hva gjøres av FT-forskning i primærhelsetjenesten?

Hva forsker FT der på? Og sammen med hvem?

##### Mål/gevinster

- Nettverksutvikling
- Faglig/personlig utbytte
  - Feks økt refleksivitet rundt egen praksis? (for FT)
  - Endring i måten man jobber på? (for FT)
- Nytteverdi/kompetanse
- Tid: for lite/for mye tid til forskningsdelen
- Betydningen av forskning for profesjonsutvikling (for FT'ene)
- Publiseringmuligheter
- Tanker om formidling

##### Veien videre

- Fristet til gjentakelse, ønsker om videreføring?
- Refleksjon rundt eventuelle andre forskningssamarbeidsmodeller
- Andre kommentarer?

## Spørreskjema til forskere

### SPØRRESKJEMA TIL FORSKERE SOM HAR PROSJEKTER I SAMARBEID MED FYSIOTERAPEUTER I PRIMÆRHELSETJENESTEN (v. 5 til questback)

#### 1. BAKGRUNN

*I denne delen innhenter vi en del bakgrunnsopplysninger om deg.*

- Kjønn
- Alder
- Utdanning
- Stilling
- Er du ansatt ved universitet/høyskole/primærhelsetjenesten/kombinert stilling? (kryss av)
- Hvor lenge har du forsket på fysioterapi i primærhelsetjenesten? (Antall år)

#### 2. ORGANISERING AV FORSKNING PÅ FYSIOTERAPI I PRIMÆRHELSETJENESTEN

*Denne delen handler om hvordan forskningsprosjektet/ene du er med på er organisert*

2.1 Deltar du i forskningsprosjekt organisert under FYSIOPRIM? (ja/nei)

- Antall forskningsprosjekter du er med på som er organisert under FYSIOPRIM? (antall)
- Hvilke(n) modell(er) i FYSIOPRIM er forskningsprosjektene organisert under? (Veiledningsmodellen/Samhandlingsmodellen/Stimuleringsmodellen/Brostilling/Hospitantordning + annet: beskriv) (flere kryss mulig)
- Tema for prosjektet/varighet på prosjektet. Tema:... Varighet:... mnd/år
- Deltar andre yrkesgrupper (utover fysioterapeuter) i forskningsprosjektet? Ja/nei – hvilke?

2.2 Deltar du i andre forskningsprosjekt der det er et samarbeid mellom fysioterapeuter i primærhelsetjenesten og universitet/høyskole (men som ikke er en del av FYSIOPRIM)? (ja/nei)

- Antall prosjekter utover FYSIOPRIM (antall)
- Tema for prosjektet/varighet på prosjektet. Tema: Varighet: mnd/år Beskriv kort hvem som deltar i prosjektet/ene (sett kryss: fysioterapitjenesten i kommunen/praktiserende fysioterapeuter/andre i helse- og omsorgstjenesten i kommunen/andre universitet/høyskoler/andre)
- Beskriv kort hvordan samarbeidet i prosjektet er organisert (fritekst)
- Deltar andre yrkesgrupper (utover fysioterapeuter) i forskningsprosjektet? Ja/nei – hvilke?

2.3 Hvor stor andel av forskningstiden din bruker du på forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten? (prosent)

2.4 Hvem finansierer forskningsprosjektet/ene du deltar i (som oppgitt over)? (Fondet/ NFR/Helse og rehabilitering/andre/institusjonen en er ansatt ved)(flere kryss mulig)

- 2.5 Er problemstillingene i prosjektet/ene utviklet i samarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten?  
(ja/nei)
- 2.6 Hva er din rolle(r) i forskningsprosjekt(ene) der du samarbeider med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten? (prosjektleder, veileder, annen faglig ressursperson, (praktisk) koordinator, annet)  
(flere kryss mulig)
- 2.7 Dersom du er veileder/faglig ressursperson, hvor ofte har du kontakt med fysioterapeutene i primærhelsetjenesten (ukentlig/månedlig/en gang pr halvår/sjeldnere)
- 2.8 Har du gjennom prosjektperioden hatt kontakt med kommunens administrasjon for fysioterapitjenester?  
(ja/nei)
- 2.9 Dersom du har hatt kontakt; hvor ofte? (ukentlig/månedlig/en gang pr halvår/sjeldnere)
- 2.10 Hva er målet i forskningsprosjekt(ene) du har sammen med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten?  
(ph.d., rapport, fagartikkel, konferansepresentasjon, fagutvikling, styrke forskningsfeltet/annet (beskriv))  
flere kryss mulig

### 3. DIN MOTIVASJON FOR Å FORSKE PÅ FYSIOTERAPI I PRIMÆRHELSETJENESTEN

*I denne delen er vi interessert i å vite hva som motiverte deg til å være med i forskningsprosjekt(er) som omhandler fysioterapi i primærhelsetjenesten.*

Ta stilling til disse påstandene:

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig-uaktuelt for min motivasjon]

Jeg deltar i forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten fordi:

- Jeg er svært interessert i problemstillinger på dette feltet
- Fysioterapi i primærhelsetjenesten er et lite utforsket felt som vi trenger mer systematisk kunnskap om
- Siden fysioterapi i primærhelsetjenesten er lite studert i Norge, er det gode sjanser for å få publisert forskningsresultater
- Siden fysioterapi i primærhelsetjenesten er lite studert i Norge, er det muligheter for å bli den ledende ekspertisen på feltet nasjonalt
- Det er lettere å få finansiering til fysioterapiforskning innenfor primærhelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten
- Forskning på fysioterapi innen primærhelsetjenesten vil bidra til å gjøre praksis mer kunnskapsbasert
- Forskning på fysioterapi innenfor primærhelsetjenesten vil styrke faget
- Forskning innen primærhelsetjenesten vil styrke fysioterapeutprofesjonen
- Forskningen vil styrke fysioterapifaget i det tverrfaglige arbeidet i primærhelsetjenesten
- Det er viktig med forskning på fysioterapi for å bedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten
- Å delta i denne forskningen betyr at utdannings- og forskningsinstitusjonen som jeg er en del av får innsikt i hvilke problemstillinger fysioterapeuter som jobber klinisk er opptatt av
- Forskningsprosjektet vil gi meg et større faglig nettverk
- Ettersom kommunene har fått større ansvar for helsearbeid gjennom samhandlingsreformen, er det viktigere enn noen gang at det gjøres fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten
- Helsemyndighetenes økte vekt på forebygging aktualiserer fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten

#### 4 DINE ERFARINGER MED Å GJENNOMFØRE FORSKNING I PRIMÆRHELSETJENESTEN

*Denne delen handler om dine erfaringer med forskningssamarbeid med fysioterapeuter og andre yrkesgrupper i primærhelsetjenesten.*

Ta stilling til disse påstandene:

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig - uaktuelt]

- Jeg synes rammebetingelsene for forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunene er gode
- Jeg synes det er greit å samarbeide med ledernivået i helse og velferdstjenesten i kommunene
- Det er vanskelig å forholde seg til flere kommuner i organisering av forskningsprosjekter
- Forskningssamarbeid med fysioterapeuter i kommunen(e) har krevd uforholdsmessig mye organisering
- Jeg bruker mer tid på forskningsprosjektet enn jeg får økonomisk kompensasjon for
- Økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet
- Jeg opplever at jeg har for lite tid til veiledning og oppfølging av fysioterapeutene
- Jeg har kolleger som er interessert i forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten
- Min nærmeste leder er støttende til deltakelse i denne forskningen
- Fysioterapeutene i primærhelsetjenesten har tilfredsstillende forskerkompetanse for å delta i forskningsprosjekt
- Vi har funnet en form på forskningssamarbeidet som jeg vil videreføre til nye prosjekter

4.1 Basert på dine erfaringer, hva vil du si er viktige suksesskriterier for å skape et godt forskningsprosjekt der forskere og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten arbeider sammen? (åpen)

4.2 Hvilke sider ved måten forskningssamarbeidet har vært organisert på har gjort det vanskelig for prosjektet å oppnå resultater? (åpen)

#### 5 EFFEKTER AV FORSKNINGSARBEIDET

*Denne delen handler om mulige effekter av forskningsarbeidet.*

Ta stilling til disse påstandene:

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig]

- Jeg har lyst til å fortsette et forskningssamarbeid med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten
- Jeg har lyst til å gjøre mer forskning på problemstillinger som er spesifikt relatert til primærhelsetjenesten
- Jeg har lært mye om dagens fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten gjennom deltakelse i forskningsprosjektet
- Jeg kan bidra med kunnskap om fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten til kolleger i akademia
- Prosjektet har skapt en arena der fysioterapeutene fra kommunen(e) kan utveksle erfaringer

6. Har du formidlet resultater av forskningen? (Rapport, fagartikkel, konferansepresentasjon, fagutvikling, styrke forskningsfeltet/annet (beskriv)) flere kryss mulig

**GENERELT**

*Dersom du har ytterligere kommentarer omkring dine erfaringer med forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten generelt, og knyttet til organisering av forskningssamarbeidet spesielt, kan du skrive det her.*

Fritekst-felt.



## Spørreskjema til fysioterapeuter

SPØRRESKJEMA TIL FYSIOTERAPEUTER I PRIMÆRHELSETJENESTEN SOM HAR FORSKNINGSSAMARBEID MED UNIVERSITET/HØYSKOLE (v.6 – til questback)

### 1. BAGRUNN

*I denne delen innhenter vi en del bakgrunnsopplysninger om deg.*

1. Kjønn
2. Alder
3. Når var du ferdig utdannet fysioterapeut? (årstall)
4. Arbeidssted. (Kommunalt ansatt, selvstendig næringsdrivende med driftsavtale med kommunen, selvstendig næringsdrivende uten driftsavtale med kommunen)
5. Kommune
6. Har du spesialistutdanning? (Ja/nei/holder på med spesialistutdanning)
7. Har du mastergrad? (ja/nei/holder på med mastergrad)
8. Har du gjennomført kurs i forskningsmetode? (ja/nei/holder på med kurs)
9. Har du tidligere deltatt i forskningsprosjekter?

### 2. ORGANISERING AV FORSKNINGSPROSJEKTET DU ARBEIDER MED

*Denne delen handler om hvordan forskningsprosjektet du arbeider med er organisert.*

- 2.1 Deltar du i forskningsprosjekt organisert under FYSIOPRIM? (ja/nei)
  - a. Antall forskningsprosjekter du er med på som er organisert under FYSIOPRIM? (antall)
  - b. Hvilke(n) modell(er) i FYSIOPRIM er forskningsprosjektene organisert under? (Veiledningsmodellen/Samhandlingsmodellen/Stimuleringsmodellen/Brostilling/Hospitantordning + annet: beskriv) (flere kryss mulig)
  - c. Tema for prosjektet/varighet på prosjektet. Tema:... Varighet:... mnd/år
  - d. Deltar andre yrkesgrupper (utover fysioterapeuter) i forskningsprosjektet? Ja/nei – hvilke?
- 2.2 Deltar du i andre forskningsprosjekt der det er et samarbeid mellom fysioterapeuter i primærhelsetjenesten og universitet/høyskole (men som ikke er en del av FYSIOPRIM)? (ja/nei)
- 2.3 Antall prosjekter utover FYSIOPRIM (antall)
- 2.4 Tema for prosjektet/varighet på prosjektet. Tema:... Varighet:... mnd/år
- 2.5 Beskriv kort hvem som deltar i prosjektet/ene (sett kryss: fysioterapitjenesten i kommunen/praktiserende fysioterapeuter/andre i helse- og omsorgstjenesten i kommunen/andre universitet/høyskoler/andre)
- 2.6 Beskriv kort hvordan samarbeidet i prosjektet er organisert (fritekst)
- 2.7 Deltar andre yrkesgrupper (utover fysioterapeuter) i forskningsprosjektet? Ja/nei – hvilke?
- 2.8 Hvordan ble du med i forskningsprosjektet? (Ble kontaktet av forskere ved universitet/høyskole/søkte selv/via kjente/annet)
- 2.9 Hvor stor stillingsprosent har du avsatt til deltakelse i forskningsprosjektet? (antall prosent)

- 2.10 Hvordan er din deltakelse i forskningsprosjektet finansiert? Svaralternativer: /Lønn fra universitet/høyskole/fristilling av arbeidstid/kommunen gir fullt driftstilskudd/dekning av redusert egenandel/ prosjektmidler fra Fondet/prosjektmidler fra andre)
- 2.11 Er forskningsprosjektet en fortsettelse av et pågående prosjekt, eller er det et nytt prosjekt? (Fortsettelse/nytt/vet ikke)
- 2.12 Hvem har formulert forskningsspørsmålene? (Jeg selv, universitetet/høyskole, i samarbeid)
- 2.13 Hva slags pasientgruppe er inkludert i forskningsprosjektet? (fritekst)
- 2.14 Hvor vil du plassere forskningsprosjektet ditt i forhold til om det handler om forebyggende helsearbeid/behandling/rehabilitering? (flere kryss mulig)

#### Faglig støtte

- 2.15 Hvor ofte møter du forsker/prosjektleder fra universitet/høyskole? (ukentlig/månedlig/en gang pr halvår/sjeldnere)
- 2.16 Har du veileder i prosjektet? (ja/nei)
- 2.17 Hvis ja: Hvor ofte møter du veileder? (ukentlig/månedlig/en gang pr halvår/sjeldnere)
- 2.18 Deltar du i faglige samlinger/møter med andre fysioterapeuter/forskere? (i FYSIOPRIM/i kommunen/andre)
- 2.19 Opplever du at du har den nødvendige kompetansen for å delta i forskningssamarbeid? (ja/delvis/nei)

#### Mål med prosjektet

- 2.20 Hva er målet for prosjektet? (Rapport/fagartikkel/konferansepresentasjon/fagutvikling i klinikk/utvikle kunnskapsbasert praksis/annet.../flere kryss mulig)
- 2.21 Synes du at forskningsprosjektet er nyttig for egen klinisk praksis? Ja/delvis/nei/vet ikke

*De videre spørsmålene dreier seg om din motivasjon for å drive med forskning, dine erfaringer fra prosjektgjennomføring og dine vurderinger av effekter av denne forskningen. Vi ber deg om å svare ut i fra det forskningsprosjektet du har beskrevet du deltar i i del 2.*

### 3. DIN MOTIVASJON FOR Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

*I denne delen er vi interessert i å vite hva som motiverte deg til å bli med i forskningsprosjektet.*

Ta stilling til disse påstandene:

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig - uaktuelt for min motivasjon]

Jeg deltar i forskningsprosjektet fordi:

- Jeg ble oppfordret til å delta
- Jeg er svært interessert i prosjektets problemstillinger
- Jeg ønsket å utvikle forskerkompetansen min
- Jeg ønsket å få større faglig kompetanse
- Jeg ønsket å kvalitetssikre klinisk praksis
- Jeg ønsket å bruke dette forskningsprosjektet i forbindelse med masterutdanning
- Jeg mener det er viktig at fysioterapeuter i primærhelsetjenesten deltar mer i forskning, slik at vi får mer kompetente klinikere

- Jeg mener at det er for lite forskning på flere problemstillinger og pasientgrupper i primærhelsetjenesten, og det er nødvendig å fremskaffe mer kunnskap om disse gruppene
- Forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten vil styrke faget
- Forskning innenfor primærhelsetjenesten vil styrke fysioterapiprofesjonen
- Forskning innenfor primærhelsetjenesten vil øke kvaliteten på det tverrfaglige arbeidet i primærhelsetjenesten
- Det er viktig med forskning på fysioterapi for å bedre tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten
- Ettersom kommunene har fått større ansvar for helsearbeid gjennom samhandlingsreformen, er det viktigere enn noen gang at det gjøres fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten
- Helsemyndighetenes økte vekt på forebygging aktualiserer fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten

#### 4. DINE ERFARINGER MED Å GJENNOMFØRE DETTE FORSKNINGSPROSJEKTET

*Denne delen handler om dine erfaringer med å delta i forskningsprosjektet, inkludert gjennomføring og oppfølging. Ta stilling til disse påstandene:*

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig]

- Jeg synes rammebetingelsene for å drive forskning er gode i prosjektet
- Jeg taper økonomisk på å drive forskning
- Kolleger er støttende til at jeg gjør forskning
- Leder er støttende til at jeg gjør forskning
- Forskningsprosjektet har krevd uforholdsmessig mye organisering
- Jeg synes det er vanskelig å balansere tiden mellom forskning og klinisk praksis
- Økonomiske og praktiske hindre har gjort det vanskelig å gjennomføre forskningsprosjektet
- Forskningsprosjektet har vært skreddersydd til min arbeidssituasjon og kompetanse
- Jeg opplever å få den faglige veiledningen jeg har behov for
- Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig faglig støtte
- Jeg opplever at familie og venner er støttende til at jeg gjør forskning
- Jeg jobber mer enn 100 % stilling nå som jeg driver med forskning
- Prosjektets forskningsspørsmål er relevante for mitt daglige arbeid i primærhelsetjenesten
- Pasientene mine vil nyte godt av at jeg driver med dette forskningsprosjektet

4.1 Basert på dine erfaringer, hva vil du si er viktige suksesskriterier for å skape et godt forskningsprosjekt der forskere og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten arbeider sammen? (åpen)

4.2 Hvilke sider ved måten forskningssamarbeidet har vært organisert på har gjort det vanskelig for prosjektet å oppnå resultater? (åpen)

#### 5. EFFEKTER AV FORSKNING SARBEIDET

*Denne delen handler om mulige effekter av forskningsarbeidet.*

Ta stilling til disse påstandene:

[Skala fra helt enig-litt enig-litt uenig-helt uenig]

- Jeg planlegger å fortsette å gjøre mer forskning etter at dette forskningsprosjektet er avsluttet

- Jeg planlegger å publisere faglig fra prosjektet
- Etter å ha deltatt i dette forskningsprosjektet har jeg lyst til å gå videre med en master/ph.d/videre forskerutdanning
- Jeg har utviklet større forskningskompetanse
- Forskningen jeg gjør er nyttig for min kliniske praksis
- Jeg opplever å være en faglig ressurs for kolleger i klinikken
- Jeg opplever å være en inspirasjon for kolleger til å arbeide kunnskapsbasert i klinikken
- Jeg opplever at ansatte ved universitet/høgskole lærer om hvordan det er å praktisere fysioterapi i praksis av meg
- Jeg opplever å være en brobygger mellom forskningsfeltet og praksisfeltet
- Jeg har fått skjerpet min evne til å tenke kritisk omkring faglig praksis
- Organiseringen av forskningssamarbeidet har vært på en måte som stimulerer til videre samarbeid med forskere.

## 6. RESULTATER

Har du formidlet resultater av forskningen? (Rapport/fagartikkel/konferansepresentasjon/fagutvikling i klinikk/annet.../flere kryss mulig)

### GENERELT

*Dersom du har noen kommentarer omkring dine erfaringer med forskning på fysioterapi i primærhelsetjenesten generelt, og knyttet til organisering av forskningssamarbeidet spesielt, kan du skrive det her.*

Fritekst-felt.

## Informasjonsskriv til informanter

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten"

### Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å evaluere modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten. Bakgrunnen for studien er at forskningskompetanse og strukturelle rammer for forskning har vært dårlig utviklet innen primærhelsetjenesten. Det finnes likevel etterhvert flere gode eksempler på samarbeidsmodeller omkring forskning. Studien er en evalueringsstudie som gjennomføres av Sintef på oppdrag av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fondet). Fondet arbeider for å styrke forskning i primærhelsetjenesten og ønsker å evaluere de modellene som finnes i dag, samt å høste kunnskap om hvordan man best kan tilrettelegge for videre forskning.

I denne delstudien samler vi inn data ved hjelp av intervju med personer som har vært sentrale i forskningssamarbeid mellom fysioterapeuter og universiteter/høgskoler.

### Hvilke opplysninger vil bli innhentet?

Gjennom intervjuer ønsker vi å få kunnskap om erfaringer med forskningssamarbeidet blant de som har deltatt i det. Spørsmålene vil handle om hvordan forskningen har vært organisert, mål for forskningen, og deltakernes erfaringer av både positiv og negativ art.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Vi vil gjøre lydopptak av intervju som i etterkant vil bli transkribert. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Materialet vil bli oppbevart på en forsvarlig måte slik at utenforstående ikke har tilgang til det. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.09.14. Lydopptak vil da bli slettet, mens anonymiserte transkripsjoner vil bli lagret i to år etter prosjektslutt. Ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i publikasjoner basert på intervjumaterialet.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Har du spørsmål om studien, kan du kontakte:

Forsker Line Melby på telefon 402 24 525, eller på e-post: [line.melby@sintef.no](mailto:line.melby@sintef.no)

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Teknologi for et bedre samfunn

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