

Sluttrapport

FYSIOPRIM – Forskning i primærhelsetjenesten 2010-2015

Sammendrag

Hensikten med den første 5-årsperioden av FYSIOPRIM var å skape en større forskningsinnsats i og for fysioterapi i primærhelsetjenesten, med sikte på å bygge opp kunnskap, kompetanse og rammer som gir grunnlag for videre utvikling av varige forskningsmiljøer. Det har vært tre hovedinnretninger i programmet:

- Gjennom forskningsprosjekter å skape ny kunnskap om og for klinisk praksis
- Gjennom utvikling og utprøving i klinisk praksis å etablere metoder og verktøy for systematisk og standardisert registrering av data relevant for klinisk praksis
- Gjennom utprøving av ulike samarbeidsmodeller mellom klinikere i primærhelsetjenesten og forskningsmiljøer å skape grunnlag for varige samarbeidsmiljøer.

Det er gjennomført en rekke større og mindre prosjekter rettet mot å bedre vår kunnskap om muskelskjelettplager og fysioterapi i primærhelsetjenesten. Det har også kommet til nye studier om temaer utover muskelskjelettplager. Prosjektene har omfattet kliniske studier, epidemiologiske studier, metodestudier og eksperimentelle forsøk, der ulike forskningsmetoder er benyttet. Dessuten har vi sett på samfunnsøkonomiske gevinster av fysioterapi og hvordan dette kan studeres. Det er lagt vekt på å finne frem til og prøve ut metoder og verktøy som kan bli nyttige for og anvendbare i vanlig klinisk praksis. For å oppnå dette, ble det bakt inn i programmet et formalisert samarbeid med private fysioterapiklinikker i fem fylker, der klinikere var involvert med aktiv deltagelse i utformingen av forskningen og andre aktiviteter i programmet.

Rapporten fokuserer på noen hovedresultater oppnådd gjennom hele 5-årsperioden. Innledningsvis gis det en overordnet oppsummering av resultater knyttet til de tre hovedelementene i FYSIOPRIM. Som underlag vedlegges presentasjonene og posterne som ble presentert på konferansen i september 2015 for de ulike prosjektene og aktivitetene. For mer detaljert informasjon om aktiviteter og resultater viser vi til halvårsrapportene. Avslutningsvis gir vi en kort redegjørelse for sluttregnskapet.

Ny kunnskap om og for klinisk praksis

Kunnskap om og for klinisk praksis omfatter metodekunnskap så vel som mer substansiell kunnskap om for eksempel behandlingseffekt. Denne siste kunnskapen omtales her. Resultater knyttet til metodekunnskap omtales i eget punkt nedenfor.

I ett prosjekt har vi vist at pasienter med artrose i liten grad tilbys den behandlingen som internasjonale retningslinjer anbefaler. Dette resultatet følges opp med en sammenlignende studie av kvaliteten av artrosebehandling i primærhelsetjenesten i Portugal, Danmark, England og Norge.

I et annet prosjekt har vi gjennom observasjoner i praksisfeltet og intervjuer med terapeuter og pasienter studert fysioterapipraksis. Studiens fokus har vært rettet mot hvordan terapeuter og pasienter samhandler og samspiller i konkrete situasjoner og hvordan fysioterapi oppleves og erfares av pasienter og terapeuter. Prosjektet bidrar til å løfte frem og synliggjøre den praktiske kunnskapen terapeuten har og hvordan de på dynamisk vis anvender og tilpasser dette i inter-aksjon med den enkelte pasient i ulike konkrete situasjoner. Studien indikerer at kvalitet (eller kvaliteter) i fysioterapi også handler om terapeutens kunnskap og evne til ikke bare å velge riktige tiltak, men også til å tilpasse dem til den enkelte pasient.

Flere av prosjektene har blant annet omfattet undersøkelser av karakteristika ved pasienter som går til behandling hos fysioterapeut. I en studie av pasienter med nakkeplager og friske kontrollpersoner, fant vi forskjeller mellom gruppene for flere bevegelsesparametere som indikerer ulik motorisk kontroll. Mønstrene vi fant, tyder på at pasienter med nakkeplager er mer rigide i sine bevegelser. Det var også klare sammenhenger mellom måter å bevege seg på og smerte eller bevegelsesfrykt. Funnene følges opp i de neste artiklene, blant annet for å undersøke om klinisk bedring henger sammen med endring i bevegelsesmønstre.

Pilotstudien for systematisk registrering av data fra klinisk praksis, viser markant og klinisk relevant bedring for alle pasientgruppene. Med et større materiale som vil bli samlet inn gjennom de neste årene, vil det skapes et grunnlag for mer dyptgående analyser. Ved sammenligning av våre data med HELFO-data, har vi vist at pasientgruppen som oppsøker FYSIOPRIM-klinikkene er representative for pasienter som behandles av avtalefysioterapeutene ellers i Norge. Også for bruk av takster er det godt samsvar. Gjennom disse analysene har vi også vist at det er en variasjon i takstbruk som ikke kan forklares i pasientvariasjon. Dette kan indikere at det er kulturforskjeller mellom terapeuter og klinikker, noe vi ønsker å se nærmere på i kommende periode.

I en randomisert kontrollert klinisk studie fant vi at pasienter med håndartrose som trente, rapporterte mindre smerter og lavere sykdomsaktivitet enn kontrollgruppen rett etter treningsperioden, men at denne effekten var forbigående. Det var ingen forskjeller mellom gruppene etter seks måneder. Treningen hadde for øvrig ingen effekt på gripestyrke. Resultatene indikerer at trening også kan ha en positiv effekt for pasienter med håndartrose, men at treningsprogrammet bør optimaliseres med tanke på å oppnå bedring i gripestyrke.

Med en kvalitativ forskningstilnærming, har et prosjekt utforsket fysioterapi som relasjonell og kontekstuell praksis. Ett tema som har vært undersøkt er hvordan berøring og bevegelse inngår i og påvirker samhandlingen mellom pasient og terapeut. Bruken av disse avhenger av kroppsliggjort kunnskap og kombineres med annen type kunnskap. Gjennom disse undersøkelsene åpnes det opp innsikter i hvordan fysioterapipraksis utøves og hva det er.

I samarbeid med deltagende kommuner, er det gjennomført noen mindre undersøkelser om tiltak som kommunene selv har iverksatt. I Stavanger har FYSIOPRIM bidratt til å implementere standardiserte måleverktøy i ulike kommunale virksomheter innen rehabilitering. Kunnskap og erfaringer oppnådd gjennom FYSIOPRIMs arbeid med verktøy og metoder (se nedenfor) har vært et sentralt fundament for dette. Dette har resultert i en dokumentasjon av bedring i funksjon for tiltak som hverdagsrehabilitering og korttid- og rehabiliteringsopphold i institusjon. Lokalt har dette arbeidet bidratt til å få bedre prosedyrer og retningslinjer. I Ski kommune er ungdommers utfordringer knyttet til stress og

stressmestring, samt deres erfaringer med å delta i et stressmestringskurs undersøkt. Resultatene er nyttige for videre utvikling av det lokale tilbudet.

Metoder og verktøy for systematisk og standardisert registrering av data relevant for klinisk praksis

Vi har gjennomført en bred undersøkelse av spørreskjemaer og tester for fysisk form for å avklare hvilke metoder som har tilstrekkelige metodiske kvaliteter, samtidig som de er anvendbare i klinisk praksis. Dette arbeidet har resultert i en anbefaling om metoder, samt et referansemateriale som resultater for enkeltpersoner kan sammenlignes med. Prosjektet har skapt et godt grunnlag som muliggjør at klinikere kan velge gode og pålitelige metoder som lar seg tolke på enkle måter.

Det har også vært sentralt i FYSIOPRIM å søke å finne frem til enkle mål som kan anvendes bredt på tvers av pasientgrupper. Våre undersøkelser viser at Pasient Spesifikk Funksjons Skala (PSFS) er et enkelt instrument som kan anvendes for alle pasientgrupper. Videre har vi vist at PSFS fanger opp relevante kliniske endringer hos pasienter gjennom en behandlingsperiode hos fysioterapeut.

I en studie har vi vist at også generelle helsemål bedres betydelig gjennom en behandlingsperiode. Dette er vist ved bruk av mål for generelle helsemål (eller helserelatert livskvalitet), som er vanlig å bruke i helseøkonomiske evalueringer. Våre resultater viser at tre av de mest brukte generelle helsemålene i slike evalueringer (EQ-5D, SF6 og 15D) har omtrent like gode metodiske egenskaper og fanger opp relevante forskjeller hos pasienter som går til behandling hos fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

Den største utfordringen for implementering av gode verktøy i klinisk praksis, er å sikre at den informasjon som innsamles oppleves relevant av terapeutene og pasientene, og at investeringen i tid og oppmerksomhet gir noe tilbake. Vi har derfor bidratt til en utvikling av registreringsystemet slik at kliniske data visualiseres og kan brukes i samhandlingen mellom terapeut og pasient. Men foreløpig er systemet ikke fullverdig og godt nok. Arbeidet med videreutvikling vil derfor fortsette i videreføringen av FYSIOPRIM.

Utprøving av ulike samarbeidsmodeller mellom klinikere i primærhelsetjenesten og forskningsmiljøer for å skape grunnlag for varige samarbeidsmiljøer

Resultatene av utprøvingene av samarbeidsmodeller er beskrevet i de to evalueringsrapportene fra henholdsvis Nifu og Sintef. Vi har trukket ut noen hovedelementer fra disse.

Modellen med de seks kliniske koordinatorene har vært med siden oppstarten av FYSIOPRIM, og bruken av slike "partnership facilitators" fremheves som særlig viktig for å lykkes med samarbeid mellom såpass ulike kulturer. Disse rutinerne fysioterapeutene har inntatt en likeverdig rolle i utviklingen av forskningsprosjektene, og det styrker klinisk relevans og forankring i klinikken.

Fysioterapeuter i brostillinger, som er interesserte i å kombinere forskning og praksis, er gode kunnskapsoversettere. De bidrar på ulike måter til økt bevissthet rundt og interesse for forskning og implementering av forskningsresultater. I FYSIOPRIM har vi høstet viktige erfaringer gjennom Veiledermodellen i Trondheim og Brostilling-modellen i Oslo. Dette har

blant annet skapt grunnlag for prosjekter initiert av klinkere. I tillegg ser vi at mer uformelle brobyggere, som ikke har formell forskningskompetanse, tar initiativer som leder til økt samhandling og mer systematisk bruk av forskningsresultater i de respektive kommunene. Et eksempel på dette er Kongsberg kommune, hvor vi har hatt en klinisk koordinator og en hospitant. «FYSIOPRIM kvalitetssikrer tjenesten vår, og vi blir bedre samarbeidspartnere», sier klinisk koordinator Ragnhild Karlsen.

Det er avgjørende å bygge nettverk og utvikle forskningspartnerskapet over tid. Underveis i prosjektperioden har nye forbindelser oppstått og blitt styrket, og enkelte nettverk fortsetter uavhengig av FYSIOPRIM. Dette kan bare skje når medarbeiderne kommer sammen. Vi har lyktes med å skape noen møteplasser for klinikere, kommuner og forskningsmiljøer som legger til rette for varige samarbeid basert på likeverdighet og tydelig to-veis utveksling av kunnskaper og erfaring.

Det er faktisk lite som skal til for å legge til rette for kunnskapsutveksling mellom klinikk og akademia. Klinikere som har vært tilknyttet i små stillingsbrøker (20 %) uttrykker at dette gir tilfredsstillende rom for fordypning, og at de opplever at det har betydning ut over de konkrete resultatene fra hvert enkelt prosjekt. Å ha en FYSIOPRIM-tilknytning gir selvtillit og troverdighet til å fremme fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Økonomi og ressursbruk

Regnskapet er avsluttet med en regnskapsført samlet kostnad på kr 43 246 536. Av dette er Fondets bevilgning belastet med kr 30 493 303. Det resterende beløpet er egeninnsats fra institusjonene. Regnskapet er i rimelig samsvar med opprinnelig budsjett når det gjelder bruk av midler ved de enkelte institusjonene og fordelingen mellom de ulike prosjektene. Den største delen av bevilgningen og egeninnsatsen har vært benyttet til forskerlønn. Men også honorar og lønn til klinkerne utgjør en betydelig andel. Av regnskapstekniske årsaker, er en god del av lønnen til klinikere ikke regnskapsført slik at det enkelt kunne tas ut som egen post i regnskapet. Vi vil derfor fremheve at det er brukt ca 2.2 millioner kroner av bevilgningen til modellforsøkene. Dette er omtrent som budsjettet, og beløpet er i all vesentlig grad lønn og honorar for klinikere. I tillegg er det regnskapsført ca 1.2 millioner kroner som lønn og honorar til klinkere i de andre prosjektene og som fellesressurs i programmet (f. eks. kliniske koordinatører).

Oppnådde resultater og formidling

Det har vært gjort en stor formidlingsinnsats gjennom foredrag, seminarer og kurs, i tillegg til at FYSIOPRIMs prosjekter har vært presentert på mange konferanser nasjonalt og internasjonalt. Denne typen presentasjoner har vært listet opp i fremdriftsrapportene og gjentas ikke her. Nedenfor følger en kronologisk liste over avhandlinger, vitenskapelige artikler, bokkapitler og fagartikler. Vi har også tatt med medieoppslag som klinikere har initiert og skrevet.

Ph.d.-avhandlinger

Anne Therese Tveter: **Measuring health-related physical fitness in patients with musculoskeletal conditions in outpatient physiotherapy practice – a methodological study.** Forsvart for ph.d.-graden høsten 2014

Ingebrigt Meisingseth: **Motion, motor control and psychological factors in neck pain.** Innlevert og forventet disputas våren 2016.

Vitenskapelige publikasjoner - fagfelleurdert

Mengshoel AM: **Mixed methods research--so far easier said than done?** *Man Ther* 2012, **17**(4):373-375.

Moseng T, Tveter AT, Holm I, Dagfinrud H: **Pasient-Spesifikk Funksjons Skala: Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.** *Fysioterapeuten* 2013, **2**: 20-26.

Dagfinrud H, Storheim K, Magnussen LH, Odegaard T, Hoftaniska I, Larsen LG, Ringstad PO, Hatlebrette F, Grotle M: **The predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire and the clinicians' prognostic assessment following manual therapy treatment of patients with LBP and neck pain.** *Man Ther* 2013, **18**(2):124-129.

Lillehagen I, Vøllestad NK, Heggen K, Engebretsen E: **Protocol for a qualitative study of knowledge translation in a participatory research project.** *BMJ Open* 2013, **3**(8).

Vasseljen O, Woodhouse A, Bjorngaard JH, Leivseth L: **Natural course of acute neck and low back pain in the general population: the HUNT study.** *Pain* 2013, **154**(8):1237-1244.

Øiestad BE, Østerås N, Frobell R, Grotle M, Brogger H, Risberg MA: **Efficacy of strength and aerobic exercise on patient-reported outcomes and structural changes in patients with knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial.** *BMC Musculoskelet Disord* 2013, **14**:266.

Østerås N, Garratt A, Grotle M, Natvig B, Kjekken I, Kvien TK, Hagen KB: **Patient-reported quality of care for osteoarthritis: development and testing of the osteoarthritis quality indicator questionnaire.** *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013, **65**(7):1043-1051.

Østerås N, Kjekken I, Smedslund G, Moe RH, Slatkowsky-Christensen B, Uhlig T, Hagen KB: **Exercises for hand osteoarthritis (Protocol).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, **2**:Art.no.:CD010388.

Høysveen T, Østerås N, Tveter AT, Moseng T, Peter W, Terwee C, Dagfinrud H: **Ny metode for funksjonsvurdering av pasienter med hoft- og/eller kneartrose.** *Fysioterapeuten* 2014, **81**(9):10-15.

Mengshoel AM, Chowdhury A, Bjorbærkmo WS: **Evaluering av behandlingsforløp og utkomme i klinisk praksis.** *Fysioterapeuten* 2014, **81**(9):20-24.

Moseng T, Tveter AT, Holm I, Dagfinrud H: **Patients with musculoskeletal conditions do less vigorous physical activity and have poorer physical fitness than population controls: a cross-sectional study.** *Physiotherapy* 2014, **100**(4):319-324.

Robinson HS, Mengshoel AM: **Assessments of lumbar flexion range of motion: Intertester reliability and concurrent validity of 2 commonly used clinical tests.** *Spine* 2014, **39**(4):270-275.

Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I: **Health-Related Physical Fitness Measures: Reference Values and Reference Equations for Use in Clinical Practice.** *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014, **95**(7):1366-1373.

Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I: **Measuring Health-Related Physical Fitness in Physiotherapy Practice: Reliability, Validity, and Feasibility of Clinical Field Tests and a Patient-Reported Measure.** *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2014, **44**(3):206-216.

Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I: **Health-Related Physical Fitness Measures: Reference Values and Reference Equations for Use in Clinical Practice.** *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014, **95**(7):1366-1373.

Vasseljen O: **Nakke- og ryggplager. Smertens naturlige forløp i befolkningen.** *Best Practice* 2014, **10**(3):8-10.

Østerås N, Hagen KB, Grotle M, Sand-Svartrud AL, Mowinckel P, Aas E, Kjekken I: **Exercise programme with telephone follow-up for people with hand osteoarthritis - protocol for a randomised controlled trial.** *BMC Musculoskelet Disord* 2014, **15**:82.

Østerås N, Hagen KB, Grotle M, Sand-Svartrud AL, Mowinckel P, Kjekken I: **Limited effects of exercises in people with hand osteoarthritis: results from a randomized controlled trial.** *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society* 2014, **22**(9):1224-1233.

Engebretsen E, Vollestad NK, Wahl AK, Robinson HS, Heggen K: **Unpacking the process of interpretation in evidence-based decision making.** *J Eval Clin Pract* 2015, **21**(3):529-531.

Engh L, Strand LI, Robinson HS, Tveter AT, Moseng T, Dagfinrud H: **Back Performance Scale (BPS): Funksjonsvurdering av pasienter med ryggplager i primærhelsetjenesten.** *Fysioterapeuten* 2015, **82**(9):22-27.

Haukaas FS, Vøllestad NK, Robinson HS, Aas E: **Helseøkonomisk evaluering i fysioterapi.** *Fysioterapeuten* 2015, **82**(10):22-27.

Holm I, Tveter AT, Moseng T, Dagfinrud H: **Does outpatient physical therapy with the aim of improving health-related physical fitness influence the level of physical activity in patients with long-term musculoskeletal conditions?** *Physiotherapy* 2015, **101**(3):273-278.

Loras H, Ohberg F, Vasseljen O, Stensdotter AK: **Frame-difference analysis of video-recorded laser-beam projections.** *Man Ther* 2015, **20**(6):879-883.

Meisingset I, Stensdotter AK, Woodhouse A, Vasseljen O: **Neck motion, motor control, pain and disability: A longitudinal study of associations in neck pain patients in physiotherapy treatment.** *Man Ther* 2015.

Meisingset I, Woodhouse A, Stensdotter AK, Stavadahl O, Loras H, Gismervik S, Andresen H, Austreim K, Vasseljen O: **Evidence for a general stiffening motor control pattern in neck pain: a cross sectional study.** *BMC Musculoskelet Disord* 2015, **16**:56.

Peter WF, Loos M, de Vet HC, Boers M, Harlaar J, Roorda LD, Poolman RW, Scholtes VA, Boogaard J, Buitelaar H *et al*: **Development and preliminary testing of a computerized animated activity questionnaire in patients with hip and knee osteoarthritis.** *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2015, **67**(1):32-39.

Bjorbaekmo WS, Mengshoel AM: **"A touch of physiotherapy" - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy.** *Physiotherapy theory and practice* 2016, **32**(1):10-19.

Nicholls DA, Atkinson K, Bjorbækmo WS, BGibson B, Latchem J, Olesen J, Ralls J, Setchell J: **Connectivity: An emerging concept for physiotherapy practice.** *Physiotherapy theory and practice* 2016, *In press*.

Meisingset I, Stensdotter AK, Woodhouse A, Vasseljen O: **Predictors for global perceived effect after physiotherapy treatment in patients with neck pain: An observational study.** *Submitted.* 2016.

Stensdotter AK, Meisingset I, Pedersen DM, Vasseljen O, Stavadahl O: **Head steadiness in response to unpredictable perturbations in patients with insidious neck pain.** *Submitted.* 2016.

Stensdotter AK, Pedersen DM, Meisingset I, Vasseljen O, Stavadahl O: **Mechanisms Controlling Human Head Stabilization During Random Rotational Perturbations In The Horizontal Plane Revised.** *Re-submitted.* 2016.

Woodhouse A, Pape K, Romundstad PR, Vasseljen O: **Health care contact following a new incident neck or low back pain episode in the general population; the HUNT study. 2nd revision.** 2016.

Chowdhury A, Bjorbaekmo WS: **Clinical Reasoning – Embodied Meaning-Making in Physiotherapy.** *Physiotherapy theory and practice, In revision.*

Robinson HS, Dagfinrud H: **Reliability and validity of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in primary health care physiotherapy practice.** *In prep.*

Vøllestad NK, Dagfinrud H, Robinson HS: **Responsiveness and feasibility of generic measures of health applied to patients treated by physiotherapists in primary health care.** *In prep.*

Bokkapitler og fagartikler

Vøllestad NK: **Primary care research – new opportunities.** *Public Service Review: European Science & Technology*, vol. 13; 2011: 110-111.

Vøllestad NK: **FYSIOPRIM - for å styrke primærhelsetjenesten gjennom forskning.** *Fysioterapeuten*. 2013, **2**: 27.

Bjørnbækmo WS: **Forskning og praksis hånd i hånd – mål eller utopi? Tanker om forskningens betydning for praksis – og vice versa.** *Fysioterapeuten* 2014, **9**:26-29.

Dagfinrud H: **Enkelt er godt nok - om å dokumentere klinisk praksis.** *Fysioterapeuten* 2015, **82**(2):34-35.

Engbretsen E, Vøllestad NK, Wahl AK, Robinson HS, Heggen K: **Opening the black box of clinical decision making: Interpretation is a central feature in evidence-based medicine.** In: *LSE Impact blog*. 2015.

Bjørnbækmo WS, Shaw J: **Physiotherapy at the intersection between standardization and individual adaptation.** In: *Critical Studies in Physiotherapy*.. Edited by Critical Physiotherapy Network (CPN) *In press.*

Medieoppslag - aviser

Blaker, IB. **Er kommunehelsetjenesten klar?** Stavanger Aftenblad, 7. Des. 2011

Karlsen, R. **Trener livsgnisten tilbake.** Laagendalsposten, 8. Nov 2011