

Videreutdanning for fysioterapeuter

Behov for ny bred klinisk masterutdanning?

Publikasjonens tittel: Videreutdanning for fysioterapeuter: Behov for ny bred klinisk masterutdanning?

Utgitt: 03/2018

Bestillingsnummer: IS-2716

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling global helse og dokumentasjon. Global Health and Health Intelligence.

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

Lenke til PDF: www.helsedirektoratet.no

Denne rapporten er svar på Tillegg til oppdragsbrev nr. 35 – Videreutdanning for fysioterapeuter. Rapporten er skrevet på bakgrunn av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, som skisserer utfordringer knyttet til endret befolkningssammensetning og økt behov for personell med bred klinisk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Rapporten svarer ut de to første punktene av oppdraget som gjelder å vurdere hvilke videreutdanninger for fysioterapeuter opp til mastergradsnivå det er behov for, og i hvilken grad det er behov for nye brede kliniske videreutdanninger basert på tjenestenes behov for fysioterapeuter. Del 3 som dreier seg om hvorvidt det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter vil besvares i et eget oppdrag.

I dette arbeidet har Helsedirektoratet hentet inn innspill og vurderinger fra en rekke aktører. Denne dialogen har vært av stor betydning for å kunne løse oppdraget. Helsedirektoratet takker representanter fra utdanningssektoren, helse- og omsorgssektoren, brukerorganisasjoner, fylkesmenn, KS og fysioterapeutenes yrkesorganisasjoner for verdifulle bidrag og god dialog. Vi retter også en spesiell takk til våre eksterne samarbeidspartnere og bidragsytere Marianne Aars (OsloMet), og Henning Denstad (A2). Det er Helsedirektoratet som står ansvarlig for anbefalinger, vurderinger og eventuelle feil i denne rapporten.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	2
INNHALDSFORTEGNELSE	3
OPPDRAGSBESKRIVELSE	7
SAMMENDRAG	9
1 INNLEDNING	11
1.1 Om fysioterapi	11
1.2 Bakgrunn	11
1.3 Avgrensninger	12
1.4 Hvordan vil oppdraget besvares	13
2 UTVIKLINGSTREKK I BEFOLKNINGEN OG TJENESTENE OG BEHOV FOR FYSIOTERAPIKOMPETANSE	14
2.1 Utviklingstrekk som påvirker behovet for fysioterapeuter	14
2.2 Den demografiske utviklingen	15
Urfolk, innvandrere og likeverdige helsetjenester	15
2.3 Sykdomsutvikling, teknologisk og medisinsk utvikling	16
2.4 Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten	19

Samhandlingsreformen medfører økt behov for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten	19
Samlokalisering av tjenester, og tverrfaglige team	20
Rammevilkår og avtaler for fysioterapeuter i kommunene	20
2.5 Habilitering og rehabilitering	22
2.6 Foreløpig oppsummering	24
3 DAGENS UTDANNINGER FOR FYSIOTERAPEUTER	25
3.1 Om grunnutdanningen	25
Hvilken kompetanse gir bachelorutdanningen?	25
Turnustjenesten for fysioterapeuter	27
Dekker bachelorutdanningen i fysioterapi kommunehelsetjenestens kompetansebehov?	27
3.2 Dagens studietilbud innen videreutdanninger for fysioterapeuter	28
Fem kliniske mastergradsprogram	30
Master i idrettsfysioterapi, Norges idrettshøgskole	30
Master i klinisk fysioterapi, Høgskulen på Vestlandet (HVL)	31
Klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuellterapi, Universitet i Bergen	31
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet	31
Master i helsefag – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi	32
3.3 Foreløpig oppsummering	32
4 ER DET NY KOMPETANSE; BEDRE ORGANISERING AV TJENESTENE ELLER MER KAPASITET SOM ER SVARET?	34
4.1 Personer med store og sammensatte behov	34
Fysioterapeuters plass i behandling av pasienter med store og sammensatte behov	35
Videreutdanning på området, konklusjon	36
4.2 Muskel- og skjelettlidelser	36
Videreutdanning på området, konklusjon	37
4.3 Psykisk helse og rus	38
Videreutdanning på området, konklusjon	39
4.4 Nevrologi, hjernehelse	40

Videreutdanning på området, konklusjon	41
4.5 Hjerte- og lungelidelser	41
Videreutdanning på området, konklusjon	41
4.6 Barn og unge	42
Videreutdanning på området, konklusjon	43
4.7 Eldre	43
Videreutdanning på området, konklusjon	45
5 NY, BRED KLINISK VIDEREUTDANNING PÅ MASTERGRADSNIVÅ FOR FYSIOTERAPEUTER	46
5.1 Mastergradsnivå	46
5.2 Målbilde: Sluttkompetanse med mastergrad i avansert klinisk fysioterapi	47
5.3 Drøfting av målgruppen for fysioterapeuter med avansert klinisk mastergrad	50
Pasienter med store og sammensatte behov	50
Eldre	51
Sammenhengen mellom psykiske og somatiske helseplager	52
5.4 Navnet på utdanningen som foreslås	53
5.5 Kan eksisterende videreutdanninger utvikles for å dekke behovet?	53
5.6 Hvordan kan disse fysioterapeutene jobbe	54
Ledelse	54
Organisering	55
6 AVSLUTNING	57
6.1 Alternativ med femårig grunnutdanning?	57
6.2 Konklusjon: Helsedirektoratets anbefaling	57
7 ØKONOMISK-ADMINISTRATIV VURDERING	59

7.1 Avgrensninger	59
7.2 Økonomiske vurderinger	59
Oppdragsundervisning	60
Stimuleringstilskudd til utdanningsinstitusjoner	60
Lønnstilskudd	61
7.3 Kostnader for arbeidsgiver	61
7.4 Jobbglidning/oppgavedeling	62
7.5 Nytteverdi	62
7.6 Evaluering	62
8 VEDLEGG	64
8.1 Vedlegg: Hvordan arbeider fysioterapeuter i de ulike delene av tjenesten	64
Fysioterapeuter i kommunal helse- og omsorgstjeneste	64
Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten	65

OPPDRAGSBESKRIVELSE

OPPDRAGSBREV (Tillegg til oppdragsbrev nr. 35 – Videreutdanning for fysioterapeuter) Brev av 28.06.2017

Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette Helsedirektoratet i oppdrag og vurdere videreutdanningstilbudet for fysioterapeuter.

Oppdraget består av følgende tre deler:

1. Vurdere hvilke kliniske videreutdanning(er) opptil mastergradsnivå for fysioterapeuter det er behov for, gitt føringene i Meld. St. 26.
2. Basert på (1) vurdere eventuell etablering av ny(e), brede klinisk(e) videreutdanning(er) for fysioterapeuter rettet mot behovene i tjenesten. Disse kan være basert på eksisterende utdanninger.
3. Basert på (1) og (2) å vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter med nærmere bestemte videreutdanninger.

I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet drøftes utfordringer knyttet til endret befolkningssammensetning og økt behov for breddekompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for høyt utdannet personell, både sykepleiere og andre, som samtidig har bred klinisk kompetanse. I samme melding står følgende: *Regjeringen vil utrede om forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger skal endres slik at sykepleiere med nærmere definerte masterutdanninger skal bli offentlige godkjente spesialister. Det skal også vurderes om fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi skal inkluderes.*

I oppfølgingen av Meld. St. 26 ser departementet det hensiktsmessig å se bredere på både behovet for fysioterapeuter med kliniske mastergrader og hvilke av disse som eventuelt er aktuelle for spesialistgodkjenning. Det er behov for mastergradsutdanninger som gir breddekompetanse. Det er nødvendig å vurdere om dagens videreutdanninger møter behovet i tjenesten.

Vi viser i denne anledning også til oppdrag som Helsedirektoratet jobber med som ledd i oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan, med gjennomgang og vurdering av videreutdanningstilbudet for sykepleiere mv. og kommende fase 2 vedrørende mulig offentlig spesialistgodkjenning og utvidete rettigheter for visse grupper. HOD ser behov for, og legger

til grunn, at Helsedirektoratet må nærme seg aktuelle problemstillinger på en helhetlig og prinsipiell måte.

I vurderingen av befolkningens behov, og dermed tjenestens behov, for fysioterapikompetanse vil det være nødvendig å involvere andre aktører. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helsedirektoratet innhenter innspill fra aktuelle aktører på egnet vis.

For å stimulere en utvikling med brede kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet i tjenestene, vil regjeringen vurdere å bruke offentlig spesialistgodkjenning som virkemiddel. Det vises i denne sammenheng til tidligere delutredning 1 om vurdering av offentlig spesialistutdanning for aktuelle helsepersonellgrupper foretatt av Helsedirektoratet i 2012.

Det forutsettes at eventuelle nye videreutdanninger og videreutdanninger som eventuelt foreslås gitt en offentlig spesialistgodkjenning er på masternivå, dvs. minimum 120 studiepoeng. I tillegg bør det vektlegges at studiet inneholder veiledet klinisk praksis og kan gi en klinisk spesialistkompetanse.

Direktoratets forslag til gjennomføring av slikt tiltak må også inneholde en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for det opplegget som skisseres.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet har, med innspill fra eksterne aktører, vurdert behovet for videreutdanninger i klinisk fysioterapi. Fysioterapeuter jobber med ulike oppgaver både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og dette utgjør en sammensatt kontekst i forhold til å besvare hva som er tjenestens behov for fysioterapi.

I det følgende har vi tatt utgangspunkt i befolkningens behov som det underliggende grunnlaget for tjenestens behov. Vi har beskrevet og differensiert på om mangel på tilgang på (spesialisert) fysioterapikompetanse kan skyldes uhensiktsmessig organisering av tjenestene; mangel på kapasitet; eller mangel på kompetanse hos de utdannede kandidatene.

Det har etter hvert tegnet seg følgende bilde:

- Spesielt de kommunale helse- og omsorgstjenestene er kjennetegnet av store variasjoner. Mange kommuner ser ut til å ha en underdimensjonert fysioterapitjeneste, det ser ikke ut til at det opprettes nok kommunale stillinger til å dekke befolkningens behov for fysioterapi.
- Kommunene evner i varierende grad å benytte seg av kompetanseplanlegging og av de muligheter for å styre fysioterapitjenestene som ligger i dagens regelverk.
- Det er behov for alle de eksisterende videreutdanninger i fysioterapi for å dekke behov for kompetanse.
- Det behøves økt tilgang til spesialisert fysioterapikompetanse (som spesialisert innen nevrologi, lunge/hjerte) men her finnes videreutdanninger som på sikt kan dekke behovet.
- Det behøves bedre tilgang til fysioterapeuter som jobber med *sammenhengen mellom pasientenes psykiske og somatiske helse*. Ulike aktører inkludert brukere beskriver ofte en manglende evne til å kunne se pasientenes psykiske plager, og å se disse i sammenheng med fysiske helseplager som for eksempel muskel- og skjelettplager.
- Det er avdekket mangel på *fysioterapikompetanse for barn*, som bør avhjelpes ved å opprette et lengre videreutdanningsløp (eventuelt en master) rettet inn mot barnefysioterapi. Dette vil videre kunne bidra til å arbeide forebyggende, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.
- Helsedirektoratet ser at det er behov for noe høyere fysioterapikompetanse i kommunene, knyttet til blant annet overføring av pasienter i forbindelse med samhandlingsreformen. De områdene som er dårligst dekket gjelder pasienter med store og sammensatte behov, eldre, og kunnskap om sammenheng mellom psykiske og somatiske helseplager. Derfor anbefaler

Helsedirektoratet at det opprettes en *ny bred klinisk master i fysioterapi med fokus på pasienter med store og sammensatte behov, eldre, og kompetanse på å se fysiske og psykiske plager i sammenheng*. En slik ny utdanning vil måtte utarbeides i nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenesten.

1 INNLEDNING

1.1 Om fysioterapi

Fysioterapeuter jobber med kropp og bevegelse for å fremme god helse. En fysioterapeut undersøker, forebygger og behandler skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet¹. Målet med fysioterapi er å fremme endringsprosesser som kan bidra til smertelindring og funksjonsforbedring, evt. opprettholdelse av funksjonsevnen på kort og lang sikt. Grunnlaget for fysioterapipraksis legges i grunnutdanningen (bachelorutdanningen), hvor teori og praksis inngår i en helhet. Grunnutdanningen for fysioterapeuter etterfølges av ett års turnustjeneste med arbeidserfaringer fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Fysioterapeuter arbeider både i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuter kan ha ansettelsesforhold både i kommunale tjenester og i private institutter og praksiser med og uten kommunale avtaler. Det vil være behovene i befolkningen for fysioterapikompetanse som skal avgjøre hvordan utdanningsinnholdet skal formes og hvilke videreutdanninger som behøves.

1.2 Bakgrunn

Denne utredningen tar utgangspunkt i føringene i Meld. St. 26 (2014-2015) Primærhelsemeldingen; Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan; Opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering; regjeringsplattformen 2018 fra Jeløya; og andre relevante dokumenter. Utfordringene med å møte fremtidens personellbehov i helse- og omsorgstjenesten danner et viktig bakteppe for utredningen. Det er i St. Meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen pekt på flere utfordringer på personellområdet framover. Kommunene har etter reformen fått overført oppgaver og ansvar for behandling og oppfølging av langt flere pasienter med omfattende behov for tjenester enn før. Framskrivninger av behov for helsepersonell og befolkningsutviklingen i landet tyder på at det ikke vil være realistisk å kunne møte fremtidens behov ved å ansette stadig flere i tjenesten. Behovet må i stedet møtes blant annet ved å utvikle og utvide kompetansen til de som allerede jobber i tjenesten og gjennom kompetanseplanlegging vurdere hvilken type kompetanse som skal benyttes til ulike typer oppgaver. Oppgaveflytting og jobbglidning mellom ulike personellgrupper, herunder også oppgaver som kan løses i nærmiljøet, vil inngå i en systematisk kompetansekartlegging for å planlegge personell- og kompetansebehov framover. Oppdraget med vurdering av behov for fysioterapeuter med videreutdanninger inngår i Kompetanseløft 2020,

¹ Norsk Fysioterapeutforbund (<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi>)

regjeringens plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Primærhelsemeldingen peker på viktige omsorgsutfordringer i årene som kommer, med flere pasienter med større behov ute i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi vil diskutere kort forskjellige forslag fra meldingen om omorganisering (for eksempel bruk av team) der det er relevant.

I regjeringens politiske plattform fra Jeløya, 14. januar 2018, nevnes også tema som er relevante for oppdraget. Blant annet står følgende:

«Regjeringen vil sikre valgfrihet for brukerne og styrke de ansattes kompetanse. (...) Tilbudet til de mest utsatte, særlig innen rus og psykisk helse, samt syke eldre, må fortsatt styrkes»

(...)

«Helse- og omsorgstjenestene i kommunene må moderniseres og styrkes, og det må jobbes for et helhetlig og sammenhengende tilbud tilpasset den enkeltes behov. Andelen eldre i befolkningen er økende, og stadig flere har kroniske sykdommer og sammensatte omsorgsbehov. Dette øker presset på primærhelsetjenesten. Regjeringen vil sikre alle tilgang til en kompetent og godt organisert primærhelsetjeneste, uansett hvor man bor i landet.»

Samarbeid med brukere/pasienter, pårørende og andre i nærmiljøet skal styrkes framover for å skape pasientens helsetjeneste. I Primærhelsemeldingen nevnes brukerinnspill som går på ønske om blant annet kompetanseheving i tjenesten; vurdering av medisinfri behandling; tilbud om opplæring og mestring; og forståelse for hele mennesket. Fysioterapeuter med relevant videreutdanning vil kunne bidra på disse punktene.

Likestillingsperspektivet fremheves i utredningen der det faller naturlig. Innvandrere og urfolk omtales spesielt, og kvinners og menns ulike sykdomsbilder fremkommer i ulike deler av teksten. Mennesker med nedsatt funksjonsevne eller utviklingshemming er målgrupper for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene og er dermed hovedmålgrupper i denne rapporten.

1.3 Avgrensninger

Det er oppdragets del 1 og 2 som vil besvares her. Del 3 som omhandler mulig spesialistgodkjenning vil besvares på et senere tidspunkt, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet har i oppdraget sett hen til situasjonen i Norge. For del 3 om spesialistgodkjenning er det foretatt en kartlegging av hvordan dette gjøres i andre europeiske land, som vil presenteres i svar på det punktet senere.

Det er foretatt store endringer i organiseringen av fysioterapitjenestene de siste årene. Vi vil ikke beskrive i detalj de organisatoriske rammevilkår for fysioterapeuter i denne rapporten, men vil komme inn på det dersom vi mener det har betydning for besvarelsen av oppdraget.

1.4 Hvordan vil oppdraget besvares

I det følgende vil vi ta utgangspunkt i *befolkningens* behov som det endelige grunnlaget for *tjenestenes behov*, og vi tar i bruk ulike kilder for å beskrive dette. I rapporten vurderes statistikk blant annet om sykdomsbyrde, helse- og omsorgstjenesten, og befolkningsframskrivninger opp mot hva dagens videreutdanninger i fysioterapi dekker av faglige utfordringer og målgrupper. Organiseringen av fysioterapitjenesten har stor innvirkning på utnyttelse av kompetanse og kapasitet, så vurderinger knyttet til dette er en del av rapporten.

I rapporten vil vi først beskrive behov for avansert fysioterapikompetanse vi ser ved å sammenstille statistikk, en spørreundersøkelse til kommunene² og innspill fra eksterne aktører, før vi går gjennom dagens videreutdanninger i fysioterapi og ser hvilke områder som er godt eller lite godt dekket. Deretter diskuteres i hvilken grad de identifiserte behovene kan møtes med organisatoriske endringer i tjenesten; endringer i kapasitet; eller endringer i kompetanse i utdanningsløpene. Deretter beskrives løsningene vi ser i form av et nytt masterstudium der målene for kompetanse beskrives, og så en kort avslutning med anbefalinger. Til sist presenteres en oversikt over økonomisk-administrative konsekvenser.

En oversikt over hvordan fysioterapeuter arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten ligger som vedlegg.

² Upublisert spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet 2014 (Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Ca. 60 % svarte på undersøkelsen. Svarene er referert i Rapport IS-2467, Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

2 UTVIKLINGSTREKK I BEFOLKNINGEN OG TJENESTENE OG BEHOV FOR FYSIOTERAPIKOMPETANSE

2.1 Utviklingstrekk som påvirker behovet for fysioterapeuter

Hvis utviklingen i bruk av helsetjenester og behov for helsepersonell fortsetter fremover slik den har gått til nå vil det innen 2040 være et stort misforhold mellom antall personell i helsesektoren og antall pasienter/pleiebehov. Dette lar seg ikke løse rent kvantitativt ved å ansette stadig flere i helsesektoren, i stedet må man jobbe kvalitativt blant annet med kompetansen til de som arbeider der allerede. Kompetanseløft 2020 er en viktig del av denne satsningen. I denne rapporten skal vi forsøke å si noe om hvorvidt man vil behøve fysioterapeuter med høyere og bredere klinisk kompetanse enn i dag.

I arbeidet har vi tatt i bruk befolkningsstatistikk og framskrivninger, relevant forskning, innspill fra ulike interessenter med mer. Et viktig bidrag kommer fra en kartleggingsundersøkelse Helsedirektoratet sendte ut til alle kommuner og bydeler i 2014, med spørsmål om habilitering og rehabilitering.³ Om lag 93 % av kommunene/bydelene som svarte mente at tilbudet om habilitering og rehabilitering i kommunene burde styrkes. Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 er senere startet, men informasjon om spesifikke brukergrupper som ble pekt på i spørreundersøkelsen med behov som ikke dekkes godt nok, vil drøftes nedenfor. Det er særlig tre forhold som gjør at helse- og omsorgstjenesten har vært, er og vil være i stor endring i årene fremover, og som vil kunne påvirke behovsprofilen for fysioterapeuter med videreutdanning.

1. Den demografiske utviklingen
2. Befolkningens sykdomsutvikling, den medisinske og teknologiske utviklingen
3. Samhandlingsreformen og andre politiske vedtak som påvirker helse- og omsorgstjenestens organisering

³ Upublisert spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet 2014 (Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Ca. 60 % svarte på undersøkelsen. Svarene er referert i Rapport IS-2467, Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

2.2 Den demografiske utviklingen

Den demografiske utviklingen i Norge vil føre til et økende antall *eldre* med behov for tjenester. Levealderen har vært økende lenge og vil sannsynligvis fortsatt øke i årene som kommer. Fra 2012 til 2106 har antallet innbyggere over 67 år økt med nesten 14 %. Denne utviklingen skjer samtidig som antall barnefødsler går ned. Det betyr at andelen eldre i befolkningen blir større.

Det er imidlertid knyttet usikkerhet til hvilke konkrete behov de eldre vil ha for helsehjelp, om de vil ha flere år enn nå med behov for helsehjelp, eller om behovet for hjelp vil forskyves i takt med økende alder, såkalt «utsatt sykkelighet»⁴. Hvis vi lever lenger og samtidig beholder helsen lenger, vil dette kunne redusere betydningen av en aldrende befolkning for behovet for helsehjelp, og dermed for helseutgiftene. Helseutgiftene stiger med alderen, men synker for de aller eldste. Det er altså ikke aldring som er den viktigste driveren for økende helseutgifter, men hvorvidt de eldre lever lenge, og om de har god helse eller ikke når de lever lenger.

Utviklingen i Norge de siste 10-15 årene tyder på at økende alder påvirker behovet for tjenester. Antallet eldre som får helse- og omsorgstjenester i kommunene er allerede økende. Det ser ut som det er økende alder hos menn som bidrar mest til økningen i antallet pasienter som får helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester⁵. Det er allikevel fortsatt svært stor overvekt av kvinner i den aller eldste delen av befolkningen. Statistikk for 2016 viser at den største andelen av pasienter med omfattende bistandsbehov i kommunale helse- og omsorgstjenester er i gruppen mottakere over 90 år: 34 %⁶. Også i spesialisthelsetjenesten øker antallet eldre pasienter. Fra 2012 til 2016 økte antall personer over 67 år som var pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste med hele 17 %, en vekst som er større enn befolkningsveksten på 14 %⁷. Eldre pasienter har ofte flere ulike sykdommer som kan interagere med hverandre i tillegg til rene aldersrelaterte plager. Dette kan skape behov for flere fysioterapeuter med videreutdanning som gir økt bredde- og vurderingskompetanse, slik at de ser helheten i pasientenes behov.

Urfolk, innvandrere og likeverdige helsetjenester

Helse- og omsorgstjenestene som gis skal være likeverdige for alle innbyggere. Dette innbefatter også samiske pasienter, som utgjør en betydelig andel og til dels flertallet av befolkningen spesielt i noen av kommunene nord for Saltfjellet. Fordi personer med samisk bakgrunn kan ha en annen forståelse av hvordan sykdom oppstår og hvordan man kommuniserer om det⁸, er det behov for mer

⁵ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter 16/2017*, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

⁶ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter 16/2017*, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

⁷ Mortensen, S. M. & Kaltheth, B. «Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen», *Analysenotat SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 10/2017*, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

⁸ <https://www.napha.no/content/20806/SANKS-er-der-for-pasientene-og--kommunehelsetjenesten>

kunnskap om samisk kultur og språk. Likeverdige helse- og omsorgstjenester for samiske pasienter innebærer at tjenester må tilrettelegges slik at samiske pasienters språk og kulturelle bakgrunn ikke er til hinder for at det kan ytes forsvarlige tjenester.

Innvandrerbefolkningen utgjør nå en betydelig andel av befolkningen, spesielt i Oslo og Østlandsområdet med over 30 %. På samme måte som for samiske personer, kan innvandrere ha andre måter å forstå og snakke om sykdom på. Deler av innvandrerbefolkningen ser videre ut til å ha en høyere forekomst av noen helseplager enn befolkningen for øvrig, som diabetes og psykiske plager⁹. Blant innvandrere er arbeidsinnvandrere fra Polen den største gruppen i dag. Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utgjør en mindre andel av innvandrerbefolkningen. De har fulle rettigheter til helsehjelp og skal sikres god informasjon om rettigheter¹⁰. Også personer med endelig avslag på asylsøknaden og andre personer uten lovlig opphold i landet har rett til øyeblikkelig helsehjelp og helsehjelp som ikke kan vente.

Innvandrere utgjør ikke én gruppe i befolkningen men er en sammensatt og heterogen gruppe, med sosiale helseforskjeller som i den øvrige befolkningen¹¹. Innvandrere er likevel som gruppe mer sårbare som følge av migrasjon og tilpasningsvansker, og mangelfull inkludering og diskriminering i arbeidsliv og på andre viktige arenaer. Innvandrere med lite utdanning og med liten tilknytning til arbeidsmarkedet eller i lavtlønnede lavstatusyrker er særlig sårbare og kan ha særlige helseutfordringer.

Det bør inngå som en grunnleggende kompetanse blant fysioterapeuter å møte brukere/pasienter på en likeverdig og kultursensitiv måte. Kommunikasjon via kvalifisert tolk bør også være en grunnleggende kompetanse. Særlige helseutfordringer og sykdomsforekomst i ulike urfolks- og innvandrergupper bør også utgjøre en del av kompetansen. I tillegg bør det være kompetanse om helseinformasjonsforståelse (health literacy), likeverdige helsetjenester og barrierer for likeverdighet. I ny rammeplan for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene er derfor likestillings- og inkluderingsaspektet tatt med som viktig kompetanse¹², og det kan forventes at fremtidens bachelorkandidater i fysioterapi har grunnleggende kompetanse om dette.

2.3 Sykdomsutvikling, teknologisk og medisinsk utvikling

Sykdomsutviklingen i befolkningen er sterkt knyttet til den medisinske og teknologiske utviklingen. Nye behandlingsmetoder og medikamenter gjør at vi kan behandle sykdommer i dag som tidligere var dødelige, og ny teknologi gjør at pasienter kan leve hjemme med sykdommer og lidelser som de tidligere måtte være innlagt i sykehus for. Endring av behandlingsmetoder og teknologi bidrar til at

⁹ Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030, IS-1966, Helsedirektoratet 2012

¹⁰ Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. IS-1022, Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

¹¹ Nasjonal strategi om innvanderers helse 2013-2017.

¹² Kandidaten: - har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet. (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>)

kommunale helse- og omsorgstjenester i dag har pasienter i alle aldersgrupper. Det er et stort fokus på bruk og innføring av teknologi i helsetjenesten generelt og kommunale helse- og omsorgstjenester spesielt.

Utviklingen viser at det blir økt andel *pasienter med store og sammensatte behov for tjenester*. Dette er en gruppe pasienter som er sterkt fremhevet i Meld. St. 26. Tabell 1 viser at det er en økning av pasienter med middels til stort og omfattende bistandsbehov i kommunene. Denne brukergruppen kjennetegnes ofte av å ha sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander, og dermed behov for omfattende tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet, inkludert behov for fysioterapi.

Tabell 1. Tabellen er hentet fra IPLOS rapporten 2016 og viser mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12. Alder og bistandsbehov.

	Antall mottakere pr 31.12	I alt %	Noe/ - avgrenset bistandsbehov	Middels til stor bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
2009	266 409	100	38	29	20	12
2016	278 161	100	37	34	23	6
2016						
Under 18 år	14 462	100	21	35	29	15
18 -49 år	56 932	100	39	36	17	8
50 – 66 år	38 598	100	40	34	19	7
67 -79 år	51 978	100	38	33	23	7
80 -89 år	78 200	100	39	33	24	4
90 år og eldre	37 990	100	29	36	34	2

Kilde: IPLOS-rapporten 2016

I 2016 var det flest eldre mottakere av kommunale omsorgstjenester, men 39 % av mottakerne var under pensjonsalderen (67 år), hver fjerde mottaker var under 50 år, og 1 av 20 mottakere var under 18 år. Registreringen i IPLOS viser at det er ivaretagelse av egen helsetilstand som er den viktigste grunnen til at pasienter får omsorgstjenester¹³.

¹³ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», *Rapporter* 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

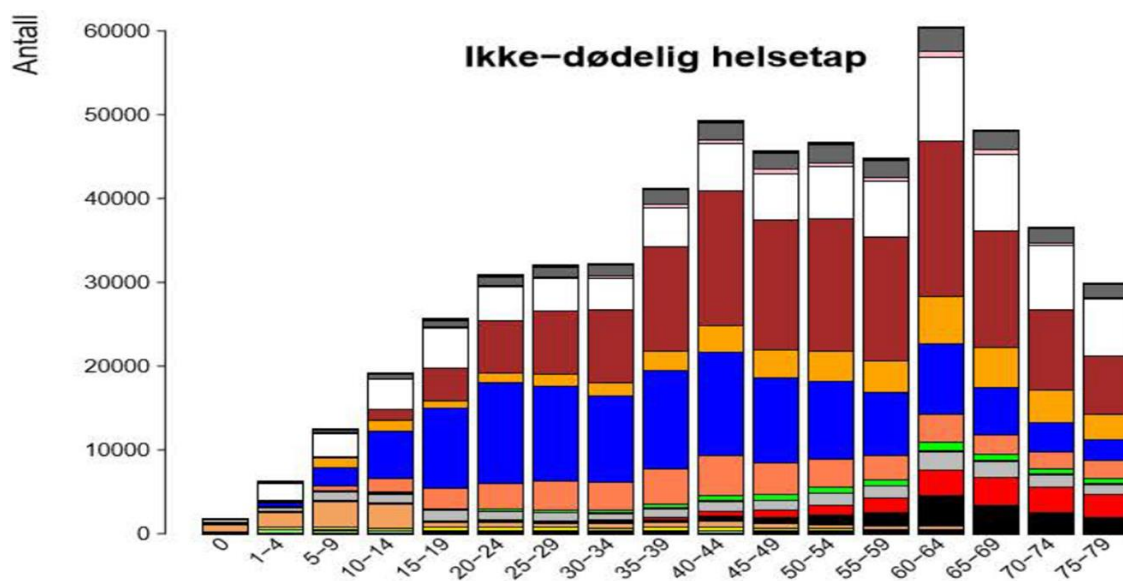
Helsedirektoratet utførte i 2014 en spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering til kommunene¹⁴. Flere kommuner beskriver der problemer med å gi god habilitering og rehabilitering til pasienter med store behov. Disse pasientene ser dermed ut til å ha større behov for habilitering og rehabilitering (inkludert fysioterapi) enn de får tilbud om i dag, i tillegg til at behovet er økende.

Folkehelseinstituttet publiserte i 2017 en oversikt over sykdomsbyrde i Norge for 2015¹⁵. Den viser at de viktigste årsakene til død er sykdommer som i stor grad rammer eldre, som hjerte- og karsykdommer (inkludert KOLS), kreftsykdommer og neurologiske sykdommer (i hovedsak demens). Ikke-smittsomme sykdommer stod for nesten 90 % av total sykdomsbyrde. Siden mange av disse sykdommene er kroniske, gjør den høye levealderen at mange lever mange år med sykdom.

Når det gjelder sykdomsbyrden hos eldre er det for øvrig viktig å merke seg visse kjønnsforskjeller som kan ha innvirkning på behovet for fysioterapi. Disse vil drøftes mer i kapittel 5.

Når det gjelder ikke-dødelig helsetap er *det muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og ruslidelser*, som er de viktigste årsakene i Norge (se figur 1)¹⁶.

Figur 1. Ikke-dødelig helsetap fordelt på alder. Kilde: Folkehelseinstituttet 2017.



¹⁴ Upublisert spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet 2014 (Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Ca. 60 % svarte på undersøkelsen. Svarene er referert i Rapport IS-2467, Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

¹⁵ Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE, «Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)» (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017), https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

¹⁶Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE, «Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)» (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017), https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

I figur 1 symboliserer hver farge sykdommer eller utfordringer som fører til ikke-dødelig helsetap som blant annet kreft (sort), hjerte-kar sykdom (rødt), diabetes (oransje) og andre ikke-smittsomme sykdommer (hvitt). Det mørkerøde feltet representerer muskel- og skjelettsykdommer, og det blå psykisk lidelser og rusproblematikk. Dette er sykdommer og utfordringer som rammer de fleste aldersgrupper, men de utgjør en spesielt stor andel av helsetapet blant de unge og de i arbeidslivets alder. Blant eldre (fra 60 år og oppover) viser figuren at det i tillegg er hjerte-kar sykdommer og kreft sammen med andre ikke-smittsomme sykdommer (inkludert KOLS) som bidrar til ikke-dødelig helsetap i større grad.

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste medisinske årsaken til sykefravær og uføreytelser¹⁷. Selv om kvinner rammes oftere av denne typen lidelser er det også en stor andel menn i denne pasientgruppen. Et annet kjennetegn ved pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager er at de ofte opplever psykiske plager som depresjon. Det er altså stor grad av samsykelighet mellom de to største årsakene til helsetap i Norge: muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse- og rusrelaterede lidelser. Muskel- og skjelettlidelser utgjør fysioterapeutenes kjernekompetanse, i tillegg til at mange tar videreutdanning med fokus på psykiske lidelser.

2.4 Organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten

Samhandlingsreformen medfører økt behov for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten
Etter innføringen av Samhandlingsreformen har kommunene fått større ansvar for helse- og omsorgstjenester for pasienter med mer omfattende behov for tjenester. Dette fordrer tjenester fra personell med høyere kompetanse i kommunene, fordi større deler av pasientforløpet foregår der enn tidligere. IPLOS-rapporten for 2016 viser også at antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester er økende (tabell 1).

Samtidig har en reduksjon i antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten satt press på kommunale tjenester. Siden 2012 har antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten gått ned med 5 %¹⁸. Noe av reduksjonen kompenseres med poliklinisk behandling. Reduksjon i liggedøgn har også ført til at kommunene har fått ansvar for en stadig større gruppe pasienter som ofte har behov for oppfølgende behandling, habilitering, rehabilitering eller ulike former for tilrettelegging. Til sammen gjør disse faktorene at det er større behov enn før for fysioterapeuter i kommunene.

Meld. St. 26 har skissert flere generelle tiltak for å imøtekomme det endrede bildet, og flere av disse berører behov for fysioterapi.

¹⁷ Brage, S. Ihlebæk, C., Natvig, B., og Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser Tidsskr Nor Legeforen 2010 130:2369

¹⁸ Pedersen, M & Huseby, B, M. «Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012 – 2016», *Analysenotat SAMDATA 15/17*, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/15-2017%20Produktivitetsutviklingen%20i%20somatikk.pdf

Samlokalisering av tjenester, og tverrfaglige team

Samlokalisering av tjenester kan bidra til bedre kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner. Videre har ulike tverrfaglige team blitt opprettet i flere kommuner, f.eks. demens- og kreftteam. Formålet er å yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en selektert og tydelig definert pasientgruppe. For å utnytte mulighetene som ligger i samlokalisering og team er det avgjørende at fysioterapeuter blir opplært i samhandling med andre profesjoner.

Oppfølgingsteam. Slike team skal etableres rundt enkeltpasienter. Dette er en arbeidsform der det vurderes fra pasient til pasient hvem som skal delta ut fra hvilken kompetanse det er behov for. Et oppfølgingsteam er et generisk begrep for strukturert tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, uavhengig av alder og diagnose. Viktige strukturkrav til slike team er koordinator, individuell plan, tverrfaglig samarbeid og evaluering. Teamene skal til enhver tid være sammensatt ut fra den enkelte pasient/brukers behov og ønsker. Slike team skal nå piloteres.

Fysioterapeuter med avansert klinisk kompetanse vil kunne ha en viktig rolle inn i oppfølgingsteam. Tjenestene til disse pasientene består ofte av mange ulike prosesser som skal koordineres og tilpasses hverandre, og en fysioterapeut med avansert klinisk kompetanse og forståelse for bredden av pasientens behov vil kunne bidra inn i et slikt team.

Primærhelseteam gir økt behov for kompetanse. Primærhelseteamene skal etableres for bedre å kunne ivareta innbyggerne (på fastlegenes lister) som ut fra medisinske behov har de største behovene for kontinuitet, regelmessig og tett oppfølging og for koordinerte tjenester fra flere faggrupper. Fra 2018 skal primærhelseteam piloteres. Pilotprosjektet skal evalueres, og kompetansebehov i teamet blir en del av evalueringen.

Rammevilkår og avtaler for fysioterapeuter i kommunene

I tillegg til endringer i hele helse- og omsorgstjenesten som beskrevet over, er det flere momenter med betydning for utnyttelsen av kompetansen til fysioterapeuter som bør nevnes spesielt.

Avtaleform og kapasitet i kommunal fysioterapitjeneste

Når det gjelder rammevilkår er det noen utfordringer knyttet til avlønningsform for fysioterapeuter i kommunene. Den enkelte kommune velger om de vil ansette fysioterapeuter på fast lønn eller om de vil ha fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen. De fleste kommuner har både fastlønnede og privatpraktiserende med driftsavtale. Avtalefysioterapeuter må forholde seg til takstsystemet gitt i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi og kan bl.a. ikke drive forebyggende arbeid for det ligger utenfor det Folketrygden gir stønad for. Stønadsforskriften gir noen begrensninger i hvilke oppgaver avtalefysioterapeutene kan arbeide med.¹⁹ Takstsystemet slik det virker i dag bidrar til en skjevfordeling av type brukere mellom fast ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter.

En konsekvens av dette er at fysioterapeutoppgaver i helsestasjon, skolehelsetjeneste, forebyggende oppgaver, for eksempel i frisklivssentraler, og rehabilitering og habilitering av «tyngre» brukere som

¹⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-14-742>

krever intensiv og omfattende oppfølging bl.a. i hjemmet, på skole/barnehage, på arbeidsplass osv. lettest kan ivaretas av de fastlønnede fysioterapeutene. Avtalefysioterapeutene kan i større grad ivareta undersøkelse, behandling, opptrening etter skader, vanlige muskel- skjelettplager og behandling/opptrening etter skader, brudd, ortopediske inngrep, men også pasienter med kroniske lidelser.

Kommunene har mulighet til å styre innholdet i fysioterapitjenesten gjennom avtaleverket (ASA 4313)²⁰. I tillegg er det nylig fastsatt «Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale»²¹ som trådte i kraft 1. januar 2018. Forskriften skal bidra til at kommunene kan fastsette krav til avtalefysioterapeutene slik at deres praksis blir mer i tråd med kommunenes prioriteringer, blant annet slik at prioriterte pasientgrupper får rask behandling. Til sammen skal dette gi et godt grunnlag for at kommunene kan organisere en fysioterapitjeneste tilpasset sin befolkning og sine behov i samarbeid med fysioterapeutene i kommunen.

Tall fra KOSTRA viser at det i 2016 var 4806 fysioterapiårsverk i den kommunale helsetjenesten. Dette utgjorde 9,1 fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere. Årsverkene fordelte seg med 2694 årsverk for fysioterapeuter med driftsavtale, 1946 årsverk for fysioterapeuter med fast lønn og 167 årsverk for turnuskandidater, som også var ansatt på fast lønn. I vedlegget gis en mer detaljert oversikt over hvilke avtaleformer fysioterapeutene i kommunene arbeider under, samt hvor de arbeider i spesialisthelsetjenesten.

Tross det større behovet for fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som er beskrevet ovenfor, tyder tallene på at årsveksten for fysioterapeuter i kommunene ikke tilsvarer de økte behovene i befolkningen. Det er lang ventetid på fysioterapi i flere kommuner, og det ser derfor ut til at mange kommuner har en underdimensjonert fysioterapitjeneste.

Lovfesting av fysioterapitjenester

Dette er en del av ny lovfesting av kompetansekrav til kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen har fra 2018 krav om å ha fysioterapeut knyttet til seg. SSB har statistikk på kommunenivå over sysselsatte med fysioterapiutdanning som jobber innen helse- og sosialtjenester (som i teorien kan jobbe på andre måter enn som klinisk fysioterapeut), men en gjennomgang viser at svært få kommuner i dag ikke har ansatte med fysioterapiutdanning. Dette bildet stemmer med en spørreundersøkelse om Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering utført av Helsedirektoratet i 2017²², hvor svært få kommuner oppga at de helt manglet fysioterapikompetanse. Lovfestingen i seg selv vil dermed ikke nødvendigvis få store konsekvenser for tilgang på fysioterapikompetanse i kommunene så lenge det ikke er krav om å ha en viss kapasitet av yrkesutøverne.

²⁰ <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/fysioterapiavtaler/partene-er-enige-om-ny-rammeavtale-asa-4313>

²¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1334?q=Forskrift>

²² Undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2017. Upublisert spørreundersøkelse av Helsedirektoratet.

Direkte tilgang

En annen sentral endring i rammevilkårene for fysioterapeuter er muligheten til å få dekket utgifter til undersøkelse og behandling hos avtalefysioterapeut, uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans. Dette kan forventes å gi større tilflyt av pasienter direkte til fysioterapeutene, uten at for eksempel fastlegen har vurdert om pasienten har en alvorlig underliggende sykdom. Etter denne endringen er det blitt særlig viktig at grunnutdanningen gir fysioterapeuter en solid kompetanse på differensialdiagnoser. De må kunne vurdere om pasienten bør behandles av dem selv eller henvises til andre deler av helsetjenesten.

Det er grunn til å understreke at innføring av direkte tilgang vil kreve noe av oss – på flere vis. Det ene er en velvillig innstilling til nye organiseringsmåter. Det andre gjelder faglighet: At fysioterapeuter har bred kunnskapsbakgrunn og solid praktisk/klinisk kompetanse med evne til å løfte blikket og analysere sammenhenger blir viktigere enn noen gang. Faglig forsvarlig fysioterapi omfatter alltid en undersøkelse for tiltak og behandling iverksettes. Men hvis – når – henvisningskravet avvikles, vil undersøkelse og utredningsarbeid med nødvendighet få en mer sentral plass enn i dag, og vår funksjonsorientering har potensialer til å utvide forståelsen av pasienters plager – uansett om de presenteres som angst eller anspenhet. (Eline Thornquist. Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. Fysioterapeuten 4/16, side 10.)

2.5 Habilitering og rehabilitering

Til sist i dette kapittelet vil vi knytte noen kommentarer til habilitering og rehabilitering, siden fysioterapeuter er en viktig faggruppe innen dette arbeidet og planer på området gir føringer for fysioterapeuters arbeidsmåte.

Høsten 2017 var en ny definisjon for habilitering og rehabilitering på høring fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har

eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet»

Den nye definisjonen fremhever blant annet sterkere at prosessene skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål, noe som er i tråd med formålet om å skape pasientens helsetjeneste. I tillegg er ordbruken om "tidsbegrensede prosesser" tatt ut, for å reflektere bedre at pasienter med kroniske sykdommer kan trenge livslang oppfølging. Dette er viktig med tanke på hvilken kompetanse fysioterapeuter skal inneha.

Som en del av statsbudsjettet høsten 2016 ble det også vedtatt en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Her legges det til grunn at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen. Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt habiliterings- og rehabiliteringstilbud til sine innbyggere, og over tid overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det skal samtidig sikres at tilbud i spesialisthelsetjenesten videreutvikles. I tillegg er det blitt økende fokus på at rehabilitering og habilitering av unge og voksne i arbeidsfør alder bør skje i et bedre samarbeid med NAV. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har nylig startet et samarbeid for å utvikle dette.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har skrevet en kommentar til opptrappingsplanen fra et brukerperspektiv²³. Her vises det blant annet til at det er uklare ansvarsforhold mellom aktørene, og ofte svikter i pasientforløp og overganger. FFO henviser til Helsedirektoratets veileder²⁴ med beskrivelse av fire typiske pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, med forslag til hvordan de kan planlegges bedre. Evne til å få til godt samarbeid mellom tjenestenivå og se tjenestene i et forløp er viktig kompetanse også for fysioterapeuter.

Den tidligere nevnte spørreundersøkelsen til kommunene fra Helsedirektoratet inngikk i en oversikt over habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten²⁵. Først og fremst viser rapporten at bruk av habilitering og rehabilitering i kommunale institusjoner og utenfor institusjon, samt bruk av avtalefysioterapi, varierer betydelig i ulike deler av landet og mellom store og små kommuner. Imidlertid var det noen budskap som var samstemte, blant annet mente hele 93 % av kommunene at rehabiliteringstilbudet i kommunen bør styrkes.

²³ Rehabilitering/habilitering – hvorfor er det så vanskelig? Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering – hvor må planen styrkes? Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO).

²⁴ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (IS-2651). Helsedirektoratet.

²⁵ Upublisert spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet 2014 (Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Ca. 60 % svarte på undersøkelsen. Svarene er referert i Rapport IS-2467, Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

På spørsmål om hvilke brukergrupper som burde få et bedre tilbud, ble følgende trukket fram:

- Det var særlig tilbudet til psykisk syke og personer med rusproblemer som ble rapportert som mangelfullt.
- Mange kommuner rapporterte også at tilbudet til pasienter med nevrologiske sykdommer var for dårlig
- I tillegg kommenterte flere kommuner at tilbudet til barn, ungdom og unge voksne (særlig i overganger mellom livsfaser) burde styrkes uavhengig av diagnoseområde, og at man kunne gi bedre tilbud til brukere med sammensatte hjelpebehov.

Psykisk syke og ruspasienter; pasienter med store og sammensatte behov og til dels pasienter i overgangsfaser har allerede vært pekt på ovenfor. Når det gjelder pasienter med *nevrologiske sykdommer* brukes nå til dels begrepet «hjernehelse»: Med dette begrepet menes personer som har medfødte eller ervervede tilstander/sykdommer i hjernen, det sentrale og perifere nervesystem, samt enkelte progredierende muskeltilstander. Høsten 2016 gjennomførte Rambøll Management Consulting på oppdrag for Helsedirektoratet en kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til denne pasientgruppen, som grunnlag for Helsedirektoratets statusrapport om hjernehelse som ble publisert i februar 2017.²⁶ Denne undersøkelsen pekte på behov for høyere kompetanse knyttet til rehabilitering og habilitering av pasienter og brukere med hjernehelseproblematikk i kommunehelsetjenesten. Videre viste kartleggingen at det så ut til å være god kvalitet på tilbudet som gis til denne pasientgruppen både når det gjelder diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering i spesialisthelsetjenesten. Samtidig pekte rapporten på at det kapasitetsutfordringer knyttet til denne pasientgruppen både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse problemstillingene vil vi drøfte videre i kapittel 4.

2.6 Foreløpig oppsummering

Ved å bruke ulike kilder har vi så langt kommet fram til at følgende grupper (til dels med kroniske sykdommer) har stort behov for fysioterapeuter med klinisk videreutdanning:

- pasienter med store og sammensatte behov
- eldre pasienter
- pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske plager
- pasienter med psykiske plager og/eller rusproblemer
- pasienter med hjerte- og lungelidelser
- pasienter med nevrologiske lidelser og annen hjernehelseproblematikk

²⁶ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1280/Statusrapport%20hjernehelse%20endelig.pdf>

3 DAGENS UTDANNINGER FOR FYSIOTERAPEUTER

3.1 Om grunnutdanningen

I dag styres bachelorutdanningene i fysioterapi av forskriftsfestet rammeplan for fysioterapeututdanning²⁷, fastsatt 1. juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet. Styringen av fysioterapeututdanningene er imidlertid under endring, og forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger ble vedtatt 06.09.17 med virkning fra studieåret 2020/2021²⁸. Rammeplan for felles læringsutbytter skal sammen med nasjonale retningslinjer for fagspesifikk kompetanse i fysioterapi (RETHOS-prosjektet) definere de nasjonale rammene for grunnutdanningen i fysioterapi.

Det nye styringssystemet har som mål at utdanningene selv, tjenestene og sektormyndighetene det utdannes til, skal få økt innflytelse på det faglige innholdet i bachelorutdanningen.

Hvilken kompetanse gir bachelorutdanningen?

I gjeldende rammeplan fra 2004 heter det blant annet at:

«Bachelorutdanningen skal bidra til at studentene får spesiell kompetanse i å undersøke og behandle mennesker med plager knyttet til bevegelsessystemet, samt i å forebygge slike plager. Sentralt i den fysioterapifaglige kompetansen er kunnskap om sammenhenger mellom det fysiske og psykiske, og varhet for kroppens reaksjoner og uttrykk. Målet med fysioterapitiltak er å skape bedre forutsetninger for helse og livsutfoldelse. Fysioterapeutens bidrag er å skape grunnlag for en kroppslig læringsprosess, og påvirke spesifikke forhold av betydning for bevegelse og funksjon hos individet.»

Samtidig med å utvikle profesjonsspesifikk kompetanse som fysioterapeut skal utdanningen bidra til å «utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere.»

²⁷ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf

²⁸ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-06-1353>

Fysioterapeututdanningen kan dermed forstås å ha siktemål om utvikling av dobbelt identitet: som profesjonsutøver og som velferdsarbeider²⁹.

Rammeplanen beskriver at bachelorkompetansen skal dekke fem hovedområder:

- Helse, funksjon og bevegelse
- Undersøkelse, kartlegging, vurdering, behandling og andre tiltak
- Holdninger og etikk
- Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning
- Organisatoriske rammer

Innenfor hvert emne er det beskrevet hvilken kompetanse studentene forventes å ha etter endt utdanning. Felles innholdsdel for ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sykepleier-, vernepleier-, sosionom- og barnevernspedagogutdanningene utgjør 30 av 180 studiepoeng. Det er bachelorutdanninger ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT), ved Norges Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og på OsloMet. Sistnevnte har to studieretninger: studieretning fysioterapi og studieretning mensendieck med to separate opptak³⁰. Hver av de fem utdanningene har utarbeidet egne studieplaner som viser hvordan de organiserer og tilrettelegger studieprogrammene innenfor de grenser rammeplanen fastsetter. Sluttkompetansen i de ulike studieprogrammene er lik, men programmene har til en viss grad sin særegne profil. Alle studieplanene har konkretisert den forventende kompetansen på de fem hovedområdene i læringsutbyttebeskrivelser – overordnet og for de ulike emnene studieplanene er inndelt i. Ingen av utdanningene er inndelt i eller bygget opp på samme måte, og ingen emner er beskrevet likt.

Bachelorutdanningen, sammen med turnustjeneste, seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunehelsetjenesten, gir grunnlag for autorisasjon. Som autorisert fysioterapeut har man et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar, det vil si at man kan ta imot pasienter uten henvisning fra annet helsepersonell. Fysioterapeuten er gitt et ansvar og har fått en tillit som det forventes at den enkelte forvalter på en trygg måte som ivaretar tjenestens krav til kvalitet og pasient/brukeres sikkerhet.

Utdanningsmiljøene har lenge gitt uttrykk for at det er stort press på innholdet i utdanningen. For å holde tritt med blant annet faglig utvikling, forskning, endringer i organiseringen av tjenesten, teknologisk og medisinsk utvikling, demografiske endringer og endringer i sykdomsutvikling er det stadig ting som er ønsket inn i utdanningen – og noe annet som dermed må ut. Utdanningene skal ikke kun svare på samfunnets behov, men også være en spydspiss i å utvikle faget og profesjonsutøvelsen videre.

²⁹ [Stortingsmelding 13 \(2011-2012\). Utdanning for velferd.](#)

³⁰ I tillegg er det en privat bachelorutdanning i fysioterapi der 1. studieåret tas på Bjørknes Høgskole og de resterende i Nederland.

Turnustjenesten for fysioterapeuter

Det er krav om 1 års praktisk tjeneste (turnustjeneste) etter bestått bachelorutdanning i fysioterapi for å få autorisasjon som fysioterapeut i Norge. Krav om turnustjeneste er gitt med hjemmel i helsepersonelloven § 48 og *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut (FOR 2009.09.09 nr. 1175)*. Formålet med turnustjenesten er at fysioterapeuten skal få nødvendig erfaring og tilegne seg ferdigheter for å kunne utføre faglig forsvarlig virksomhet som fysioterapeut. Turnustjenesten består av seks måneders tjeneste på godkjente turnusplasser i kommunal helse- og omsorgstjeneste og seks måneder i spesialisthelsetjenesten. Turnustjenesten gjennomføres under veiledning av autoriserte fysioterapeuter. Fylkesmennene arrangerer kurs og samlinger for turnusveiledere for å sikre kvalitet på veiledning av turnuskandidater.

Helsedirektoratet gir nærmere retningslinjer for innhold og administrering av turnustjenesten. Gjeldende retningslinjer, IS-7/2013 er under revisjon. Krav til faglig innhold både i den kommunale tjenesten og sykehus/spesialisthelsetjenesten skal gjennomgå blant annet på bakgrunn av Kunnskapsdepartementets arbeid med forskriftsfestede rammeplaner og utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer for bachelorutdanningene i helse- og sosialfag, der det skal utarbeides læringsutbyttebeskrivelser for alle utdanningene, se kapittel 31. Det tas sikte på å utarbeide læringsmål for turnustjenesten som er i samsvar med og bygger på læringsmålene for bachelorutdanningen i fysioterapi.

Dekker bachelorutdanningen i fysioterapi kommunehelsetjenestens kompetansebehov?

Intensjonen – og formålet med utdanningen – og sammen med ett års turnustjeneste er å utdanne fysioterapeuter til å kunne arbeide selvstendig og yte et bredt spekter av fysioterapitjenester til befolkningen. Målet er at de kandidatene som utdannes fullt ut er i stand til å iverksette behandlende og rehabiliterende tiltak til pasienter med lidelser og skader relatert til muskel/skjelettsystemet, fra ung til gammel, og at de har kompetanse i å arbeide både helsefremmende og forebyggende. Autoriserte fysioterapeuter har en handlingskompetanse og handlingsberedskap på en rekke områder, og skal være i stand til å vite hva som trengs – og hvordan de skal kunne skaffe seg mer kompetanse – for å utvikle seg som fysioterapeuter.

I hvilken grad de spesielle utfordringene i kommunehelsetjenesten er adressert, er det gjort få studier av. En studie fra 2016³¹ av studieplanene for fysioterapeututdanningene hadde som formål å undersøke i hvilken grad aldring og helse ble tematisert og synliggjort i studie- og emneplaner. Konklusjonen var at tematikk knyttet til aldring og helse underkommuniseres i brede og, til dels, overordnede læringsutbytteformuleringer. Studien oppfordrer derfor til en sterkere tydeliggjøring av hvordan aldersgrupper, slik som eldre, vektas når livsløpsperspektivet anvendes i læringsutbyttebeskrivelser på emnenivå. Videre påpeker den at kapasitet og kvalitet i fysioterapiutdanningen må styrkes for å møte en stadig større andel eldre menneskers særegne behov for behandling og rehabilitering. Ellers er det en gjentakende tilbakemelding fra praksisfeltet at nyutdannede i liten grad er i stand til å arbeide selvstendig med barn, selv om det er noen forskjeller mellom utdanningsinstitusjonene her.

³¹ Krohne, K (2016): Aldring og helse: En kartlegging av fire bachelorutdanninger i fysioterapi, *Fysioterapeuten* nr. 8, s. 24-29.

Krysspresset av forventninger til kompetanse som fysioterapeututdanningen utsettes for, sammen med utfordringer knyttet til organiseringen av turnustjenesten, har imidlertid bidratt til at det fra flere hold, og over flere år, er reist en diskusjon om behovet for femårig grunnutdanning (eventuelt inkludert turnustjenesten). Denne diskusjonen har blitt reist av blant annet fagforeningene til fysioterapeutene.

Helsedirektoratet vil ikke her komme med noen utredning om en femårig grunnutdanning i fysioterapi, det ville utgjøre et annet oppdrag. På tross av det noterer vi at selv om fysioterapeuter med en bachelorgrad er godt utdannet for mange formål, er det flere som etterspør fysioterapeuter med høyere kompetanse enn treårig bachelornivå.

3.2 Dagens studietilbud innen videreutdanninger for fysioterapeuter

Oppdraget for denne rapporten er blant annet å vurdere hvilke kliniske videreutdanninger opptil mastergradsnivå for fysioterapeuter det er behov for. Helsedirektoratet baserer sin vurdering av begrepet «klinisk videreutdanning» på at utdanningens hovedmålsetning, det vil si å styrke fysioterapeutens kliniske fagutøvelse i møtet med pasienter og brukere. Et av målene med en klinisk videreutdanning er en utvidet vurderings- og handlingskompetanse. Av den grunn regnes derfor veiledet praksis i reelle pasient/brukersituasjoner som en sentral del av en slik videreutdanning. Vi har lagt til grunn at samtlige av følgende tre kriterier må oppfylles for å tilfredsstillere det «kliniske» kompetanseaspektet:

- Krav om yrkespraksis for opptak
- Eksplisitt formål om å styrke den kliniske kompetansen
- Inneholder ekstern praksis med veiledning av ekstern eller intern veileder

I tillegg bør en klinisk videreutdanning ikke bare tilfredsstillere den kliniske handlingskompetansen relatert til pasientbehandling, men også:

- Utvikling av faget fysioterapi
- Utvikling av den tjenesten fysioterapi inngår i
- Utvikling av egen profesjonsutøvelse og - rolle

For å utvikle en slik kompetanse, er det nødvendig med en klinisk mastergrad i fysioterapi. Vi mener kommunene trenger fysioterapeuter som kan være spydspisser i å utvikle profesjonsutøvelsen og helsetjenesten, i tillegg til å yte fysioterapitjenester til befolkningen av høy kvalitet.

Per i dag er det 10 fysioterapispesifikke videreutdanninger opptil mastergradsnivå, hvorav to er på 30 studiepoeng og en er på 60 studiepoeng. De øvrige er mastergrader på 120 studiepoeng, alle er § 3-

mastere³² og gir grunnlag for opptak på doktorgradsprogram. I det følgende gis en oversikt over de ti videreutdanningene For nærmere beskrivelse og vurdering av videreutdanningene, se eget dokument.

Tabell 2. Oversikt over videreutdanninger.

	Navn på utdanning	Studiepoeng	Studiested
1	Fysioterapi for barn ³³	30	OsloMet
2	Fysioterapi for eldre personer ³⁴	30	OsloMet
3	Psykomotorisk fysioterapi ³⁵	60	OsloMet
4	Master i fysioterapi, tre studieretninger: barn, eldre og muskel/skjelett ³⁶	120	OsloMet
5	Master i idrettsfysioterapi ³⁷	120	Norges Idrettshøgskole
6	Master i klinisk fysioterapi ³⁸	120	Høgskulen på Vestlandet
7	Klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuellterapi ³⁹	120	Universitetet i Bergen
8	Masterprogram i helsefag - fysioterapivitenskap ⁴⁰	120	Universitetet i Bergen
9	Master i helsefag – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ⁴¹	120	Universitetet i Tromsø
10	Master i helsefag – studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi ⁴²	120	Universitetet i Tromsø

I tabell 2 vises videreutdanningene som er vurdert. Samtlige videreutdanninger på 30-60 studiepoeng tilbys av OsloMet. Fysioterapispesifikke mastergradsstudier tilbys i Oslo, Bergen og Tromsø. Flere mastergradsstudier har ulike studieretninger og/eller fordypninger. De masterstudiene som har egne programplaner klassifiseres som eget masterstudium selv om de er innunder en overordnet

³² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1392>

³³ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Fysioterapi>

³⁴ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Fysioterapi-for-eldre-personer>

³⁵ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Psykomotorisk-fys>

³⁶ <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Fysioterapi>

³⁷ <https://www.nih.no/studere-pa-nih/masterstudier/master-i-idrettsfysioterapi/>

³⁸ <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2017h/m>

³⁹ <http://www.uib.no/studieprogram/MAMD-MANT>

⁴⁰ <http://www.uib.no/studieprogram/MAMD-HELSE/>

⁴¹ <https://uit.no/Content/530105/cache=20172308132035/Studieplan%20psyk-fys%20fra%202017.pdf>

⁴² <https://uit.no/Content/479398/cache=20171003134439/Studieplan-klinisk-nevrologisk-fysioterapi-for-kull-5-h%C3%B8st-2016.pdf>

«paraply» (9 og 10). Verken videreutdanningene i fysioterapi for barn og - fysioterapi for eldre personer (hver på 30 studiepoeng) eller videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (60 studiepoeng) oppfyller derfor kravene vi mener må settes til en klinisk videreutdanning. De bidrar derimot med nødvendig kompetanse for fysioterapitilbudene i kommunehelsetjenesten.

Disse tre videreutdanningene har de senere årene gjort endringer i studieplanene slik at de kan innpasses i mastergradsprogram. På videreutdanningene i fysioterapi for barn og fysioterapi for eldre personer inngår 20 av de 30 studiepoengene som et masteremne i «master i fysioterapi», mens de siste 10 studiepoengene er særskilt for videreutdanningene. Utdanningene skal kvalifisere fysioterapeuter til å identifisere og dekke aktuelle behov for fysioterapi innenfor de aktuelle fagområder, og til å samarbeide med barn/foreldre/eldre/pårørende og med aktører i hjelpeapparatet med tanke på et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Begge utdanningene krever tilgang til fysioterapifaglig arbeid med barn/eldre i forbindelse med gjennomføring av obligatoriske arbeidsoppgaver. Utdanningene inneholder ikke ekstern praksis med veiledning og krever ikke gjennomføring av behandling, men har gjennomført turnustjeneste som opptakskrav. Begge utdanningene har gode søkertall. Hver av utdanningene tar opp 20-35 studenter årlig, videreutdanningen barn har hatt høyere søkertall enn videreutdanningen til eldre personer, men det er et økende antall søkere siste par år for sistnevnte.

Fem kliniske mastergradsprogram

Fem mastergradsprogram innfrir kravene til «klinisk videreutdanning» etter kriteriene skissert ovenfor:

1. Master i idrettsfysioterapi, NIH
2. Master i klinisk fysioterapi, HVL med tre studieretninger: 1.) hjerte- og lungelidelser, 2.) muskel/skjelett-, ortopediske og revmatologiske lidelser 3.) psykiske og psykosomatiske helseproblemer
3. Master i manuellterapi, UIB
4. Master i helsefag UiT, 2 studieretninger: klinisk nevrologisk fysioterapi til barn og til voksne
5. Master i helsefag UiT – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Master i idrettsfysioterapi, Norges idrettshøgskole

Mastergradsstudiet skal kvalifisere for selvstendig og vitenskapelig arbeid med idrettsfysioterapifaglige problemer og oppgaver, samt veiledet klinisk praksis. Studiet skal gi kunnskap og ferdigheter i klinisk arbeid med forebygging og behandling av idrettsskader og gir spesiell kompetanse ved søknader til stillinger innen fysioterapi og rehabilitering. Selv om masteren har fokus på idrett, gir utdanningen kompetanse i undersøkelse og behandling av skader og lidelser i muskel/skjelettsystemet generelt. Utdanningen styrker derfor kvalifikasjonene innen forebygging og behandling både av akutte skader og kroniske lidelser, det vil si mye av det som bidrar til størst helsetap i befolkningen og som koster samfunnet mest. Studiet tar opp 20 studenter annethvert år.

Master i klinisk fysioterapi, Høgskulen på Vestlandet (HVL)

Mastergradsstudiet skal blant annet kvalifisere for å kunne gi spesialiserte og kunnskapsbaserte fysioterapitilbud innenfor tre hovedområder: fysioterapi ved hjerte- og lunge-lidelser; fysioterapi ved muskel/skjelettlidelser, ortopediske - og revmatiske lidelser; og fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer. Etter fullført mastergradsutdanning skal man kunne arbeide som fysioterapeut i spesialist- og kommunehelsetjenesten, med ansvar for både undersøkelse, forebygging, behandling, habilitering/rehabilitering og koordinering av forsknings- og utviklingsarbeid.

Kommunehelsetjenesten får stadig flere multisyke pasienter der hjerte-/lungelidelser alene, eller sammen med andre lidelser er sentralt i sykdomsbildet. Studieretningen innen muskel/skjelett, ortopedi og revmatologi gir som flere andre program god kompetanse innen forebygging og behandling av muskel/skjelettlidelser. Fra høst 2018⁴³ starter opptak til studieretningen fysioterapi ved psykiske og somatiske helseproblemer, som vil ha likhetstrekk med master i helsefag – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Begge disse masterstudiene gir kompetanse i psykomotorisk fysioterapi. Til sammen planlegges opptak av 30-40 studenter annethvert år. Måltall for den nye studieretningen er 10. Studieretning muskel/skjelett, ortopediske og revmatiske lidelser har normalt 2-3 ganger så mange studenter som studieretning hjerte/lungelidelser.

Klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuellterapi, Universitet i Bergen

Mastergradsstudiet kvalifiserer for å bli manuellterapeut som er spesialisert i å undersøke og behandle pasienter med lidelser i muskel-/skjelettapparatet. Studiet gir fysioterapeuter økt kompetanse og kunnskap om bevegelsesapparatets funksjon, økt vurderingskompetanse (diagnostikk og differensialdiagnostikk) knyttet til skader og lidelser i muskel-skjelettsystemet, og omfatter også spesielle behandlingsteknikker, herunder manipulasjonsteknikker. I tillegg til å gi kompetanse innen behandling av muskel- og skjelettlidelser, innehar en manuellterapeut bestemte oppgaver/rettigheter som å kunne sykemelde pasienter inntil 12 uker for muskel-skjelettlidelser, henvise til utredning i spesialisthelsetjenesten og rekvirere radiologiske undersøkelser (primærkontakt-funksjon i helsevesenet). Studiet tar opp 22 studenter annethvert år.

Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

Master i helsefag – studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi

Studieretningen består av to fordypningsområder: fysioterapi til barn med nevrologisk betingete funksjonsproblemer, og fysioterapi til voksne med nevrologisk betingete funksjonsproblemer. Utdanningen skal kvalifisere for å gi spesialiserte fysioterapitjenester til personer med ervervet eller medfødt skade eller sykdom i sentralnervesystemet, og i noen grad også funksjonsproblemer relatert til patologi i det perifere nervesystemet og muskelsykdommer. Mange av disse pasientene skal ha

⁴³ Vedtatt i høgskolestyret 30.11.17.

hovedtyngden av sitt behandlingstilbud i kommunene. Studiet har tatt opp 20 studenter ca. annethvert år, fordelt på ca. 2/3 fysioterapi til voksne og 1/3 fysioterapi til barn⁴⁴.

Master i helsefag – studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Mastergradsstudiet kvalifiserer for spesialisert klinisk arbeid på ulike nivå i helsetjeneste, i institusjoner og enheter innenfor psykisk helsevern og helsetjenester orientert mot somatiske helseproblemer. Studiet overordnede mål er å bidra til en bedre helsetjeneste for pasienter med psykiske og psykosomatiske lidelser. Studiet gir kompetanse i å utøve primærkontaktfunksjonen, slik studiet i manuellterapi gjør, men uten at studentene får tilkjent denne funksjonen av helsemyndighetene etter endt utdanning. Fysioterapeutene med denne kompetansen er bidragsyttere i utredningsarbeid og diagnostikk, samt utfører driver individuell og gruppebehandling. Utdanningen styrker kvalifikasjonene innen vurdering og behandling av en stor gruppe pasienter med langvarige og sammensatte plager av muskel/skjelett- og/eller psykisk karakter. Muskel/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser henger ofte sammen og kan være to sider av «samme sak». Fysioterapeuter med denne kompetansen er også svært aktuelle innen skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet. De første tegnene hos barn som sliter er blant annet mistriksel, utbrenthet, forstyrret kroppsbilde og manglende selvfølelse, gjerne uttrykt gjennom er kroppslige plager. Hvis man fanger opp disse barna tidlig kan det bidra til å forebygge utvikling av større plager. Studiet har tatt opp 20 studenter hvert tredje år.

Helsedirektoratet er kjent med at UiT for tiden arbeider med revisjon av masterstudiene. Etter det vi forstår vil de to kliniske masterstudiene i helsefag bli slått sammen slik at man får en klinisk masterutdanning i fysioterapi med to studieretninger: 1.) klinisk nevrologisk fysioterapi og 2.) psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Samtlige av disse klinisk rettede mastergradsprogrammene har stor søkning og høy gjennomføringsgrad. Utdanningskapasiteten er 7-10 hvert år på hvert av programmene, da det ikke er årlige opptak og de fleste er organisert som deltidsstudier. Fysioterapeuter har behov for de kliniske mastergradsutdanningene som er i dag.

3.3 Foreløpig oppsummering

Gjennomgangen av de eksisterende utdanningene viser at på tross av at bachelorutdanningen i fysioterapi inneholder et bredt spekter av emner og mål for å dekke et mangfold av fysioterapitjenester, er det flere som etterlyser mer fokus på fysioterapeutens kompetanse innen blant annet tjenester rettet mot barn og eldre. Ønsket om mer fokus på barn og eldre gjør seg ikke bare gjeldende på bachelornivå. Selv om det finnes blant annet 30 studiepoeng-videreutdanninger rettet mot barn og eldre og fem fysioterapispesifikke kliniske masterutdanninger, er det flere som

⁴⁴ Det er igangsatt et arbeid for å utvikle en ny «paraply»-master i fysioterapi, med to studieretninger: nevrologisk fysioterapi og psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi istedenfor at de ligger under «master i helsefag». Det vil antakelig bli opptak hvert 3. år av 20-30 studenter.

uttrykker behov for mer omfattende klinisk videreutdanning for å styrke disse delene av fysioterapitjenestene.

Videre er de videreutdanningene som finnes i hovedsak konsentrert om en type sykdommer (eksempelvis hjerte/lunge-tilstander) eller en type demografi (barn eller eldre). Det finnes i dag ingen videreutdanning i fysioterapi med spesielt fokus på kompetanse om pasienter med store og sammensatte behov i bred forstand.

I neste kapittel drøftes mangelen på kompetanse om barn og eldre samt stor bredde i utdanningene sammen med behovene som er avdekket i kapittel 2.

4 ER DET NY KOMPETANSE; BEDRE ORGANISERING AV TJENESTENE ELLER MER KAPASITET SOM ER SVARET?

I dette kapitlet vil vi foreta en kort gjennomgang av de ulike gruppene i befolkningen vi har sett som kan ha behov for fysioterapeuter med videreutdanning. Dette er både basert på demografi og sykdomsgrupper. Vi vil så kort diskutere om det er bedre organisering av tjenestene, mer kapasitet eller ny kompetanse som vil kunne dekke behovet. Organiseringsaspektet av fysioterapitjenesten har vært mye diskutert, og kan ha mye å si for hvordan kompetansen utnyttes. Vi vil derfor inkludere noen momenter om det i drøftingen.

I det følgende vil vi referere til antall fysioterapeuter med spesialistgodkjenning gitt av Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) der det er relevant. Det er viktig å merke seg at en slik spesialistgodkjenning ikke er det samme som at det finnes en klinisk masterutdanning på området, men det indikerer et antall som har opparbeidet avansert kompetanse spesielt på et felt.

4.1 Personer med store og sammensatte behov

Overordnet har vi sett at en heterogen gruppe av personer med store og sammensatte behov burde få bedre hjelp enn de får i dag med flere typer tjenester inkludert habilitering, rehabilitering og fysioterapi. Pasientgruppen var også sentral i rapporten om kompetanse i avansert klinisk sykepleie. «Store og sammensatte behov» er et begrep som må gis innhold, men blant annet Meld. St. 26 fremhever denne gruppen som spesielt viktig for meldingen:

«En liten andel av befolkningen har sammensatte og komplekse behov og er vesentlig hjelpetrengende. De har flere sykdommer samtidig, funksjonsnedsettelse og et stort tjenestebehov. Størstedelen av helse- og omsorgstjenestens ressurser brukes på disse gruppene».

(...)

«Brukere med sammensatte behov finnes i alle aldre og de har et bredt spekter av helseutfordringer. Det kan være personer med utviklings- og/eller funksjonshemning, personer med kognitiv svikt og demens, personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblemer, personer med nevrologiske sykdommer og skrøpelige eldre mennesker med flere samtidige sykdommer.»⁴⁵

Helsedirektoratet utga i 2017 en veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov som ett av tiltakene i oppfølging av primærhelsemeldingen. Her beskrives blant annet kjennetegn ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov slik:

«Hovedkjennetegnet ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov er at symptomer og faktorer er vevd sammen. Tilstanden kan ikke forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem. Den må forstås ut fra personens helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning.»⁴⁶

Det er altså helhetsperspektivet som er viktig. I veilederen har man tatt utgangspunkt i en definisjon av multisykdom, men det er ikke nødvendigvis mer enn én diagnose, men heller kompleksiteten i pasientens behov som er definerende for denne gruppen. I tillegg til den somatiske og psykiske helsetilstanden, synliggjort gjennom diagnoser og nedsatt funksjon, kan tilleggsutfordringer på mange andre områder bidra til personens opplevelse av behov: bolig, økonomi, familie og nettverk, utdanning og arbeid, kulturell bakgrunn, aktivitet og meningsfull fritid, tannhelse, ernæring og ivaretagelse av egen helse, herunder håndtering av legemidler.

Fysioterapeuters plass i behandling av pasienter med store og sammensatte behov

Det er viktig å ikke være rent diagnosebasert dersom fysioterapeuter med avansert klinisk kompetanse skal kunne jobbe med pasienter med store og sammensatte behov. Meld. St. 26 (side 131) peker i kapittelet om disse pasientene på at det har vært press på kommunene for å ha helsepersonell med smal og spesialisert kompetanse, for å opprettholde de diagnosebaserte forløpene som er etablert i sykehus. For mange kommuner vil dette ikke være bærekraftig, i tillegg til at fokus på enkelt diagnoser fører til mindre oppmerksomhet rettet mot brukernes ulike andre helseproblemer. Spesielt i kommunene må man derimot se hele pasientens liv i sammenheng, og jobbe mer *funksjonsbasert*.

Pasienter med sammensatte lidelser finnes i de fleste aldersklasser. Ofte er sykdomsbildet preget av smerter og ubehag som ikke kan knyttes opp mot en definert diagnose, men pasienten opplever

⁴⁵ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. s. 126

⁴⁶ Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, Helsedirektoratet 2017.

betydelige somatiske smerter. Fysioterapeutiske tiltak, både aktive og passive, kan bidra til å redusere kroppslig ubehag.

Multisyke pasienter, med to eller flere langvarige helseproblem, kan ha mer veldefinerte diagnoser og er således en gruppe pasienter der det kan defineres mer målrettede behandlingsmetoder. Også disse pasientene finnes i alle aldersgrupper og fysioterapi kan være ett av flere behandlingstiltak, eller det eneste tiltaket som blir benyttet av pasienten.

Effekt av tiltak overfor disse pasientkategoriene er oftest avhengig av at kartlegging av pasientens lidelser, årsak til disse og diagnostisering er grundig utført, slik at tiltakene som iverksettes er så målrettede og så evidence-baserte som mulig. Andre faktorer som organisering av tiltak, når ulike behandlere og behandlinger skal koordinere sine behandlinger, er ofte avgjørende for pasientens opplevelse av effektive behandlingstiltak og påvirker således resultatet.

Videreutdanning på området, konklusjon

Det finnes i dag ingen videreutdanning i fysioterapi med spesielt fokus på kompetanse om pasienter med store og sammensatte behov i bred forstand. De videreutdanningene som finnes er som regel konsentrert om en type sykdommer (eksempelvis nevrologiske sykdommer) eller en type demografi (barn eller eldre).

Når det gjelder organisering av tilbudet er følgende påpekt i Meld. St. 26 (side 127-128): «som for legetjenesten er det utfordringer for kommunene å sikre tilstrekkelig fysioterapiressurser til brukere med store og sammensatte behov. Disse brukerne kan i liten grad nyttiggjøre seg avtalefysioterapeutenes tjenester som ytes i fysikalske institutt.» Oppfølging av disse pasientene krever noe mer.

Helsedirektoratet mener det kan være behov for en ny type breddekompetanse for fysioterapeuter, i tråd med utviklingen i pasientbildet som beskrevet og føringene i Meld. St. 26. Vi mener at det kan være behov for å bygge ut utdanning i klinisk fysioterapi på masternivå med kompetanse om pasienter med store og sammensatte behov. Hva slags kompetanse dette innebærer vil vi beskrive nærmere i kapittel 5.

4.2 Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til at folk oppsøker både tradisjonelle og alternative helsetjenester og tilbud⁴⁷. I Norge, som i mange andre vesteuropeiske land, er disse lidelsene også de dominerende årsakene til sykefravær, rehabilitering og uførepensjonering.

⁴⁷ Brage, S. Ihlebæk, C., Natvig, B., og Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. Tidsskr Nor Legeforen 2010 130:2369

Muskel- og skjelettlidelser omfatter et bredt spekter av tilstander. I noen tilfeller er etiologien kjent og smertene og plagene kan helt eller delvis forklares ved kjente sykdommer. Men selv for slike tilstander som f.eks. Bekhterevs sykdom, eller artrose, er det stor individuell variasjon i grad av symptomer og type konsekvenser for pasienten når det gjelder smerte, livskvalitet, dagligliv og arbeidsliv. Ved mange tilfeller av muskel- og skjelettlidelser, finner man ingen sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som kan forklare smertene. Likeledes er det i mange tilfeller usikkert hvilken relevans eventuelle objektive funn har for forståelsen av det aktuelle symptombildet.

I en HUNT-studie fant man at 51 % av befolkningen rapporterte slike plager med varighet i tre måneder eller mer siste år⁴⁸. Undersøkelser viser også at 11 % av befolkningen har muskel- og skjelettsmerter fra ett område, mens omtrent 40 % rapporterer smerter fra fem eller flere smerteområder. Økende antall smerteområder er assosiert med nedsatt funksjon, høyere sykefravær og større uføreytelser.

Det er til dels stor grad av samsykelighet mellom muskel-skjelettplager og psykiske helseplager. I Meld. St. 26 påpekes kompleksiteten blant annet på side 66: «det femårige programmet FYSIOPRIM forsker på problemstillinger relatert til muskel- og skjelettsykdommer i primærhelsetjenesten. Dette viser at mange enheter er rettet inn mot avgrensede områder, mens pasientene ofte har sammensatte behov som krever en bredere, tverrfaglig tilnærming.»

Muskel- og skjelettlidelser utgjør fysioterapeutenes kjernekompetanse. Manuellterapeuter har fått utvidete oppgaver, sykemeldingsrett og henvisningsrett. De har egen offentlig godkjenningsordning fordi de har utvidete takstrettigheter. Helsedirektoratets rapport om rehabilitering og habilitering fra 2016 viser blant annet at fysioterapeuter med driftstilskudd jobber 76 % av tiden med disse helseplagene. Tallene vi kjenner til viser at det var 545 manuellterapeuter med oppgjør fra HELFO i 2017, i tillegg kommer fysioterapeuter med annen videreutdanning innen muskel-skjelettfeltet. I tillegg kommer andre registrerte spesialister hos NFF med ulike muskel-skjelett-spesialiteter, inkludert psykomotorisk spesialitet.

Videreutdanning på området, konklusjon

Det finnes et stort antall videreutdanninger på dette området. Både master i idrettsfysioterapi, master i klinisk fysioterapi, studieretning muskel/skjelettlidelser, ortopediske og revmatiske lidelser; master i manuellterapi og til dels master i psykomotorisk fysioterapi er innrettet mot denne pasientgruppen. De teoretiske perspektivene som benyttes for å forstå helse og sykdom og de virkemidlene man anvender i undersøkelse og behandling vil imidlertid være noe forskjellig. Her skiller psykomotorisk fysioterapi seg mest fra de andre. De ulike faglige tilnærmingene utfyller hverandre, og bidrar til at pasienter kan få et godt behandlingstilbud.

⁴⁸ Hagen, K. B., H. H. Holte, K. Tambs and T. Bjerkedal (2000). Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983-1993 population-based prospective study in Norway. *Spine (Phila Pa 1976)* 25(19): 2480-2487

Helsedirektoratet vurderer at pasienter med muskel- skjelettplager får god hjelp av de fysioterapeutene med videreutdanning som allerede finnes, og det er en stor andel med videreutdanning rettet mot disse pasientene. Imidlertid er det behov for bedre tilbud til de har samtidige psykiske helseplager. Deler av løsningen kan ligge i at det legges opp til større grad av samarbeid og henvisning mellom de som spesialiserer seg på det det rent muskel-skjelettfaglige og de som har høyere kompetanse på psykisk helse.

4.3 Psykisk helse og rus

Psykiske lidelser og lidelser som skyldes bruk av rusmidler er utbredt i den norske befolkningen, og bidrar til betydelige helsetap slik vi har vist i figur 1. Kvinner har høyere forekomst enn menn av angst og depresjon, mens menn er i overtall når det gjelder ruslidelser. Både kommunene selv, rapporten utført av Rambøll om hjernehelse for Helsedirektoratet⁴⁹, og brukere har gjentatte ganger påpekt at disse problemene må følges opp og at det må gis et bedre rehabiliteringstilbud til mennesker som har psykiske utfordringer.

Rambøll-rapporten fant at brukere av rehabiliteringstilbud i kommunen fikk relativt god hjelp med fysiske behov, men oppfølgingen knyttet til psykisk helse var utilstrekkelig. Dette gjaldt både de som hadde medfødte eller langvarige somatiske lidelser og de som hadde en psykisk lidelse kombinert med en akutt somatisk sykdom eller skade. Manglende fokus på psykisk helse var også et problem i rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten. Dette er et problem for alle brukere og pasienter i denne gruppen, men særlig for personer med psykisk utviklingshemming og nedsatt kognitiv funksjonsevne. De har spesielt behov for kompetanse både på å oppdage og å gi behandling for psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan gi seg utslag i kroppslige plager og ved at man ikke kan ta vare på sin fysiske helse, og det er viktig at fysioterapeuter har kunnskap om dette.

Fysioterapeuter med psykomotorisk videreutdanning jobber slik at kroppslige og andre funn vurderes og fortolkes med en mer «helhetlig» tilnærming og i lys av pasientens livssituasjon og historie. Pasientene har ofte forsøkt mange og andre behandlingstilnærminger før, og trenger langvarig oppfølging for å lykkes med å endringsprosesser som kan være hjelp til selvhjelp og bidra til økt livsutfoldelse og mestring/bedring av plagene.

Støtte for effekten av psykomotorisk fysioterapi har gjerne vært beskrevet i kvalitative termer, men en ny studie av Bergland, Fromholt Olsen og Ekerholt brukte et oppsett med randomisert kontrollert forsøk (randomized controlled trial, RCT)⁵⁰. Forskerne målte helse-relatert livskvalitet ved bruk av en standard test, Short Form Health Survey SF-36. De fant at pasienter som mottok psykomotorisk

⁴⁹ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Hjernehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf>

⁵⁰ Bergland, Fromholt Olsen and Ekerholt. The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem and social support. Upublisert manuskript (til vurdering i journal).

fysioterapi hadde signifikant bedre effekt på livskvalitet enn en kontrollgruppe uten terapi. Videre har Dragesund og Kvåle startet et RCT-prosjekt der de skal sammenligne pasienter som mottar opplæring i kognitive teknikker og fysioterapi, versus psykomotorisk fysioterapi⁵¹.

Egil Martinsen har vært en foregangsperson for å framheve sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forbedret mental helse. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblematikk kan fysiske tiltak også gi god effekt. Martinsen m.fl. viser i et nummer av Fysioterapeuten til flere studier som demonstrerer at "fysisk aktivitet hos mennesker med rusbakgrunn har positiv effekt på fysisk form, livskvalitet og sosiale relasjoner"⁵². Treningskontakt er etablert i mange kommuner som en del av støttekontaktordningen, og fysioterapeuter har ofte en veiledersrolle overfor disse. I Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) – Mestre hele livet viser en til at fysisk og psykisk helse skal ses i sammenheng. Blant annet omtales viktigheten av å se livsstil (eksempelvis kosthold, søvnvaner, fysisk aktivitet og sosialt liv) og psykisk helse i sammenheng.

Tallene vi har om kapasitet viser at i 2017 fikk 333 fysioterapeuter med psykomotorisk videreutdanning oppgjør fra HELFO. Helsedirektoratet har i en tidligere rapport funnet at denne gruppen er av de eldste innen fysioterapifaget, slik at det kan forventes en høyere aldersavgang for denne enn for andre grupper fysioterapeuter etter hvert.

Videreutdanning på området, konklusjon

Master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiT Norges arktiske universitet er spesielt rettet mot å styrke kompetansen i behandling av pasienter med psykiske lidelser, evt. i kombinasjon med muskel/skjelettlidelser. Gjennomsnittlig utdannes 7 pr. år. En ny studieretning i klinisk fysioterapi ved HVL starter opp høst 2018 med tilsvarende kapasitet. I tillegg har man videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi 60 studiepoeng ved OsloMet, som i kombinasjon med en mastergrad gir takstkompetanse A9. Disse utdanningsretningene gir til dels ulik kompetanse om pasienter med ulike grader av psykiske lidelser. Utdanningen ved OsloMet har tatt opp 30-40 studenter i årlig gjennomsnitt, der ca. 1/2 parten enten tar - eller har en mastergrad. Det er planer om å utvikle videreutdanningen til en klinisk mastergrad. Utdanningskapasiteten på feltet ser dermed ut til å kunne øke i årene fremover.

Både kommunene Helsedirektoratet har vært i kontakt med, representanter fra spesialisthelsetjenesten og den store sykdomsbyrde tilsier at man trenger økt kapasitet og tilgjengelighet av fysioterapeuter med videreutdanning innen psykisk helse. Selv om utdanningskapasiteten med disse videreutdanningene ser ut til å øke noe framover, mener Helsedirektoratet at tilgjengeligheten på området bør økes. Det har vært stort fokus på å øke antallet psykologer i kommunene, men fysioterapeuter med videreutdanning innen psykisk helse kan også bidra. Dette fordrer at kommunene etterspør denne kompetansen og at stillinger blir opprettet.

⁵¹ Dragesund and Kvåle BMC Musculoskeletal Disorders (2016) 17:325, DOI 10.1186/s12891-016-1159-8

⁵² Martinsen m.fl. Rusavhengighet – er faringer knyttet til deltakelse i gatefotball. Fysioterapeuten 4/16, side 12.

4.4 Nevrologi, hjerneehelse

Både kommunene selv og spesialisthelsetjenesten peker på behov for mer nevrologisk kompetanse for fysioterapeuter særlig i kommunene.

Rambøll-rapporten om hjerneehelse⁵³ fra 2016 viste at det oppleves å være god kvalitet på de nevrologiske tjenestene og rehabiliterings- og habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenestene. Men det er mangel på kapasitet, som fører til at kronikere og psykisk syke nedprioriteres. På rehabiliteringsfeltet er hovedutfordringen å skape helhetlige rehabiliteringsforløp, og å følge opp intensiteten i behandlingen ute i kommunene. Brukerne som ble spurt om hvordan tjenestene fungerte fokuserte særlig på at de hadde større behov for hjelp med koordinering av tjenestene. Gjennomgående ble det påpekt svakheter ved tilbudet om psykisk helsehjelp til disse pasientene dersom de trenger det.

Rapporten viste videre at situasjonen knyttet til kompetanse og kapasitet i kommunene først og fremst er kjennetegnet av store kommunale forskjeller. En del kommuner mangler noen typer fagkompetanse fullt og helt, mens andre mangler nok ansatte med kompetanse. Kapasitetsutfordringer i kommunal helse- og omsorgstjenestene fører til vanskelig prioritering mellom pasient- og brukergrupper, ifølge kommuneledere som bidro med informasjon. Tjenestene prioriterer barn og personer med akutt oppstått sykdom og skade.

Habiliteringstilbudet i flere kommuner bærer videre preg av «særomsorg», forfatterne mente det burde sikres nevrologkompetanse i habiliteringsenhetene. Funnene tyder på at personer med behov for habiliteringstjenester i flere tilfeller ikke har tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester på lik linje med resten av befolkningen. Dette bryter med prinsippet om likeverdige tjenester.

Rapporten peker på at et viktig tiltak vil være å øke innsatsen fra ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten for å sikre spesialisert kunnskap om rehabilitering og habilitering av konkrete pasienter og diagnoser i kommunehelsetjenesten. Samtidig peker forfatterne på et behov for å prioritere å øke kompetansen på rehabilitering og habilitering av personer med hjerneehelseproblematikk i kommunene. En økt kompetanse på dette feltet vil kunne føre til en effektiv utnyttelse av ressurser ved at det settes inn ressurser til trening og aktivitet tidlig for å forhindre unødvendig reduksjon av funksjon og problemforløp.

NFFs oversikt over antall spesialister viser at det er 94 spesialister i nevrologi, av de 957 som er registrert totalt i fagforeningen.

⁵³ Som tidligere beskrevet mener man med begrepet hjerneehelse personer som har medfødte eller ervervede tilstander/sykdommer i hjernen, det sentrale og perifere nervesystem, samt enkelte progredierende muskeltilstander.

Videreutdanning på området, konklusjon

Mastergrad i helsefag - studieretning i nevrologisk fysioterapi ved UiT Norges arktiske universitet gir dybdekompetanse i undersøkelse og behandling av pasienter med sykdommer og skader relatert til det sentrale og perifere nervesystemet. Utdanningen styrker kvalifikasjoner innen behandling og rehabilitering av pasientgrupper som har store og vedvarende oppfølgingsbehov.

Utdanningskapasiteten vil være gjennomsnittlig 6-7 pr. år, da 20 studenter tas opp hvert 3.år.

Helsedirektoratet vurderer dermed at det allerede finnes videreutdanning som gir spesialisert kompetanse på dette feltet, men at man trenger økt tilgjengelighet (ansettelse) av slike fysioterapeuter i kommunene – inkludert i habiliteringstjenestene. Videre bør man sikre bruk av ambulante team.

4.5 Hjerte- og lungelidelser

Noen kommuner og representanter for spesialisthelsetjenesten har pekt på behov for spesialisert fysioterapikompetanse for pasienter med hjerte- og lungelidelser.

Vi viste tidligere til en økning av ikke-smittsomme sykdommer i befolkningen, der mange vil leve mange år med sykdommen. Folkehelseinstituttets arbeid med sykdomsbyrde for 2015 ble publisert i 2017. Det viser at hjerte- og lungeproblematikk rangerer høyt på listen over dødsårsaker: «Blant mer detaljerte dødsårsaker er de fem viktigste iskemisk hjertesykdom (i hovedsak hjerteinfarkt), demens, karsykdom i hjernen (hjerneslag), kols og lungekreft. De fire første rammer i høy alder, mens 45 % av lungekreftdødsfall skjer før fylte 70 år.⁵⁴» Dette er altså sykdommer som rammer befolkningen i stor grad, særlig med økende alder.

Kommunene Helsedirektoratet har vært i kontakt med i forbindelse om oppdraget har pekt på flere områder der fysioterapeuter med spesialisert kompetanse på feltet vil bidra. Dette gjelder både rehabilitering og habilitering (der spesielt pasienter med KOLS og andre kronikere har blitt trukket fram); og forebyggende arbeid. Allikevel er det andre områder som har blitt trukket fram tydeligere, og vi omtaler hjerte- og lungeområdet bare kort.

Kun 27 av 957 spesialister registrert hos NFF har spesialisert seg innen hjerte- og lungelidelser.

Videreutdanning på området, konklusjon

Mastergradsstudiet i klinisk fysioterapi ved Høgskulen på Vestlandet har fysioterapi ved hjerte- og lunge-lidelser som en av grenene man kan spesialisere seg i. Etter fullført mastergradsutdanning skal man kunne arbeide som fysioterapeut med ansvar for både undersøkelse, forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering og koordinering av forsknings- og utviklingsarbeid.

⁵⁴ <https://www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-i-norge-2015/>

Kommunehelsetjenesten får stadig flere multisyke pasienter der hjerte- og lungelidelser alene, eller sammen med andre lidelser er sentralt i sykdomsbildet.

Helsedirektoratet vurderer at dette området er kompetansemessig godt dekket i dagens videreutdanningstilbud, men at man muligens trenger økt tilgjengelighet og ansettelse av slike fysioterapeuter spesielt i kommunene. Det lave antallet spesialiserte registrerte hos NFF kan tyde på det, men det er vanskelig å si helt sikkert. Det har vært flere søkere enn studenter som tas opp ved masterutdanningen i klinisk fysioterapi ved HVL (vi har ikke tall for enkeltretningen hjerte/lunge, bare samlede tall). Hvis det skal gi mening å øke studiekapasiteten, må det opprettes stillinger til fysioterapeutene med denne videreutdanningen.

4.6 Barn og unge

Det har vært en enstemmig tilbakemelding blant ulike interessenter om at det behøves mer kompetanse innen fysioterapi om barn. Både kommuner vi har vært i kontakt med, representanter for spesialisthelsetjenesten og fylkesmenn har fremhevet dette, og det har vært ett av områdene med klareste råd fra de involverte instansene.

Barn er ikke små voksne, og det behøves derfor en annen kompetanse for å gi gode fysioterapifaglige tjenester til dem. Barn har umodent vev, og barnekroppen responderer på en annen måte. Plastisiteten, det vil si endrings- og tilpasningsmuligheten, er større, og det kreves andre doseringer og andre tiltak. Barn er ikke små voksne. Siden mange barn ikke har språk, må man bruke spesiell forståelse og kunnskap om barn for å forstå hva barnet uttrykker med kropp og lyd. Både psykiske og fysiske lidelser gir seg utslag i kroppslig funksjon. Barnet erfarer og opplever verden gjennom kroppen, og opplevelsene setter spor. Når man senere skal igangsette tiltak må det inkludere mye veiledning av foreldre og samarbeidspartnere. Familieperspektivet og kunnskap om miljøfaktorer samt systemer er viktig for å kunne gi en god oppfølging. I arbeidet med rapporten har vi mottatt innspill fra fysioterapeuter som jobber med barn.

NFF arrangerer kliniske kurs i barnefysioterapi, men vurderer selv dette som et fragmentert tilbud med ulike tema som ikke kan dekke hele behovet for høyere kompetanse. Kursene er alltid fulltøgn, med ventelister, og man klarer ikke å dekke etterspørselen. Det vektlegges at kursene er etterutdanningskurs, og ikke formell videreutdanning. Kursene kan heller ikke dekke behovet for videre utvikling og forskning innenfor barneområdet. I sin oversikt over registrerte spesialister har NFF 217 av 957 registrerte som spesialister innen barnefysioterapi.

Videreutdanning på området, konklusjon

Det finnes i dag ingen klinisk mastergrad som fokuserer på barnekompetanse i bred forstand. OsloMet har en videreutdanning i barnefysioterapi på 30 studiepoeng, som eventuelt kan inngå som en del av et ikke-klinisk masterforløp. Ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitets master i nevrologi består den ene av studieretningene i fordypning om fysioterapi til barn med nevrologisk betingete funksjonsproblemer. Mens sykepleierne som jobber i tjenestene rettet mot barn og unge ofte har videreutdanning (som helsesøstre og jordmødre), finnes det altså ikke tilsvarende utdanningsløp for fysioterapeuter.

Helsedirektoratet ser derfor at det kan være behov for å etablere et lengre klinisk videreutdanningstilbud for fysioterapeuter om barn. Kompetanse om barn er i utgangspunktet en bred type kompetanse, siden det skal dekke mange sykdommer og problemstillinger. Vi har allikevel forstått det slik at en masterutdanning rettet mot barnefysioterapi ligger utenfor oppdraget om å utrede en høy og bred kompetanse. Imidlertid er tilbakemeldingene om behov for økt kompetanse om barn så unisone at vi anbefaler at et lengre utdanningsløp på området utredes videre, i samarbeid med utdanningsmiljøene. Videreutdanningen som finnes på området er populær, med flere som søker enn de som tas opp hver gang, så det burde være godt grunnlag for å utbygge tilbudet mer.

Mer kunnskap om barn ville kunne gi bedre forebygging, og således bidra til den ønskede venstreforskyvningen i tjenestene.

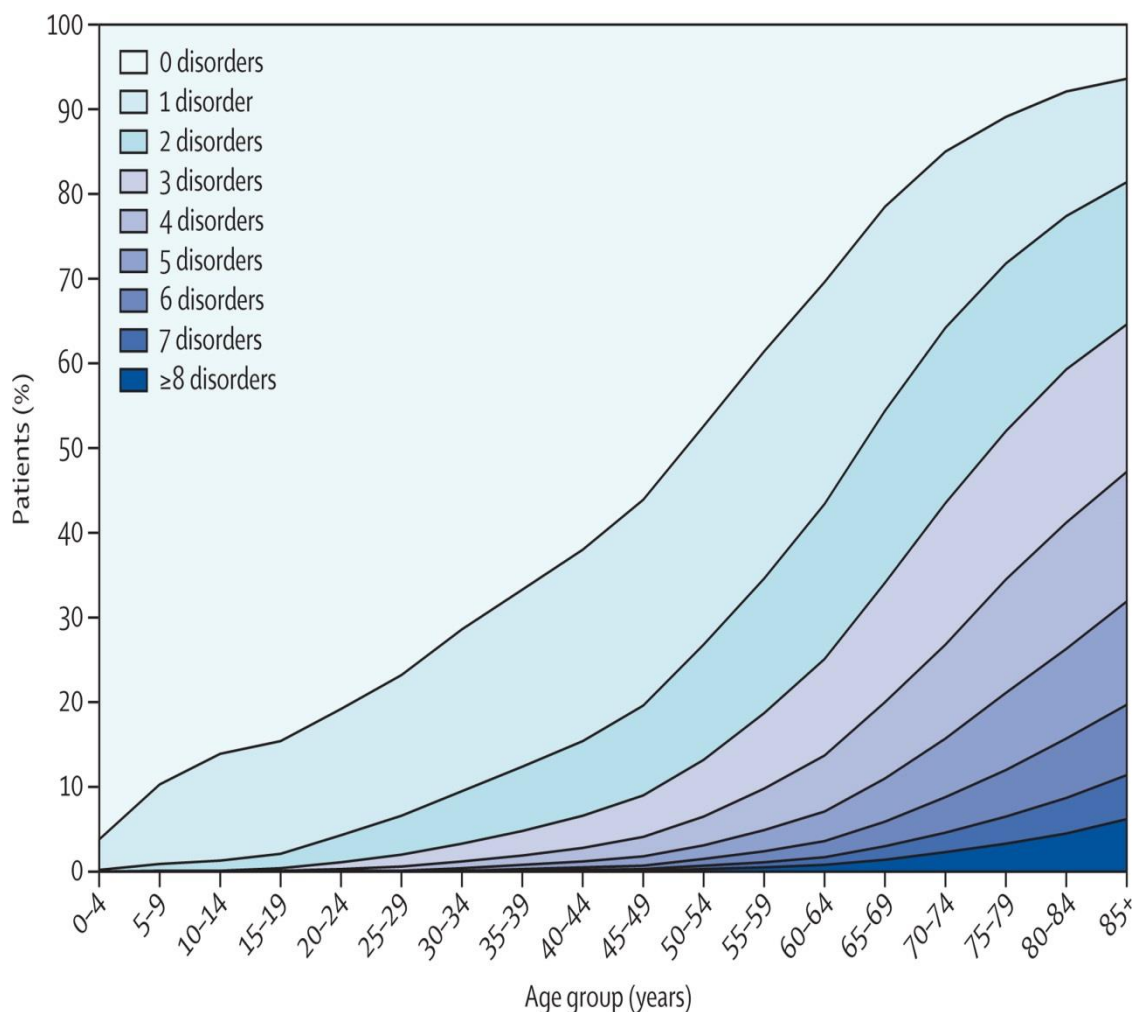
4.7 Eldre

Det er godt kjent at eldre pasienter utgjør en stadig større andel av befolkningen, i tillegg til en stor andel av de som har store og sammensatte behov. Eldre pasienter har i stadig større grad kreft, KOLS og andre kroniske sykdommer, blant annet fordi flere lever lengre med disse tilstandene. Demens er den tilstanden som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet⁵⁵. For eksempel personer med Downs syndrom og andre med medfødte syndrom lever nå til de blir mye eldre enn før, og kan ha et annet aldringsmønster enn resten av befolkningen. Dette er altså en stor gruppe personer, med til dels store pleiebehov.

Selv om pasienter i flere livsfaser vil kunne ha store og sammensatte behov, er det spesielt ofte eldre har flere sykdommer samtidig. Figuren under viser at pasienter i gjennomsnitt har tre diagnoser ved fylte 85 år:

⁵⁵ Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. IS-1966, Helsedirektoratet 2012.

Figur 2. Multisykdom og alder



Barnett, Karen, et al. "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study." *The Lancet* 380.9836 (2012): 37-43.

Et nytt og interessant eksempel med relevans for kompetanse i fysioterapi kommer fra forsker Gunhild Alvik Nyborg, som nylig har disputert for doktorgraden. Hun har undersøkt legemiddelbruk hos hjemmeboende eldre nasjonalt, samt omfang og konsekvenser av uheldig legemiddelbruk hos sykehjemsbeboere i Vestfold⁵⁶: Forskerne fant at 35% av de hjemmeboende eldre og 44% av beboerne i de undersøkte sykehjemmene brukte minst ett legemiddel, eller en kombinasjon av legemidler, som man kan karakterisere som potensielt uheldig. Med tanke på likestilling er det viktig å merke seg at kvinner hadde høyere risiko for å bruke potensielt skadelige legemidler enn menn. Det var høyt forbruk av psykotrope medisiner (legemidler som påvirker hjernens funksjon), og omtrent 15% av sykehjemsbeboerne brukte tre eller flere ulike psykotrope legemidler samtidig. Det som kanskje var spesielt interessant med tanke på fysioterapikompetanse var at denne gruppen

⁵⁶ <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2018/nyborg-gunhild-alvik.html>

hadde økt risiko for fall i forløpet av en akutt infeksjon eller dehydreringsepisode. Hvis fysioterapeuter med avansert klinisk kompetanse om eldre med sammensatte behov og multifarmasi kunne bidra til bedre fallforebygging, ville det være en stor gevinst.

Hele dette til dels kjente bildet er krevende å håndtere for alle helseprofesjoner, inkludert fysioterapeuter, og det er viktig å kjenne forskjellen på vanlige aldersdegenerative forandringer og en patologisk utvikling. Geriatri er en av de medisinske spesialitetene med færrest leger, så økt kompetanse hos andre profesjoner vil være nyttig.

Videreutdanning på området, konklusjon

Det finnes i dag ingen klinisk masterutdanning med eldre pasienter som hovedfokus, samtidig som det ble påvist en relativ mangel på innhold om eldre i bachelorutdanningen. Ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet kan man velge en masterutdanning i fysioterapi til voksne med nevrologisk betingete funksjonsproblemer. OsloMet tilbyr en 30 studiepoengs videreutdanning på området, som eventuelt kan inngå i en ikke-klinisk master.

De demografiske endringene med stadig flere eldre, sammen med den relative mangelen på fysioterapiutdanning med fokus på eldre, tilsier at man bør bygge ut kompetansen på dette området. Dersom fysioterapeuter med avansert klinisk kompetanse om eldre (spesielt eldre med store og sammensatte behov) kan bidra til at flere eldre kan opprettholde funksjonsnivå slik at de kan bo hjemme lengre, og hindre reinnleggelser, vil de være et viktig tilskudd til tjenestene. Denne kompetansen vil vi beskrive nærmere i neste kapittel.

5 NY, BRED KLINISK VIDEREUTDANNING PÅ MASTERGRADSNIVÅ FOR FYSIOTERAPEUTER

Konklusjonene Helsedirektoratet har dratt fra drøftingene i foregående kapitler er at det er behov for en annen type bred, klinisk kompetanse enn den som dekkes av dagens masterutdanninger, i tillegg til de eksisterende videreutdanningene. Denne nye kompetansen vil beskrives nærmere i dette kapitlet.

5.1 Mastergradsnivå

I forbindelse med utarbeidelse av rapporten har det vært diskutert hvilket nivå den identifiserte kompetansen bør ligge på. Blant annet de tre arbeidstakerorganisasjonene har foreslått opprettelse av et femårig grunnutdanningsløp (eventuelt inkludert turnus) som generelt kompetansehevingstiltak. Imidlertid er det forskjell på hva slags kompetanse man tilegner seg på et utvidet bachelornivå og i en mastergrad. Dette er presentert på følgende måte i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk⁵⁷:

«Dei ulike nivåa skal representere ein progresjon, sjølv om ikkje alle nivå krev at førre nivå er nått. Progresjonen skal framstille ein stigande grad av kompleksitet. Dette gjeld sjølve kunnskapen, dugleiken og situasjonen den skal brukast i. I tillegg kjem forventningane til sjølvstende, analyse, vurdering og nyskaping hos den som bruker kunnskapen og dugleikane.»

En mastergrad skal gi en selvstendighet og fordypning man ikke kan forvente på lavere grads nivå, og vi mener at det er nødvendig for å ivareta de behovene for høyere kompetanse som er identifisert.

⁵⁷ <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

5.2 Målbilde: Sluttkompetanse med mastergrad i avansert klinisk fysioterapi

Kunnskapene og ferdighetene som en fysioterapeut med avansert klinisk master vil tilegne seg skal kunne gi en generell, bred kompetanse på et mastergradsnivå i fysioterapi. Denne sluttkompetansen vil gjøre dem i stand til å anvende kunnskaper og ferdigheter på selvstendig vis i ulike komplekse situasjoner gjennom samarbeid, å ta større ansvar, evne til refleksjon og kritisk tenkning i utøvelsen av faget. Tilsvarende som for en sykepleier med avansert klinisk master skal fysioterapeuten inneha ferdigheter i kompleks beslutningstaking, og bli i stand til å utøve en kunnskapsbasert praksis i samhandling med annet helsepersonell, pasienter og pårørende.

Hovedmålet med den foreslåtte utdanningen er å bedre helsehjelpen, i særdeleshet i kommunene men også i generelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten, til pasienter med store og sammensatte behov der fysioterapi regnes som en særlig viktig del av helsehjelpen.

Masterutdanningene bygger videre på kompetansen som fysioterapeutene har fra bachelorutdanningen. I masterutdanningen vil kompetanse på de ulike områdene utdypes og integreres til en sluttkompetanse som vi har beskrevet som en breddekompetanse. For å oppnå denne breddekompetansen som gjør fysioterapeuten i stand til å bedre helsehjelpen til pasienter og brukere med sammensatte behov, må en mastergrad i klinisk avansert fysioterapi gi grunnlag for utvikling av høy kompetanse innen følgende områder:

1. Kunnskaper om sykdom og helse hos ulike pasient- og brukergrupper
2. Vurderings- og handlingskompetanse (ferdigheter)
3. Faglig ledelse og tjenestekoordinerings
4. Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring

Disse områdene blir nærmere beskrevet under.

1. **Kunnskap om sykdom og helse hos ulike pasient- og brukergrupper:** Kunnskap om hvordan sykdom, helse og funksjonssvikt påvirker pasienters/brukeres fysiske, psykiske og sosiale situasjon. Fysioterapeutene bør lære om patofysiologi/-psykologi om hvordan forskjellige sykdomsmekanismer griper inn i hverandre. Disse kunnskapene må dekke et utvalg av medisinske tilstander og være knyttet til vanlige problemstillinger hos pasienter med store og sammensatte behov. Målgruppen er definert til innbyggere med særskilte sykdoms- og helseutfordringer, særlig de som har sammensatte lidelser. I tillegg må fysioterapeuten ha kompetanse knyttet til helseutfordringer hos kvinner og menn og særskilte aldersgrupper, særlig eldre. Kunnskapene skal understøtte fysioterapeutens ulike oppgaver: både de helsefremmende, sykdomsforebyggende, behandlende, lindrende og/eller rehabiliterende overfor målgruppen. Valget av kunnskapskilder og temaer for kunnskap om helse, sykdom og funksjonssvikt må gjøres i nært samarbeid med tjenesten og utdanningsinstitusjonene og avpasses sykdomsbildet i øyeblikket.

- 2. Vurderings- og handlingskompetanse:** Fysioterapeuter vurderer pasienters/brukeres fysiske funksjon ved hjelp av klassifikasjonssystemet ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse)⁵⁸ Grunnlaget for klassifikasjonen omfatter to hovedområder; (I) funksjon og funksjonshemming og (II) kontekst. Det betyr at ICF klassifiserer menneskers funksjonsevne relatert til deres mulighet for deltakelse i sosialt liv. Dette kan også handle om evne til å delta i arbeidslivet. En fysioterapeut med klinisk avansert mastergrad skal kunne gjøre en vurdering av pasienter med store og sammensatte behov og klassifisere pasientens funksjon ved hjelp av ICF. Dette krever at fysioterapeuten kan foreta en omfattende helsehistorie som gir innsikt i pasientens egen opplevelse av helse/sykdom, begrensinger og ressurser, og betydningen funksjonsplagene har i den enkeltes liv. Videre må fysioterapeuten kunne velge ut og bruke relevant kartleggingsverktøy for å kunne vurdere pasientens funksjon og kapasitet. Samtidig er det viktig å påpeke at i tillegg til en ICF- klassifisering må fysioterapeuten ha kjennskap til pasientens/brukerens diagnoser og eventuelle medisinske behandling. Både ICF-klassifiseringen og kunnskapen om pasientens medisinske diagnoser og behandling vil være grunnlaget for å kunne vurdere passende tiltak i samhandling med pasienten. Dette inkluderer avansert behandlingskompetanse. Tiltakene må ta utgangspunkt i pasientens liv og fysiske kapasitet.

En slik vurderings- og handlingskompetanse som beskrives her gjør fysioterapeuten i stand til å gi helsehjelp (helsefremmende, sykdomsforebyggende, behandlende, lindrende og/eller rehabiliterende) til mennesker med store og sammensatte behov på en helhetlig måte. En helhetlig tilnærming vil være grunnleggende for bedring for disse pasientene.

Konkret hvilke kartleggingsverktøy og hvilke fysiske undersøkelsesmetoder som bør være en del av en avansert klinisk fysioterapiutdanning på mastergradsnivå bør vurderes i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene og tjenesten. Dette må gi kompetanse i å vurdere når det er underliggende sykdom eller funksjonssvikt som krever henvisning til andre instanser.

Vurderings- og handlingskompetansen må læres i skjæringspunktet mellom praksis og teori. Helsedirektoratet mener at mengden praksis og hvordan den bør gjennomføres i masterstudiet må diskuteres med utdanningsinstitusjonene, men at det må være et kriterium at det legges opp til klare arbeidskrav som må godkjennes av egnet veileder. Arbeidskravene må bidra til at studenten opparbeider seg vurderings- og handlingskompetanse i møte med virkelige pasienter (ikke bare i simuleringslaboratorium).

- 3. Faglig ledelse og tjenestekoordinering:** En fysioterapeut med klinisk avansert mastergrad må kunne lede det faglige/kliniske arbeidet med pasienter og brukere i målgruppen, delta i ulike tverrfaglige team i oppfølging av pasienter og selvstendig vurdere kompetansebehovet slik at

⁵⁸ World Health Organization 2001, Oversatt og tilrettelagt av KITH og utgitt av Sosial- og helsedirektoratet med tillatelse fra WHO: Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ISBN 82-7846-204-6

tilbudet kan bli tilpasset og tjenester kan bli bedre koordinerte. Fysioterapeuten skal ha god kjennskap til de ulike nivåene i helsetjenesten, pasientrettigheter, samhandling, teknologi og pasientens helsebehov.

Fysioterapeutene har en særlig viktig rolle i helsehjelpen til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Dette gjelder også i koordineringen av helsehjelp innen dette feltet. Utfordringsbildet som beskrives i Primærhelsemeldingen og det økende fokuset på teamarbeid omkring pasienten, opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, den nye regjeringsplattformen fra 2018 med forslag om pakkeforløp i rehabilitering, samt forventningen om å skape pasientens helsetjeneste, medfører at kommunene i økende grad må legge til rette for samarbeid mellom ulike helseprofesjoner.

Med fokuset Meld. St. 26 legger på samhandling, vil kravet til god elektronisk samhandling med annet helsepersonell øke. En fysioterapeut med master i klinisk avansert fysioterapi med særlig vekt på en helhetlig tilnærming til pasientene skal kunne bidra til brukermedvirkning og mer koordinerte tjenester, og skape mer helhetlige pasientforløp. Dette kommer i tillegg til behovet for nærmere tilknytning mellom NAV og helsetjenesten.

Ved innføring av fysioterapeuter med klinisk kompetanse på mastergradsnivå vil også eksisterende kompetanse for eksempel i tverrfaglige team kunne bli utnyttet bedre.

- 4. Kunnskapsbasert fagutvikling og tjenesteforbedring:** En fysioterapeut med master i klinisk avansert fysioterapi må kunne oppdatere seg på ny kunnskap, sette seg inn i relevant forskningskunnskap og anvende den i egen praksis. Videre må fysioterapeuten kunne veilede studenter på mastergradsnivå i klinisk praksis, og kunne legge til rette for fagutviklingsprosjekter i egen praksis samt bistå i forskningsprosjekter. Fysioterapeuter med klinisk avansert mastergrad kan for eksempel være viktige fagpersoner ved innføring av å velferdsteknologiske løsninger. At fysioterapeuten har kunnskap om forskningsmetode og anvendelse av forskningsresultater vil ha betydning for hele tjenesten, samt for tjenester som utøves av helsepersonell med lavere kompetanse (systemlæring). En fysioterapeut med klinisk avansert mastergrad vil kunne fungere som en faglig veileder for sine medarbeidere og bidra til at tjenesten som sådan blir mer kunnskapsbasert.

Et særlig kjennetegn ved en klinisk avansert mastergrad er at de ulike kompetanseområdene må henge sammen og læres i sammenheng. Det betyr at fysioterapeuten skal kunne anvende teoretiske kunnskaper i møte med virkelige pasienter. Under studiet må fysioterapeuten øve seg på kunnskapsbasert fagutøvelse, å arbeide i team og å legge til rette for mer koordinerte tjenester i et tett samarbeid med pasienten og pårørende. For å få til en hensiktsmessig læring av de ulike områdene og sammenhengen mellom dem må studiet legges opp som integrerte studieløp med en parallell progresjon på alle fire kunnskapsområdene.

5.3 Drøfting av målgruppen for fysioterapeuter med avansert klinisk mastergrad

Å ta til seg ny kunnskap, reflektere over kunnskapens relevans for praksis samt å anvende kunnskapen i praksis, er en av de viktigste metaferdighetene en nyutdannet fysioterapeut med avansert klinisk mastergrad skal ha. Gjennom studiet skal studentene få oppdatert kunnskap om funksjonsvurdering, sykdom, helse, helsepedagogikk, helsekommunikasjon, helsetjenesten som system og ulike helseutfordringer for grupper av befolkningen. Fysioterapeuten skal kunne anvende kunnskaper og ferdigheter fra et sykdomsområde til å sette seg inn i nye sykdommer o.l. hun får ansvar for å følge. Kunnskapsfeltet utvikler seg stadig og fysioterapeuten må derfor kunne oppsøke ny kunnskap som kan vurderes i relasjon til en gitt klinisk setting, implementere kunnskapen og evaluere sin yrkesutførelse. Dette er særlig viktig fordi man tenker seg at en fysioterapeut med en klinisk avansert mastergrad skal bidra med en viktig kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange norske kommuner er små og de har ikke anledning til å ansette spesialister på alle fagfelt. Samtidig får de ansvar for pasienter og brukere med et vidt spekter av ulike helseutfordringer. For å kunne tilby disse menneskene forsvarlig helsehjelp må kommunene ha helsepersonell som har kunnskaper og ferdigheter til å sette seg inn i nye problemstillinger.

I tillegg til det kliniske arbeidet vil fysioterapeuten med avansert klinisk mastergrad ha sentrale roller på sine arbeidsplasser i fagledelse, opplæring, fagutvikling og veiledning av kolleger og studenter. Dette krever kompetanse på mastergradsnivå.

Pasienter med store og sammensatte behov

Sykdomsutviklingen viser at flere pasienter enn før i alle aldersgrupper lever med sammensatte lidelser, og mange av disse har også store behov for helse- og omsorgstjenester. Eldre pasienter utgjør en stadig større del av befolkningen, og det er mye som tyder på at psykiske behov hos pasienter med muskel- og skjelettplager (så vel som somatiske behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk) ikke er godt nok ivaretatt i tjenesten. Dette er pasientgrupper som trenger helsehjelp fra fysioterapeuter med avansert kompetanse som kan ivareta helhetsspektivet.

Som eksempel vil pasienter med sjeldne lidelser ofte ha store og sammensatte behov. Det finnes mellom 30 000-100 000 sjeldne diagnoser i Norge. I en liten kommune er det ikke realistisk at man skal kunne ansette fysioterapeuter med spesialisert kunnskap og skifte disse ut i takt med pasientens behov, men en fysioterapeut med en bred avansert klinisk mastergrad skal vite hvordan man tilegner seg ny kunnskap og samarbeider med andre for å gi pasienten best mulige tjenester. For sjeldne lidelser er det eksempelvis viktig at fysioterapeuten kjenner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, hvilket tilbud de ulike sentrene i kompetansetjenesten gir, og evner å motta og bruke informasjon og veiledning derfra. Pasienter med sjeldne diagnoser har ofte særlig behov for koordinerte tjenester og livslang oppfølging, så kunnskap om tjenestekoordinering og overganger i livsfaser er viktig kompetanse.

Eldre

Som tidligere beskrevet tilsier den demografiske utviklingen at behovet for helsehjelp i den eldre delen av befolkningen vil øke i fremtiden. Vi ser allerede en utvikling med flere eldre pasienter i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjener. Fordi eldre pasienter ofte har ulike sykdommer som kan interagere med hverandre i tillegg til at de har aldersrelaterte plager, ser vi at en aldrende befolkning medfører økt behov for helsehjelp fra fysioterapeuter som har tilstrekkelig breddekompetanse til å ivareta de eldre pasientenes behov. Denne breddekompetansen må blant annet bestå av kunnskap om normal aldring samt om vanlige diagnoser og behandlingen av disse, inkludert vanlige bivirkninger. Eksempler kan være kunnskap om demens, hjerte/kar sykdommer inkludert KOLS og slag, diabetes og alderspsykiatri.

Når det gjelder sykdomsbyrden hos eldre er det for øvrig visse kjønnsforskjeller som kan ha innvirkning på behovet for fysioterapi. Vangen et al. har i kronikken «Trenge det et kjønnsperspektiv på eldre helse?»⁵⁹ oppsummert flere funn. Koronar hjertesykdom rammer kvinner senere enn menn i livet, og de kan ha et annet sykdomsforløp. Hos personer over 80 år rapporterte 31% menn og 46 % kvinner om muskel- og skjelettsykdommer, og forskjellen mellom kjønnene økte med alderen. Videre rapporterer kvinner oftere enn menn om psykiske vansker, og forfatterne peker på behov for mer kompetanse innen blant annet alderspsykiatri. De påpeker også behovet for å tilrettelegge for tiltak som opprettholder funksjonsevnen i eldre år med tanke på et økende antall enslige eldre kvinner.

I 2016 var ressursbruken per pasient i den somatiske spesialisthelsetjenesten i gjennomsnitt tre ganger så høyt for pasienter over 80 år sammenlignet med pasienter mellom 30 og 40 år⁶⁰. Forklaringen er at mange eldre er multisyke og har generelt dårligere helse enn resten av befolkningen. Eldre over 80 år er altså brukere av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at det kan være behov for fysioterapeuter med klinisk breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten også. Behovet for denne breddekompetanse vil avhenge av pasientsammensetningen og kan være ulikt mellom større universitetssykehus og mindre lokalsykehus.

Kompetansebehov knyttet til gjennomføring av geriatrike vurderinger. En geriatrik vurdering omfatter en systematisk vurdering av den eldre pasientens funksjonsnivå (aktiviteter i dagliglivet og mobilitet/funksjonstester), sykdomsbyrde/komorbiditet, evt. polyfarmasi, ernæringsstatus, kognitive funksjon, emosjonelle funksjon og sosiale nettverk. En slik vurdering som grunnlag for å sette i gang egnede tiltak, stiller utvidede krav til kompetanse hos fysioterapeuter. Det kan eksempelvis være

⁵⁹ Siri Vangen, Anne Karen Jenum, Sidsel Graff-Iversen, Gro Idland 2009. Trenge det et kjønnsperspektiv på eldres helse? Tidsskriftet for den norske Legeforening no. 6, 12. mars 2009.

⁶⁰ Mortensen, S. M. & Kalseth, B. «Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen», *Analysenotat SAMDATA Spesialisthelsetjenesten* 10/2017, https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

vurderinger og tiltak knyttet til funksjonssvikt, kognitiv svikt og sansetap. Et område innenfor en geriatrisk vurdering som fysioterapeuter med en klinisk mastergrad vil ha en særlig kompetanse til å vurdere og å igangsette tiltak er i vurdering av fallrisiko og igangsetting av fallreducerende tiltak hos eldre med store og sammensatte behov. Dersom fysioterapeuten med avansert klinisk master kan bidra til god funksjonskartlegging ved utskrivelse fra institusjon og hindre reinnleggelser slik at eldre kan bo hjemme i lengre tid, har dette potensielt stor innvirkning på tjenestene. Kompetansen som kreves er kompleks og innebærer at fysioterapeuten innehar kunnskap og ferdigheter man ikke kan forvente av fysioterapeuter på bachelornivå.

Sammenhengen mellom psykiske og somatiske helseplager

Siden slutten av 1990-tallet har myndighetene satset sterkt på å stimulere ansatte i kommunene til å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusarbeid. Det eksisterer flere videreutdanninger, de fleste av disse er tverrfaglige med rekruttering fra alle helse- og sosialfag. Samtidig er det mye som tyder på at det er behov for at også fysioterapeuter har økt kunnskap om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse.

Rapporten «Psykisk helse i Norge»⁶¹ viser i hovedtrekk at det ikke har skjedd store forandringer i voksenbefolkningens psykiske helse siden forrige rapport i 2009. Andelen tenåringsjenter som får diagnostisert en psykisk lidelse, har imidlertid vist en betydelig økning de siste fem årene. De vanligste psykiske lidelsene i denne aldersgruppen er depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Blant voksne er angst, depresjon og rusbrukslidelser de vanligste lidelsene. Forekomsten av psykiske plager er noe høyere blant innvandrere fra lav- og mellominntektsland enn i befolkningen for øvrig. Dette gjelder både voksne og barn/unge.

For å styrke arbeidet med å se fysisk og psykisk helse i sammenheng og ikke som to adskilte fagfelt, kan fysioterapeuter med klinisk avansert mastergrad bidra inn i eksisterende team og tjenestetilbud i kommunene og i spesialisthelsetjenesten rettet mot personer med psykiske helseproblemer og rusproblemer. Dette gjelder hele bredden av tjenestetilbud fra forebyggende arbeid ved eksempelvis frisklivssentraler, at kompetansen gjøres tilgjengelig for fastleger og primærhelseteam som er under etablering, samt behandlings- og oppfølgingstilbud til personer med alvorlige psykisk helse- og ruslidelser gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam. Fysioterapeuter med klinisk avansert mastergrad vil ha kompetanse til å vurdere pasientenes funksjon og eventuelle funksjonshemming og betydningen dette har i pasientens kontekst, for deretter å legge til rette for å fremme pasientens funksjon slik at psykisk sykdom/rusproblemet og fysisk funksjon sees i sammenheng. Pasienter med ruslidelser og samtidige psykiske plager trenger en annen tilnærming til behandlingen av somatiske lidelser, fordi deres grunnlidelse påvirker evnen til å oppdage symptomer og søke helsehjelp, samt følge opp behandling. Det kreves en spesiell kompetanse hos helsepersonell for å tilnærme seg dette.

⁶¹ Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge, Folkehelseinstituttet. Rapport Januar 2018. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-878-1. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

Som beskrevet tidligere i rapporten har også andre pasientgrupper behov for at psykisk og fysisk helse sees i sammenheng. Dette vil i særlig grad gjelde hjernehelsepasienter og pasienter med muskel- og skjelettlidelser som ofte har sammensatte lidelser. Disse pasientgruppene vil kunne få god hjelp av en fysioterapeut med en klinisk avansert mastergrad og kompetanse til å vurdere pasientens funksjon, eventuelle funksjonshemming og betydningen dette har inn i pasientens kontekst og som kan komme med forslag til tilpassede tiltak og behandling i samarbeid med pasienten. Slike tiltak kan for eksempel være avgjørende for at muskel- og skjelettpasienter kan være i arbeid og ikke blir uføretrygdet.

5.4 Navnet på utdanningen som foreslås

Den nye, brede kliniske mastergradsutdanningen som beskrives her kan til en viss grad kalles en "allmennfysioterapeut". De skal kunne jobbe bredt på et avansert nivå, selv om det beskrives fordypning innen pasienter med store og sammensatte behov, eldre og psykisk helse. Tilsvarende begrep for andre yrkesgrupper er godt kjent, og i diskusjon med interessenter har det blitt gitt god respons på idéen om en "allmennfysioterapeut". Imidlertid finnes det allerede en spesialistgodkjenning hos NFF for å bli "spesialist i allmenn fysioterapi", med et litt annet innhold. Dette er altså et begrep som er i bruk allerede, selv om det ser ut til å gjelde en svært liten andel av registrerte spesialister hos NFF (61 av 957 registrerte spesialister). Det er derfor mulig at begrepet bør unngås, og vi har derfor brukt betegnelsen "bred avansert klinisk master" i rapporten. Helsedirektoratet vurderer at andre instanser, spesielt inkludert utdanningsmiljøene, bør avgjøre navnet på utdanningen som foreslås.

"Stor bredde i kompetansen hos personellet er viktig for å møte behovene til de mange brukerne med flere og sammensatte problemer og for å skape mer helhetlige tjenester til det beste for brukerne." (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019, side 49)

5.5 Kan eksisterende videreutdanninger utvikles for å dekke behovet?

I kapittel 3 og i eget dokument knyttet til rapporten beskrives dagens studietilbud innen videre-/mastergradsutdanninger for fysioterapeuter.

Det finnes i dag tre videreutdanninger som tydelig har elementer i seg av det vi foreslår i et nytt masterløp. Disse kan eventuelt brukes som utgangspunkt for å bygge opp en master med kompetanse slik det foreslås i rapporten. Det er ulike måter dette kan løses på, og andre utdanninger

kan også vurderes, men utdanningsmiljøene må selv være med på å ta stilling til hva som vil egne seg best.

- Videreutdanning i fysioterapi til eldre, OsloMet. Denne videreutdanningen på 30 studiepoeng inneholder allerede viktige elementer om fysioterapi til eldre som det kan bygges videre på.

- Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, OsloMet. Denne videreutdanningen på 60 studiepoeng gir kandidatene en helhetlig forståelse for sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, og vil kunne gi et godt utgangspunkt for å bygge opp den foreslåtte kompetansen.

- Klinisk master i fysioterapi, HVL. Denne utdanningen er allerede på masternivå, og inneholder både bred felles kunnskap og en fordypning innen ulike områder. Den vil kunne være godt egnet til å bygge opp det foreslåtte studiet.

5.6 Hvordan kan disse fysioterapeutene jobbe

Helsedirektoratets veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov pekte på at det behøves videre tjenesteutvikling spesielt i kommunene, med vekt på:

- Sterkere ledelse
- Økt kompetanse
- Tverrfaglig teamorganisering gjennom oppfølgingsteam.

Vi har beskrevet ovenfor hvordan vi ser for oss at kompetansen til fysioterapeuter bør heves, og vil til slutt knytte noen kommentarer til ledelse og organisering med tanke på bruk av den nye kompetansen vi foreslår.

Der større kommuner kan knytte til seg svært spesialisert fysioterapikompetanse (eksempelvis ved å ansette en spesialist i hjerte/lungesykdommer), vil spesielt mindre kommuner kunne ha god bruk for en fysioterapeut med mer breddekompetanse slik som det foreslås her.

Ledelse

Det stilles spesielt store krav til god ledelse av tjenestene i kommunene etter samhandlingsreformen. Kommunene har fått ansvar for nye pasientgrupper med store behov, og det krever blant annet følgende:

Kommunene må bedre sin oversikt over behovet i helse- og omsorgssektoren i kommunen. Det framkom i arbeidet med rapporten at dette varierer mye. Dette setter krav til styringssystemer og ledelseskunnskap.

Ledelsen bør videre ha oppdatert informasjon om kompetansen til ansatte i fysioterapitjenesten, og hvordan den passer til behovet, og legge til rette for videreutdanning av ansatte der det behøves. Dette inkluderer videreutdanning med master slik det foreslås her.

Kommunene må i større grad benytte de muligheter de har til å styre tjenestene, gjennom eksisterende avtaleverk. Det medfører at dette er et arbeid som ressursmessig må prioriteres og ledelseskompetansen må styrkes.

Kommunene må ha en helhetlig helse- og omsorgsplan og en rehabiliteringsplan som alle helseprofesjoner må forstå at de er en del av. Dette setter krav til samarbeidsmøter, prioriteringer av ressurser og pasientgrupper, der det settes krav til aktiv deltakelse og samarbeid fra alle aktuelle parter. Dette er også en kommunal ledelsesutfordring.

Organisering

Fysioterapeutene har en viktig rolle i habilitering og rehabilitering. Utfordringsbildet som beskrives i Meld. St. 26 og det økende fokus på teamarbeid omkring pasienten, den nye regjeringsplattformen fra 2018 med forslag om pakkeforløp i rehabilitering, samt et økt ønske om å sette pasientens behov i sentrum, medfører at kommunene i økende grad må legge til rette for samarbeid mellom ulike helseprofesjoner. I tillegg må kommunene i større grad nytte de muligheter de har for å løse helse- og omsorgsutfordringer via avtaler mellom kommunene og de aktuelle helseprofesjonene.

Når det gjelder teamarbeid, og spesielt oppfølgingsteam, vil fysioterapeuter med en masterutdanning som beskrevet her få en kompetanse som gjør dem godt egnet til å arbeide på denne måten. Meld. St. 26 (side 133) viser til at team for brukere med sammensatte behov bør baseres på funksjon og behov, og ikke på diagnose. Denne kompetansen vil være sentral i utdanningen som foreslås.

Rambøll-rapporten om habilitering og rehabilitering fant utfordringer med koordineringsarbeidet, spesielt knyttet til bruk av individuell plan. Helsedirektoratets spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2017 fant at fysioterapeuter ofte brukes som koordinator. En slik rolle vil kunne fylles på en kompetent måte av en fysioterapeut med masterutdanningen som foreslås.

Videre peker Meld. St. 26 (side 132) på at mange *reinnleggelser* av personer med store og sammensatte behov kunne vært unngått dersom det hadde vært etablert et strukturert opplegg for mottak og oppfølging av brukerne etter utskrivelsen. Dette er mest effektivt dersom det er lagt opp felles for alle pasienter, uavhengig av diagnose. Et viktig element i et strukturert opplegg er en detaljert avtale med sykehuset om samarbeidet i utskrivingsprosessen og informasjon til kommunene, inkludert en god funksjonsbeskrivelse av pasienten. En slik funksjonsbeskrivelse vil kunne utføres av en fysioterapeut med den nye kompetansen som foreslås. Selv om det andre punktene gjelder mest for kommunene, er dette et eksempel på at en fysioterapeut med utvidet

kompetanse til å forstå helheten i sammensatte behov også vil kunne være viktig i spesialisthelsetjenesten.

6 AVSLUTNING

6.1 Alternativ med femårig grunnutdanning?

Flere aktører har pekt på at en femårig grunnutdanning (eventuelt inkludert dagens turnus) vil gi fysioterapeuter en bredere og høyere kompetanse enn dagens bachelorutdanning. Blant annet har alle de tre fagforbundene fremmet dette som et behov. Det er klart at en slik økning i lengde på grunnutdanningen vil gi et stort løft i fysioterapikompetanse og kan vurderes, men imidlertid ligger en slik drøfting utenfor dette oppdraget. Dette vil ha store økonomiske og administrative konsekvenser og er noe som eventuelt må utredes grundig. Helsedirektoratet har ikke grunnlag for å hevde at kompetansen hos fysioterapeuter er på et for lavt nivå generelt. I arbeidet med denne rapporten har vi ikke funnet grunnlag for å si at en fysioterapeut med bachelorgrad ikke kan gi god helsehjelp til mange pasienter og brukere. For øvrig mener Helsedirektoratet at en mastergrad gir en annen og høyere kompetanse enn det en grunnutdanning på fem år vil gi. Det betyr at spørsmålet om femårig grunnutdanning og spørsmålet om behovet for at noen fysioterapeuter har en mastergradsutdanning ikke er to sider av samme sak.

I tillegg vil en slik forlenging av grunnutdanningen ikke hjelpe alle de mange tusen fysioterapeutene som allerede er utdannet og jobber i helsetjenesten i dag. For de som i dag «bare» har en bachelorgrad vil imidlertid forslaget vi legger fram om en bred master kunne gi dem ekstra kompetanse, som Helsedirektoratet mener vil komme til god nytte i tjenesten.

6.2 Konklusjon: Helsedirektoratets anbefaling

Helsedirektoratet anbefaler at det utvikles en master i klinisk avansert fysioterapi, med kompetanse spesielt for å arbeide med *pasienter med store og sammensatte behov*. Viktige momenter innen utdanningen bør være:

- kompetanse om eldre, spesielt eldre med store og sammensatte behov
- kompetanse om sammenhengen mellom psykiske og somatiske helseplager

En slik master kan enten bygges ut fra de tre studiene vi har nevnt i kapittel 5 som innehar elementer av dette, eller bygges opp som et nytt masterstudium. Dette vil eventuelt måtte gjøres i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

I tillegg anbefaler Helsedirektoratet:

- At det arbeides for økt tilgjengelighet av fysioterapeuter med videreutdanning innen psykisk helse, spesielt i kommunal sektor. Dette kan være en blanding av å utdanne flere kandidater og å opprette flere slike stillinger.
- At det arbeides for å opprette et lengre klinisk videreutdanningsløp for fysioterapeuter rettet mot kompetanse om barn. Dette må eventuelt utredes videre.

7 ØKONOMISK-ADMINISTRATIV VURDERING

De administrative og økonomiske konsekvenser av tiltak og anbefalinger som kort vurderes her vil omfatte konsekvenser for både myndigheter, arbeidsgivere, arbeidstakere, utdanningsinstitusjoner og pasienter.

7.1 Avgrensninger

Helsedirektoratet anbefaler opprettelsen av en ny masterutdanning i klinisk fysioterapi som skal ha fokus på pasienter med store og sammensatte behov for tjenester, herunder spesielt eldre med helsesvikt og mennesker med psykiske helseutfordringer. Masterutdanningen kan bygge på eksisterende utdanningsløp, eller det kan opprettes som en ny videreutdanning for fysioterapeuter.

Fysioterapeuter med denne videreutdanningen vil potensielt kunne gi et forbedret tjenestetilbud til store pasientgrupper som i dag mottar omfattende helsetjenester. Dette kan videre gi samfunnsøkonomiske besparelser, men det er ikke gjort slike beregninger her. I dette kapittelet vil det bli gitt enkle estimat på hva det kan koste å opprette en videreutdanning på masternivå, og kostnader knyttet til at fysioterapeuter som ansatte i kommunene gis anledning til å ta utdanning. Det er derimot vanskelig å tallfeste den samfunnsmessige verdien av å kvalifisere fysioterapeuter gjennom en slik videreutdanning.

Det var 4 806 årsverk for fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2016, samt 2013 årsverk registrert som fysioterapeutvirksomhet i spesialisthelsetjenesten (se vedlegg). Mange av disse har ikke videreutdanning og vil kunne være aktuelle kandidater for en masterutdanning.

7.2 Økonomiske vurderinger

For å se på de økonomiske og administrative konsekvensene forbundet med denne anbefalingen vil tre mulige tiltak bli forsøkt tallfestet. Tiltakene viser tre muligheter som på ulike vis kan stimulere fysioterapeuter i kommunale helse- og omsorgstjenesten til å ta masterutdanning i klinisk avansert fysioterapi. Tiltakene retter seg både mot utdanningsinstitusjoner og mot arbeidsgivere i tjenestene.

Det kan være aktuelt å anvende mer enn ett tiltak for å etablere dette utdanningstilbudet. Følgende tiltak er vurdert:

1. Oppdragsundervisning
2. Stimuleringsstøtte til utdanningsinstitusjoner
3. Lønnstilskudd

Oppdragsundervisning

For å sikre at en utdanning som gjenspeiler anbefalingene i denne rapporten blir opprettet, kan myndighetene bestille en utdanning fra en utdanningsinstitusjon. Dette vil eventuelt være det mest kostbare tiltaket.

Et eksempel på oppdragsundervisning som i dag er fullfinansiert gjennom Kompetanseløft 2020 er Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Et kull på i overkant av 50 studenter som gjennomfører 30 studiepoeng har en kostnad på om lag 6 mill. kroner. Den foreslåtte videreutdanningen for fysioterapeuter inneholder teoretiske og kliniske emner som utgjør 120 studiepoeng.

Det vil trolig være betydelig færre studenter enn 50. Et anslag basert på størrelsen på eksisterende kliniske videreutdanninger kan være 20 heltidsstudenter per år. Imidlertid kan det muligens være høyere kostnader forbundet med de kliniske emnene, slik at prisen på studiet kan anslås til 3 mill. kroner for 30 studiepoeng for 20 studenter. Dermed kan 12 mill. kroner (4 à 3 mill. kroner) være et estimat for at et kull gjennomfører hele masterutdanningen på 120 studiepoeng over to år. Årlig kostnad blir dermed på 6 mill. kroner for 20 studenter. Det har vist seg vanskelig å få et godt svar på hvor mye en klinisk videreutdanning koster, så dette er å anse som et løst forslag.

Stimuleringsstøtte til utdanningsinstitusjoner

Dette forslaget innebærer at det gis et tilskudd til aktuelle utdanningsinstitusjoner som kan tilby ny masterutdanning i avansert klinisk fysioterapi i tråd med anbefalingene som kommer fram i denne rapporten. I motsetning til oppdragsfinansiering som beskrevet ovenfor, står utdanningsinstitusjonene her friere til å bestemme hvordan læringsmålene kan oppnås.

Utgiftssummen blir i dette forslaget betydelig lavere enn ved oppdragsfinansiering der helsemyndighetene fullfinansierer utdanningen. For å sikre rekruttering i ulike deler av landet burde ideelt sett to til tre studiesteder i landet tilbyr ny masterutdanning for i alt 20 studenter, i et toårig studieløp tilsvarende 120 studiepoeng. Videre har desentraliserte studieløp vist seg nyttige for rekruttering av høyt utdannet personell i ulike deler av landet, og det er et tiltak som kan vurderes. Utdanningen bør være tilgjengelig som deltidsstudium, for å gjøre det mulig for fysioterapeuter som allerede er i et ansettelsesforhold å ta studiet.

Årlig tilskuddsramme kan stipuleres til om lag 1,5 mill. kroner. Helsedirektoratet har lagt til grunn for beregningen en vurdering av tilsvarende tilskuddsordning for videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge. Helsedirektoratet betaler ut i 2018 20,5 mill. kroner for i underkant av 200 studieplasser.

Lønnskudd

Kommunene har ansvar for sine ansatte medarbeidere, og skal medvirke til at også avtalefysioterapeuter kan delta i og gjennomføre relevant videreutdanning⁶². For å gi insentiver til videreutdanning kan et relevant tiltak være innføringen av et lønnskudd. Videreutdanning påfører arbeidsgiver og -taker kostnader i form av tapt produksjon av arbeidskraft og lønnsinntekt. Samtidig kan man anta at den økte kompetansen som videreutdanning kan gi fører til bedre behandling og rehabilitering av pasienter med omfattende behov for tjenester, og økt effektivitet i tjenesten.

En mulig modell for tilskuddet er lønnskudd til kommuner for å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie (AKS). Dette tilskuddet beregnes ut fra en flat sats per studiepoeng, samt reise- og oppholdsstøtte for studenter med særlig lang reisevei til studiested.

For å få god effekt av tiltaket kan et tilskudd til fysioterapeuter f.eks. dekke 50 % av lønn og sosiale kostnader. Ved et foreløpig estimat, kan den flate tilskuddsraten per studiepoeng settes til 5.400,-.

Hvis årlig tilskuddsrammen settes til 5,5 mill. kroner, vil 15 heltidsstudenter eller i underkant av 30 deltidsstudenter med halv progresjon kunne motta støtte i et år. Denne summen inkluderer en lav sats avsatt til eventuelle reise- og oppholdsutgifter.

7.3 Kostnader for arbeidsgiver

Den ansatte vil i en lengre periode ikke kunne produsere helsetjenester. Hvis produksjon av helsetjenester skal forbli konstant, vil det påløpe ekstrakostnader forbundet med vikarutgifter. Videre er arbeidsgiver forventet å dekke hele eller deler av lønnen til arbeidstaker som er i videreutdanning.

Ved innføring av kliniske praksisstudier som del av utdannelsen vil arbeidsgiver ha ansvar for å legge til rette for utdanningsaktivitet på arbeidsplassen. Det må beregnes tilskudd til praksisveiledning som del av masterutdanningene.

Etter endt videreutdanning må arbeidsgiver normalt tilby høyere lønn for å reflektere den høyere kompetansen helsepersonellet har. Dette er et viktig tiltak for å gi insentiv til arbeidstakere for å ta en ny klinisk masterutdanning for fysioterapeuter.

⁶² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1334?q=Forskrift>

7.4 Jobbglidning/oppgavedeling

En kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet i 2013 viser at endring i oppgavedeling mellom helsepersonell kan benyttes for å oppnå økt effektivitet i spesialisthelsetjenesten⁶³.

Et konkret eksempel vi har fått fra tjenestene er hvordan overføring av oppfølging av ortopedipasienter som tidligere ble gjennomført av legespesialister nå kan overføres helt eller delvis til fysioterapeuter. Hvis den nye utdanningen fører til at fysioterapeutene kan overta for eksempel noe av oppfølgingen av eldre pasienter med store og sammensatte behov fra fastlegene, vil dette kunne være kostnadsbesparende.

7.5 Nytteverdi

Denne rapporten gir anbefalinger for etablering av en ny masterutdanning for fysioterapeuter. Formålet med denne videreutdanningen er å oppnå bedre tjenester til mennesker med store og sammensatte behov for helsehjelp inkludert fysioterapi.

En av de sentrale kompetanseområdene som er anbefalt hevet her, er hvordan fysioterapeuter skal møte eldre innbyggere med helsesvikt og store og sammensatte behov. Økt kompetanse hos fysioterapeuter kan potensielt bidra til at eldre pasienter kan mestre dagliglivet bedre, gi behov for mindre helsetjenester i hjemmet og utsette institusjonsopphold. Flere år med god eller forbedret helse vil være en besparelse på offentlige budsjetter.

Samhandlingsreformen har ført til at kommunene får overført flere, og sykere pasienter. For å håndtere dette må kompetansen og kapasiteten i kommunene økes, også for fysioterapeuter. Meld. St. 26 (side 132) peker spesielt på at reinnleggelse for personer med sammensatte behov kunne vært unngått dersom det ble gitt en bedre funksjonsbeskrivelse ved utskrivelse, og mottak og oppfølging av brukeren var bedre. Kompetansen anbefalt i denne rapporten vil kunne bidra på dette punktet.

7.6 Evaluering

Hvis en ny utdanning igangsettes bør den evalueres etter noen år, for å se om den har ønsket effekt på tjenestetilbudet.

63 Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, IS-2108, 2013.

8 VEDLEGG

8.1 Vedlegg: Hvordan arbeider fysioterapeuter i de ulike delene av tjenesten

Fysioterapeuter i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Tabell 3 gir en oversikt over fysioterapeutårsverk etter avtaleform for årene 2013 til 2016 i norske kommuner. Kommunene bestemmer selv om de vil inngå driftsavtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter eller om de ansetter fysioterapeuter med fast lønn.

Tabell 3 Årsverk fysioterapeuter etter avtaleform, 2013-16.

	2013	2014	2015	2016
Med driftsavtale	2 642	2 671	2 701	2 694
Med fast lønn	1 730	1 768	1 829	1 946
Turnuskandidater	163	158	160	167
I alt	4 535	4 596	4 690	4 806

Kilde: SSB

Tabellen viser en liten økning av årsverk totalt for fysioterapeuter i kommunene i denne perioden. Det er en økning i årsverk for fastlønte fysioterapeuter fra 2013 til 2016, mens årsverk for fysioterapeuter med driftsavtale har holdt seg mer stabilt. Tallet på årsverk utført av turnuskandidater har også holdt seg stabilt i hele perioden fra 2013-16.

De 2694 årsverkene for fysioterapeuter med driftsavtale i 2016 fordelte seg på totalt 3329 avtalehjemler. Av disse var 52 % fulltidshjemler, 42 % var i størrelsesorden 2/5 -5/5 og 6 % var mellom 1/5 og 2/5.

Tabell 4 viser en oversikt over hvilket virkeområde fysioterapeutene er registrert i.

Tabell 4 Årsverk fysioterapeuter etter virkeområde

	2013	2014	2015	2016
Diagnose, behandling og rehabilitering	3 714	3 746	3 804	3 842
Skole/helsestasjon	192	194	202	229
Annet forebyggende arbeid	131	146	155	171
Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	432	439	453	474
Administrasjon	66	71	75	90
Totalt	4 535	4 596	4 689	4 806

Kilde: SSB

Tabell 4 viser en økning i årsverk totalt på 117 årsverk fra 2015 til 2016. Fra og med 2016 var miljørettet helsevern inkludert i kategorien *Annet forebyggende arbeid*. I tabellen over er de to kategoriene slått sammen også for årene 2013 til 2015.

Fra 2015 til 2016 har det vært en økning av fysioterapiårsverk i alle virkeområdene. Den største økningen gjelder for kategorien Diagnose, behandling og rehabilitering med 38 årsverk. Tilbakemeldingene fra tjenestene gir imidlertid tydelige signaler om at det er store kapasitetsutfordringer i fysioterapitjenesten i kommunene.

Fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten

Tabell 5. Avtalte fysioterapeutårsverk etter yrke, fordelt på næring for 2016.

	Årsverk
Somatiske institusjoner	1 128
Institusjoner i psykisk helsevern	147
Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	693
Rusbehandlingsinstitusjoner	15
Andre helsetjenester	30
Totalt	2 013

Kilde: SSB. Registerbasert sysselsetning.

Vi har ikke tall for fysioterapeuter alene i spesialisthelsetjenesten siden SSB måler fysioterapeuter sammen med blant annet ergoterapeuter. Dette er en oversikt antall årsverk registrert som fysioterapeut (yrke) i spesialisthelsetjenesten.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no