

RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPE FYSIOTERAPI

OPPSUMMERING

Arbeidsgruppen vil presisere at praksis er unik og uerstattelig som læringsarena og kan ikke erstattes eller kompenseres med undervisning på utdanningsinstitusjonene.

Vi mener at dagens praksisomfang, dvs. 30 uker/ 45 stp. må beholdes. Dersom det blir endringer i omfang bør det være i form av mer, ikke mindre praksis. Studentene skal ha praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten, men hovedtyngden skal være i primærhelsetjenesten, ca. 2/3. Bakgrunnen for det er den utviklinga vi ser med styrking av kommunehelsetjenesten.

Praksis skal være fordelt ut over hele studieforløpet, med en klar progresjon i forhold til faglige krav.

Vi mener at alle studenter må få erfaring med å undersøke og behandle barn, (0-18), voksne (18-67) og eldre pasienter (67+). Videre ønsker vi at alle studenter skal ha noe praksis i psykiatrifeltet, enten i primær – eller spesialisthelsetjenesten. Fokus på praksis innenfor forebyggende arbeid skal økes.

All praksis skal være kunnskapsbasert. Dette vil stille nye krav til veileder om kompetanse i kunnskapsbasert praksis (KBP).

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) skal være en naturlig og selvfølgelig arbeidsform på aktuelle praksissteder gjennom hele studieforløpet. Studentene må få veiledning i TPS i tillegg til særfaglig veiledning.

INNLEDNING

Forståelse av mandat og avgrensninger

Kunnskapsdepartementet (KD) har gitt arbeidsgruppen mandat til å vurdere behov for endring og type av eksterne praksisstudier ved alle fysioterapeututdanningene. Arbeidsgruppen forstår mandatet på bakgrunn av Stortingsmeldingene *Utdanning for velferd* (1) og *Samhandlingsreformen* (2) som tar utgangspunkt i reformene siste 10 år og samfunnets endrede behov for organisering, innhold og kompetanse i praksisstudiene. Jfr også regjeringens forslag til *Fremtidens Primærhelsetjeneste* (3). Likeledes må disse endringene gjenspeiles i utdanningenes videre utvikling av praksisundervisning og i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet. For å møte samfunnets framtidige behov forutsettes også at utdanningene samarbeider på tvers av fagområder og nivå.

Målet med *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid* er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester for befolkningen. Aktørene i den nye helsereformen skal forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre på tvers av fagområder. Det skal fokuseres på rett tiltak til rett tid på rett sted. Det betyr å satse på forebygging framfor reparasjon. Av dette følger at kommunehelsetjenesten må bli en viktigere aktør i praksisstudier enn tilfellet er nå. Fysioterapeutstudenter har tradisjonelt hatt store deler av praksis i spesialisthelsetjenesten. *Samhandlingsreformen* indikerer at kommunene må overta større ansvar for praksisstudier i framtiden. Dette innebærer rokkering av både undervisning i semestrene forut for praksis og i tidspunkt, mengde og innhold i de enkelte praksisperioder. Vi ser behovet for at fysioterapeutstudenter skal ha kunnskap om og være aktører på ulike arenaer. Viktige satsningsområder som velferdsteknologi og helsefremming og forebygging er definert i *St.meld nr 47*. Av dette følger at fysioterapeutstudentene må ha kunnskap og bakgrunn for å utøve deler av praksis på disse områdene. Private fysikalske klinikker er arenaer der mange fysioterapeuter arbeider og disse må få en større plass i praksisundervisningen av studentene enn tilfellet er i dag.

BAKGRUNN OG PROSESS

Arbeidsgruppen består av:

- Åse Bårdsen, UiT, Norges Arktiske Universitet, høgskolelektor og praksisansvarlig
- Nora Hagstrøm, Høgskolen i Oslo og Akershus, høgskolelektor og praksiskoordinator
- Aashild Eldøy, Høgskolen i Bergen, høgskolelektor og praksisansvarlig bachelorutdanningen
- Steve Yttermo, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Enhet for fysioterapi, Kirurgisk klinikk
- Bente Marit Borhaug, seksjonsleder for Kliniske støttefunksjoner Helse Møre og Romsdal HF,
- Aslaug Terese Kleiveland, fysioterapeut Bergen kommune, regionleder i Norsk Fysioterapeutforbund
- Anne Kjerstina Tyldum, Nordre Aker bydel, Oslo, fysioterapeut og veileder for studenter
- Trude Støver, AHUS, Lørenskog
- Hildegunn Lygren, Høgskolen i Bergen
- Markus Ryen Fosseli, studentrepresentant, UiT, Norges Arktiske universitet

Gruppen hadde fire heldagssamlinger i tillegg til prosjektets felles oppstartssamling.

Før første møte samlet gruppen inn informasjon fra de ulike utdanningsinstitusjonene om hvordan praksis er organisert i dag. I tillegg forhørte alle seg på hver sin arena angående hvordan kollegaer synes praksis fungerer og fått inn forslag til hvordan praksis kunne vært gjennomført. Gruppen har også innhentet statistikk for egen yrkesgruppe med tanke på å få en oversikt over hvilke arenaer fysioterapeuter jobber på, og hvordan denne fordelingen er i forhold til mulige praksisarenaer.

BEHOVET FOR ENDRING

Arbeidsgruppen ser behovet for endring av praksisstudier, både i utdanningsinstitusjonene og i praksisfeltet, utfra demografiske forhold og i forhold til sykdomsbildene man kan forvente i framtiden i befolkningen. Vi har tatt utgangspunkt i samfunnets behov som viktigste parameter når vi skulle vurdere behovet for en endring i omfang og type praksisstudier for fysioterapistudenter.

Samfunnets behov kommer i denne sammenhengen til uttrykk gjennom etterspørsel etter helsetjenester, for vår del etterspørsel etter fysioterapi. Behovet er avhengig av befolkningssammensetning, generell helsetilstand, lover og politiske føringer. Vi vet at den eldre delen av befolkningen øker, og at det blir flere som lever lenger med alvorlig sykdom og sammensatte plager og at livsstilssykdommer som fedme, diabetes 2 og KOLS øker.

Det har de siste årene vært strukturelle endringer i hvordan vi som samfunn yter tjenester, noe vi politisk finner igjen i bl.a. **Samhandlingsreformen** (2), **Folkehelsemeldingen** (4), **Utdanning for velferd** (1) og nå i regjeringens forslag til **Fremtidens Primærhelsetjeneste** (3). Dette er viktige dokumenter der mye av begrunnelsen for de endringer vi foreslår er forankret.

Mer av pasientbehandlingen og -oppfølgingen flyttes over i kommunene, krav til brukermedvirkning og brukerinnflytelse har økt, og oppgaver skal i større grad deles mellom de ulike helseprofesjonene. Vi ser også at spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert og at kravene til kompetanse øker. Det gjelder både fagspesifikk kompetanse og kunnskap om samarbeid og organisatoriske forhold.

Etter turnustjeneste går fysioterapeutene ut i jobber der de skal rett inn i pasientbehandling, noen uten mulighet til veiledning av mer erfarne terapeuter og må være rustet til dette. Vi ser at mange fysioterapeuter nå jobber i privat praksis uten driftsavtale, en arbeidsform som stiller store krav til faglig selvstendighet.

Om regjeringens forslag til «Fremtidens Primærhelsetjeneste»(3) går gjennom i stortinget, får pasientene direkte tilgang til fysioterapeuter med driftsavtale. Pasientene trenger altså ikke gå via lege for å komme til behandling hos fysioterapeuter. Fysioterapeuten får dermed et stort ansvar for diagnostisering og videre anbefalinger også der fysioterapi ikke er riktig tiltak. Studentene må da få kunnskap om dette i praksis.

Undervisning, veiledning av studenter og all fysioterapipraksis skal være kunnskapsbasert. Veiledere som er skolerte i å veilede kunnskapsbasert, gjør studentene bedre rustet til å jobbe kunnskapsbasert (5, 6). utfordringer videre er å sikre nok, relevant praksis av god kvalitet som samsvarer med kompetansebehovene.

Vi mener det er behov for endring fordi

- Samfunnet har endret seg med større krav til pasientmedvirkning og nærhet til tjenesten.
- Levealderen øker, sykdomsbildet i befolkningen er i endring og demografiske forhold endrer seg.
- Helsetjenesten har endret seg;
 - Mer av behandlingen skal flyttes til primærhelsetjenesten og forebyggende helsearbeid skal styrkes.
 - Pasientens egen innflytelse er styrket (lovmessig og pga økt kunnskap og tilgang på kunnskap)
 - Større krav til faglig autonomi (styrkes i enda større grad om direkte tilgang blir en realitet)

Omfang, innhold og kvalitet

Definisjonen av praksis slik den ligger i dagens rammeplan for fysioterapeututdanningene mener vi er god:

Praksisstudiene skal være planlagte og målrettede samtidig som studentenes læring knyttes til den situasjonsbestemte praksis. Praksisstudiene skal hovedsakelig omfatte aktivt pasient/- klientrettet arbeid og være veiledet av kompetent og autorisert fysioterapeut. Praksisstudiene skal foregå innen kommune-, institusjons- og bedriftshelsetjeneste samt andre virksomhetsområder der fysioterapeuter arbeider. De skal sikre at studentene får variert erfaring.

I dag er det en utfordring for fysioterapeututdanningene å skaffe nok, varierte og kvalitetsmessig gode praksisplasser til alle studentene. Praksisplassene, spesielt i kommunehelsetjenesten, opplever kapasitetsproblemer med flere og mer sammensatte oppgaver som skal løses, samtidig som antall ansatte ikke har økt. Andre steder foregår endringer og omstillingsprosesser som gjør arbeidshverdagen og yrkesrollen usikker. Slik situasjonen er, er det forståelig at mange vegrer seg mot å ta imot studenter. Det er avgjørende at det lages ordninger som sikrer utdanningene stabil tilgang på praksisplasser.

Pasienter skal etter samhandlingsreformen få mer av den nødvendige behandlingen der de bor i form av rett tiltak når de trenger det. Vi mener derfor at fysioterapistudentene bør ha en overvekt av sin praksis i primærhelsetjenesten. Her får de mulighet til å følge pasienten over tid, og får erfaring med grundig undersøkelse og faglig refleksjon sammen med veileder. De får møte pasienter i alle aldre, og pasienter med sammensatte vansker.

Det er flere grunner til at studentene må ha praksis i spesialisthelsetjenesten. Ved å ha praksis både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, vil studentene få innblikk i hele pasientforløpet. Liggetiden på sykehus har gått drastisk ned, og det er viktig at studentene får kompetanse i prioritering av fysioterapitilbud når det er knapp tid til rådighet. Studentene må få erfaring med å gjøre raske undersøkelser og vurderinger og sammen med pasienten gjøre valg om oppfølging etter utskrivelse. Som en følge av redusert liggetid på sykehus, er pasientene oftere sykere enn tidligere når de blir overført til primærhelsetjenesten. Praksis fra

spesialisthelsetjenesten vil gjøre studentene bedre i stand til å yte god fysioterapi til disse pasientene. Direkte tilgang til fysioterapi krever at fysioterapeutene kan mer om differensialdiagnostikk. Da er praksis fra spesialisthelsetjenesten viktig. I spesialisthelsetjenesten skjer nå en oppgaveglidning der fysioterapeuter overtar oppgaver som leger har gjort tidligere. Dette er ofte spesialiserte oppgaver og områder som fysioterapistudentene bør få innsikt i (7).

Viktigheten av forebyggende arbeid er understreket i flere av stortingsmeldingene nevnt tidligere, og fokus på dette er nødvendig for at færre skal bli pasienter. Fysioterapeuter med sin kunnskap om bevegelse og aktivitet må være essensielle i det forebyggede arbeidet, både på samfunns- gruppe- og individnivå. Forebyggende arbeid må derfor inn som en obligatorisk del av praksis.

Lettere psykiske plager rammer mange. Dette sammenfaller ofte med muskel- og skjelettplager og er årsak til store deler av sykefraværet i Norge. Fysioterapitiltak individuelt og i grupper med tilrettelagt fysisk aktivitet er viktige tiltak for å holde pasientene friskere. Fysioterapeuter behandler i stor grad disse pasientgruppene og praksis innen psykisk helse er derfor nødvendig for studentene.

Tverrfaglig samarbeid blir viktigere fremover, både fordi den samlede kompetansen utnyttes best i samarbeid, og fordi de totale ressursene som kan brukes til helse er begrenset. I praksisstudier må man derfor ha fokus på TPS.

Samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt blir viktig. God kvalitet på veiledere må sikres, og de må skoleres i å veilede kunnskapsbasert.

FORSLAG TIL OG BEGRUNNELSE FOR ENDRING AV OMFANG OG TYPE PRAKSIS I BACHELORUTDANNINGENE I FYSIOTERAPI

Omfang

Fysioterapeuters yrkesrolle blir stadig mer sammensatt og kompleks. Dersom en skulle endre omfang av praksis burde det være i retning av mer, ikke mindre reell praksis. Nok og relevant praksis blir enda viktigere om Stortinget vedtar den nye meldingen om primærhelsetjenesten. Da blir det direkte tilgang til fysioterapeut, man trenger ikke henvisning fra lege, og dette stiller store krav til at fysioterapeuten tar et selvstendig ansvar for pasienten og er trygg nok til å si hvem som kan nyttiggjøre seg behandling og å gjenkjenne røde flagg.

Gruppens anbefalinger: Dagens omfang (dvs.30 uker, tilsvarende 45stp)og definisjon av praksis bør beholdes, og gjelder alle utdanningene. Vi har diskutert viktigheten av ikke å «utvanne» hva vi legger i praksisbegrepet, blant annet fordi konteksten læringen foregår i er svært viktig for læringsutbytte. Praksis er unik og uerstattelig som læringsarena og kan ikke erstattes eller kompenseres med undervisning på utdanningsinstitusjonene. Praksisperiodene burde gjennom studieforløpet ha en naturlig progresjon, ikke bare i forhold til de faglige kravene, men også i forhold til varighet. Praksis bør være omfattende nok slik at studentene lærer grundig funksjonsundersøkelse og får tid til å jobbe med de faglige resonnementene som er en grunnstein i fysioterapifaget.

Gruppen anbefaler at TPS inngår som en naturlig del av praksis. Alle studenter skal få erfaring med TPS hvert studieår.

Innhold og type praksis

Både studenter og lærere opplever at studentene i hver praksisperiode gjør store «sprang» i sin læring og forståelse for yrket og yrkesrollen som fysioterapeut. Det er per i dag ingen overordnede krav til innhold/ variasjon eller type praksis ut over det som reguleres i læringsutbyttebeskrivelsene/programplan i den enkelte utdanning. Vi trenger en tydelig definisjon av hva praksis skal inneholde i de ulike periodene. I samsvar med definisjonen på praksis tatt fra dagens programplan, er det viktig å skille mellom praksis og ferdighetstrening.

Viktigheten av helsefremmende og forebyggende arbeid er understreket i flere av stortingsmeldingene nevnt tidligere, og det er behov for økt fokus på dette fagfeltet. Fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag tilsier at vi bør ha en mer sentral rolle i forebyggende helsearbeid enn det vi har i dag. Ved å gjennomføre egne praksisperioder i helsefremmende og forebyggende fysioterapi vil utdanningene bidra til at studentene opplever seg mer kompetent og kvalifisert til denne typen oppgaver.

Når studenter starter på fysioterapeutstudiet har mange begrenset kunnskap og forestilling om hva fysioterapi er. Mange kjenner kun til fysioterapi i forbindelse med idrett og idrettsskader. Erfaringer viser at realitetsorienteringen de opplever i praksis gjennom å møte pasientgrupper de selv ikke ville "valgt" i løpet av studiet er nødvendig og avgjørende for hvordan de tenker om egen yrkesrolle og hva som er «interessante» pasienter.

Studentenes erfaringer i praksis er på denne måten den viktigste enkeltfaktoren på vei mot dannelse som fysioterapeut. Ved at utdanningene sikrer studentene målrettede praksiserfaringer, inkludert praksis med prioriterte pasientgrupper i løpet av studiet, vil de bidra til å utdanne fysioterapeuter som i større grad er kompetent og motivert til å møte dagens helseutfordringer og samfunnets behov.

Gruppens anbefalinger: Utdanningene må sikre at alle studenter i løpet av studiet får erfaring med sentrale pasientgrupper og i sentrale virksomhetsområder/ arenaer for fysioterapeuter. Det er viktig at praksis består av reell klient/terapeut erfaring, og ikke observasjonspraksis.

Vi foreslår at alle fysioterapiutdanningene har 30 ukers praksis/45 stp. Studentene skal ha praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten, men hovedtyngden skal være i primærhelsetjenesten. Alle studenter skal få erfaring med å undersøke og behandle barn, (0-18), voksne (18-67) og eldre pasienter (67+). På hvilken arena de møter de respektive gruppene er underordnet. Videre mener vi at alle studenter skal ha noe praksis i psykiatrifeltet, enten i primær – eller spesialisthelsetjenesten.

For å oppnå en reell kompetanseøkning innen helsefremmende og forebyggende arbeid må det settes av egne obligatoriske praksisperioder knyttet til feltet. Dette vil kunne være utfordrende pr i dag fordi det er få praksisarenaer der fysioterapeuter primært jobber helsefremmende og forbyggende. Arenaer som per i dag er aktuelle for en slik type praksis er frisklivssentraler, lærings-/og mestringssentre, kommunehelsetjenester med gruppetilbud rettet mot barn/ unge eller eldre

I praksisstudier må studentene erfare at tverrprofesjonelt samarbeid er en naturlig og selvfølgelig arbeidsform i store deler av praksisfeltet. Praksisarenaer der studentene best kan tilegne seg kompetanse gjennom TPS er f.eks i innsatsteam, hverdagsrehabilitering, arbeid med Individuell plan eller i tverrfaglige team i spesialist- og primærhelsetjenesten. Studentene må få erfaring i samarbeid med andre profesjoner, både ferdigutdannede og studenter.(8) Det er en forutsetning at utdanningene og praksisstedene tilstreber å ha studenter fra ulike profesjoner til samme tid i praksis.

Det vil være et krevende arbeid for utdanningsinstitusjonene å skulle sørge for den variasjonen som beskrives her. Uten at både utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet tilføres ressurser er det ikke mulig å gjennomføre en slik endring av

praksis. Ikke minst må primærhelsetjenesten (inkludert avtalefysioterapeuter) settes i stand til å ta imot flere studenter. Dette må gjøres gjennom endring av lovverket.

Kvalitet

Kvaliteten i praksis påvirkes i stor grad av veileder; veileders innstilling, oversikt, kompetanse og erfaring. I kommunehelsetjenesten er veiledning av studenter noe som kommer på toppen av de andre oppgavene som skal løses. Veiledning er ikke en del av bemanningsplanen. En forutsetning for at veiledere skal bli "gode" ut fra kriteriene over, er at det er satt av tid til å veilede i deres arbeidshverdag. Det er også vesentlig at de får mulighet og tilbud om kompetanseheving innen veiledning. Det er svært vanskelig å rekruttere praksisplasser dersom veiledning av student er frivillig og opp til den enkelte ansatte/ institusjon å si ja eller nei til. I primærhelsetjenesten er vi avhengige av at det etableres avtaler om veiledning både med fysioterapeuter i fastlønstillinger og med avtalefysioterapeuter slik det er i spesialisthelsetjenesten.

Å sørge for god kontakt med praksisstedene, samarbeid, oppfølging og kontinuerlig veilederopplæring er avgjørende, og en oppgave som utdanningsinstitusjonene må prioritere.

Gruppens anbefalinger: Plikten til å veilede studenter må bli hjemlet i lovverket for primærhelsetjenesten på lik linje som spesialisthelsetjenesten. Det vil ellers være vanskelig å få veiledning inn i budsjettet på praksisplassene. Veiledning av studenter må inngå i stillingsbeskrivelsen hos veileder og være med i bemanningsplanen. Uten dette er det vanskelig å få stabile veiledere med interesse og kapasitet til veiledning. Kombinerte stillinger mellom utdanningsinstitusjon og praksissted er prøvd ut flere steder, og anbefales videreutviklet og innført ved alle utdanningsinstitusjonene (9). Alle studenter skal ha både tverrfaglig og særfaglig veiledning når de er i praksis.

Praksisfeltet må i større grad involveres i utarbeidelse av læringsutbyttebeskrivelser, da de har best oversikt over hva de kan tilby studentene i de ulike periodene. Det

tilbys i dag flere kurs i veiledning, men for å gjøre slike kurs mer tilgjengelig og mindre ressurskrevende, vil nettbaserte veilederkurs være nyttige.

GRUPPENS ANBEFALINGER AV OMFANG OG TYPE PRAKSISSTUDIER FOR MASTER OG VIDEREUTDANNINGER MED VEILEDET PRAKSIS

Dette kapittelet har med en del beskrivelser av praksis i master- og videreutdanninger slik den er per i dag. Gruppen har valgt å ta med dette med da vi ikke ser at det er gjort noen slik oppsummering andre steder. Gruppen har valgt å ikke uttale seg angående videreutdanninger i denne rapporten da de er lagt opp for ulikt per i dag til å gi en samlet anbefaling.

Masterprogram med veiledet praksis:

- 1) Master i klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn og voksne, UiT
- 2) Master i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi, UiT
- 3) Klinisk Masterstudium i Manuellterapi for Fysioterapeuter, UiB
- 4) Master i klinisk fysioterapi, HiB
 - Fysioterapi ved muskelskjelett, revmatiske og ortopediske lidelser
 - Fysioterapi ved hjerte og lungelidelser
- 5) Master i idrettsfysioterapi, NIH

Omfang

Omfang av praksis varierer mellom masterstudiene, og opplegg og innhold er forskjellig (vedlegg 1).

Omfang av praksisstudiene ved masterprogrammene begrunnes ut i fra kompetansemål/læringsutbytte som skal oppnås ved de enkelte masterprogram.

Gruppens anbefalinger: En begrunnelse av omfang ut i fra oppnåelse av læringsutbyttebeskrivelsene støttes av gruppen. Alle utdanningene er tellende mot spesialistkompetanse i regi av Norsk fysioterapeutforbund (NFF). En av utdanningene (manuellterapi) kvalifiserer også til å bli offentlig godkjent primærkontakt for pasienter med muskelskjelettlidelser. Alle studentene må etter fullføring av masterstudier med klinisk praksis i tillegg ha ett års veiledet praksis for å få spesialistkompetanse i regi av NFF.

Det hadde vært nyttig om masterprogrammene hadde sammenfallende retningslinjer på hvordan omfang av praksisstudiene beregnes i studiepoeng. I dag er slik beregning ulik. I noen program inngår praksis som en del av kliniske emner, og er ikke skilt ut med egne studiepoeng, mens andre gir studiepoeng for praksis. Omfang av praksis angis også i antall konsultasjoner, i tidsangivelse av praksis i uker, og i antall timer med veiledning.

Type praksisstudier

De fem masterprogrammene har forskjellige fordypningsområder, noe som er toneangivende for valg av praksisplasser. Studentene tilbys/skaffer praksis der hvor de kan få best tilgang til pasienter med relevante problemstillinger i reelle yrkesrelevante kontekster. Master i klinisk nevrologisk fysioterapi (UiT), Master i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi (UiT) og Master i klinisk fysioterapi (HiB) har praksis både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Master i idrettsfysioterapi (NIH) og Klinisk masterstudium i Manuellterapi for fysioterapeuter (UiB) har bare praksis i primærhelsetjenesten tilknyttet fysikalske institutter.

Gruppens anbefalinger: Praksisstudiene i masterprogrammene har samlet den største delen i primærhelsetjenesten i tråd med endringer i samfunn og helsetjenesten. jfr **Samhandlingsreformen** (St.meld.nr 47, 2008 – 2009), **Folkehelsemeldingen** (St.meld.nr. 19, 2014-2015), **Utdanning for velferd** (St.meld.nr 13, 2011 - 2012) og nå i regjeringens forslag til **Fremtidens Primærhelsetjeneste** (St.meld.nr. 26, 2014 – 2015). Gruppen anbefaler at en slik fordeling opprettholdes, men alle masterstudiene bør også ha praksis i spesialisthelsetjenesten.

Praksisstudier kun knyttet til fysikalske institutter gir ikke optimale muligheter for å observere pasientflyt mellom tjenestenivåene. Praksisstudier bør legges til institusjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten i reelle yrkesrelevante kontekster, der studentene får god tilgang til pasienter med problemstillinger relevante for den profilen fordypningen/e som masterprogrammet har.

Tilgang og finansiering av praksisplasser i mastergradsprogrammer med veiledet praksis

I Norge skal offentlig utdanning være gratis.

Ved bachelorutdanningene i fysioterapi tilbys praksisplasser til alle studentene, og studentene betaler ingenting for veiledning tilknyttet praksisstudiene. Det samme er ikke tilfelle ved praksisstudier på masternivå.

NOKUT og departementet har godkjent mastergradsstudiene, men ikke forpliktet helsevesenet (spesialist- og primærhelsetjeneste) til å skaffe praksisplasser til masterstudentene. I utgangspunktet bør alle helseforetak ha et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablerte i alle helseregioner, men det foreligger ingen formelle avtaler om et slikt ansvar. Ved masterutdanninger må universitet/høgskoler og studenter selv sende forespørsler og inngå egne avtaler der primær- og spesialisthelsetjenesten eller private institusjoner ser seg i stand til å ta imot masterstudent.

Masterprogrammene har krav til kompetanse hos praksisveilederne. Det ønskelig at veileder har masterutdanning og/eller spesialistkompetanse innen fordypningsområdet i aktuell masterutdanning, i tillegg til veiledekompetanse. For at studenten skal få en kunnskapsbasert veiledning med dybdekunnskap innen fordypningsområdet anser prosjektgruppen en slik kompetanse som nødvendig. Kravene til veilederkompetanse er imidlertid med på å begrense antall praksisplasser til masterstudenter, da det i spesialist- og spesielt i primærhelsetjenesten ikke er mange veiledere med tilfredsstillende kompetanse. For å få gjennomført praksisstudier har det vært nødvendig å være noe pragmatisk mht kompetansekrav,

men minstekrav er at veileder har lang klinisk erfaring og veilederkompetanse. Dagens utfordring med manglende kompetanse hos praksisveiledere antar vi er et forbigående problem. Antall fysioterapeuter med master og PhD kompetanse øker raskt, og flere med denne kompetansen fortsetter i praksisfeltet.

Tilgang på praksisplasser i primærhelsetjenesten er veldig begrenset. Ved forespørsel begrunnes mangel på praksisplasser med at kommunen ikke har kapasitet/økonomi til veiledning, og at de ikke er tilfredsstillende kompetanse hos veilederne til å ta imot masterstudenter.

Fysikalske institutter er en praksisarena hvor masterstudenter møter pasienter med relevante problemstillinger knyttet til fordypningsområdene. Det er vanskelig å få praksisplasser på institutt, fordi den som veileder studentene trenger økonomisk kompensasjon for egen tapt arbeidstid, og fordi det er vanskelig med behandlingsrom/kontorplass til flere enn de som allerede jobber ved instituttet. I masterstudiene i manuellterapi og i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er det forskriftsfestet at studentene får rett til trygderefusjon og gjennom denne ordningen mulighet til selv å betale for veiledningen og utgifter knyttet til privat praksis. Også ved masterstudiene i idrettsfysioterapi ved NiH og Master i klinisk fysioterapi ved HiB er det inngått avtaler med Helse- og Omsorgsdepartementet om trygderefusjon for pasienter behandlet ved fysikalske institutter, hvor studentene er over lengre perioder. Der studentene kommer i korte perioder, og dermed bare kan bidra økonomisk i denne perioden, blir det umulig for institutter å leie ekstra kontorplass til studenter over tid.

For masterprogrammene som har praksisstudier på institutt gjelder det at studentene får refusjon for relevante takster fra HELFO for et visst pasientantall, sett i relasjon til omfang av praksis. Studentene på Master i idrettsfysioterapi (NiH) og Klinisk Masterstudium i Manuellterapi for Fysioterapeuter (UiB), betaler en avtalt sum til veileder pr mnd som tilsvarer aktuelle antall timer med frikjøp for å få veiledning, samt at de må betale for kontorplass/husleie. Studentene ved Master i klinisk fysioterapi (HiB) betaler opptjente midler under praksisstudiene i sin helhet til

det fysikalske instituttet som betaling for veiledning. Ved UiT betaler ikke studentene for veiledning, der er det UiT som lønner praksisveilederne. Studentene ved Klinisk masterstudium i manuellterapi (UiB) og Master i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi (UiT) får bruke spesialisttakst A8 og A9 under studiet, mens studentene på de andre masterprogrammene ikke får slike spesialisttakster.

Gruppens anbefalinger: Krav om gratis utdanning i offentlige institusjoner må gjelde for alle utdanninger. Det må settes inn tiltak slik at praksisplasser under masterutdanningen blir finansiert på samme måte som for bachelor- og videreutdanninger

Behovet for mer spesialisert kompetanse er økende. Siden praksisstudier i de fleste masterprogram er et ledd i klinisk spesialisering bør den gjøres tilgjengelig på alle aktuelle arenaer med reelle yrkesrelevante kontekster.

For å unngå ulike ordninger mht. honorering av veiledning ved praksisstudier på fysikalske institutt, bør det bli en forpliktelse for avtalefysioterapeuter om å drive studentveiledning. Her er økonomiske ressurser med frikjøp av tid en forutsetning. Det bør også vurderes om studentene på de forskjellige masterprogrammene skal få ulike takster fra HELFO.

Det hadde vært nyttig om masterprogrammene hadde sammenfallende retningslinjer på hvordan praksisplasser skaffes, og hva kontrakter med praksisfeltet skal inneholde.

Videreutdanninger med veiledet praksis:

1. Videreutdanning psykomotorisk fysioterapi
2. Videreutdanning i fysioterapi for barn

Videreutdanning i Psykomotorisk fysioterapi (PMF) ved HiOA

Videreutdanning i Psykomotorisk fysioterapi (PMF) ved HiOA gir 60 studiepoeng, går over 3 semestre og er samlingsbasert (totalt 10 samlinger). Det er en forutsetning for

opptak til studiet at studentene har tilgang til pasienter som kan profitere på PMF, da studiet i tillegg til forelesninger og ferdighetsundervisning bygger på studentenes kliniske erfaringer.

HiOAs krav for å gå opp til klinisk eksamen er gjennomført 200 pasientbehandlinger. I tillegg skal studentene ha gjennomføre 72 timer veiledning i gruppe, der kliniske erfaringer danner utgangspunkt for veiledningen. Studentene har rett til å benytte psykomotorisk takst fra HELFO (takst A9) når de gjennomfører psykomotorisk undersøkelse og behandling. Denne retten til refusjon faller bort for studenter som gjennomfører de resterende 60 studiepoeng fram til master ved ulike helsefaghøgskoler. Praksisstudiet utgjør 20 studiepoeng. Studentene er i praksis mellom alle samlingene. Pedagogisk sett er egen praksis meget viktig, da dette gjør det lettere for studentene å kunne knytte ny teoretisk og praktisk kunnskap til egne erfaringer, både gjennom diskusjon i klassen og med de som underviser. Studentene er på egen arbeidsplass som kan være enten i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Gruppens anbefalinger

Videreutdanningen bør komme inn i et samlet masterløp slik at praksis og veiledning kan bli gjennomgående i studieløpet slik som det er ved og master i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi

Videreutdanning i fysioterapi for barn HiO

Praksis er ikke skrevet inn i fagplanen og kan vanskelig regnes om til studiepoeng, fordi praksis er et utgangspunkt for arbeidsoppgaver og eksamener i studiet.

Studentene produserer 3 videoer fra egen praksis, som de bringer til samlingene og får tilbakemelding i en gruppe av medstudenter og en veileder, totalt utgjør dette 21 timer veiledning på egne videoer resterende på medstudenters videoer.

Utdanningen har et eget pedagogisk opplegg for denne veiledningen, opplegget er beskrevet i en rapport. Fordi studentene bringer med seg videoeksemplere fra egen praksis, kan det være fra alle tjenestenivåer og praksiser.

FORUTSETNINGER OG VIRKEMIDLER FOR AT ENDRINGER SKAL KUNNE REALISERES

- Lovverk
 - Det må fastsettes i forskrift for fysioterapi at veiledning av studenter er tilpliktet i både spesialist- og primærhelsetjenesten, inkludert fysioterapeuter med avtale
- Det må være satt av ressurser til veiledning
 - Kombinert stilling mellom praksis og utdanning
 - Økonomiske ressurser og stillingsressurser
- Praksisplassene må ha veiledningskompetanse
 - Krav til veiledere om studiepoeng eller kursing i veiledning
 - Utdanningsinstitusjonenes forpliktelse til å tilby kurs og utdanning til praksisveiledere må styrkes. Praksisveiledere må tilbys kurs og tett oppfølging fra utdanningene.
 - Praksisplassene og utdanningsinstitusjoner må tilrettelegge for å delta på kurs/utdanning innen veiledning
- Avtaleverk må være på plass mellom praksisplasser og utdanningsinstitusjonene
 - Det må utarbeides samarbeidsavtaler mellom utdanningene og kommunene slik det er i spesialisthelsetjenesten
 - Forpliktelse for avtalefysioterapeuter om å drive studentveiledning. Her er også økonomisk ressurser en forutsetning
 - Veiledningsoppgavene må være en del av bemanningsplanen på praksisplassene
- Likeverdig samarbeid mellom praksisplasser og utdanningsinstitusjoner
 - Praksisplassene er med på utforming av læringsutbyttebeskrivelser for studiet
- Utdanningsinstitusjonene må ha ansvar for å koordinere praksisperiodene, for å kunne gjennomføre TPS

KILDER:

1. St.meld.nr 13, 2011 – 2012
2. St.meld.nr 47, 2008 – 2009
3. St.meld.nr. 26, 2014 – 2015
4. St.meld.nr. 19, 2014-2015
5. Olsen NR¹, Lygren H, Espehaug B, Nortvedt MW, Bradley P, Bjordal JM.
Evidence-based practice exposure and physiotherapy students' behaviour during clinical placements: a survey. *Physiother Res Int.* 2014 Dec;19(4):238-47
6. Jamtvedt G. Hagen K. B. Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. Gyldendal norsk forlag AS, 2.utg 2015
7. Yttermo,S. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Hvilke synspunkter har fysioterapeutene til oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus?
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/38379>
8. Bjørke G., Englund A. ,Norenberg, D. L.,Johannessen, K., Almås, S. H., Haugland E. (2009). Felles interessefelt og kulturelle særpreg. Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid ved Høgskolen i Oslo. Delrapport III - CAB-prosjektet. (HiO-rapport 2009 nr 19). ISBN: 978-82-579-4704-0. 58 s. Høgskolen i Oslo.
9. Skaalvik M., et al Evaluering av ordningen med kombinerte stillinger for helsefaglige utdanninger ved UNN og UiT (2014) Oppdragsgiver: Felles utdanningsvalg ved Universitetssykehuset Nord Norge og UiT Norges Arktiske universitet.

VEDLEGG:

1. Oversikt over praksis i master- og videreutdanninger i fysioterapi

Studie	Praksis Volum/studiep	Veiledet praksis	Plassering i studiet	Kompetansekrav veileder	Praksis Arenaer	Begrunnelse, type, volum og innplassering
Master i idrettsfysioterapi, NIH Fulltidsstudium	3 mnd/20sp	55 t - felles og individuell	2.studieår	Dyktige klinikere	Primærhelsetjenesten på godkjente fysikalske institutter.	I 2.studieår har studentene metode og teori godt innarbeidet, og kan bruke mye av det de har lært teoretisk i den praktiske hverdagen.
Master i klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn og voksne, UiT Fulltidsstudium/samlingsbasert	Studentene er i jobb/Praksis. Ikke utskilt i studiepoeng. Minimum 400 konsultasjoner	120 t - av disse kan inntil 40 t tas i grupper	Integreres gjennom hele studiet mellom samlingene på UiT. Studentene har relevant jobb i studietiden.	Spesialist kompetanse i nevrologisk fysioterapi og helst mastergrad	Praksis på eget arbeidssted: sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, kommunepraktis, privat praksis. Praksisveileder rekrutteres på/eller nærmest mulig arbeidsstedet. En ukes hospiteringspraksis på annet helsetjenestenivå enn hovedpraksis.	Stor vekt på integrering av teori og praksis. Vesentlig at teori og praksis undervises parallelt, og at praksis integreres gjennom hele studiet. 120 t praksisveiledning anses som nødvendig for å oppnå kompetansemål.
Master i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi, UiT Deltidsstudium/samlingsbasert	Minimum 200 t pasientkontakt 20sp	70 t Individuel t og i gruppe	Studiets siste 5 semestre (av tot.8 semestre), mellom samlinger på UiT. Studentene har relevant jobb i studietiden.	Spesialist kompetanse i psykomotorisk fysioterapi	Klinisk praksis med egne pasienter på egen arbeidsplass. Studentene har selv ansvar for adgang til praksisfeltet. Veileder foreslås av studenten, oppnevnes og betales av UiT. En ukes hospiteringspraksis på annet helsetjenestenivå enn hovedpraksissted.	Studiet skal kvalifisere for spesialisert praksis og legger vekt på å utvikle studentenes handlingskompetanse. Førstehåndserfaring fra pasientbehandling i læringsprosessen anser vi som en forutsetning for utvikling av klinisk kompetanse og praksisrelevant refleksjon. Teoriens viktigste funksjon i studiet blir å gi studentene noe å tenke med i utvikling av egen kompetanse, og til å perspektivere fagutøvelse og helseproblematikk med tanke på å stille forsknings spørsmål som er relevante for praksis.
Master i klinisk fysioterapi med fordypning i 1) muskelskjelett revmatiske og ortopediske lidelser, 2) hjerte og lungelidelser, HiB, Fulltidsstudium/samlingsbasert	10 uker/15sp	75 t individuell veiledning	2. og 3. semester, mellom samlinger på HiB	Spesialist kompetanse, og helst mastergrad	Primær- og spesialisthelsetjenesten, sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, institutter, LHL klinikker. Praksissted skal være godkjent av HiB.	Praksisstudiene inngår som en del av fordypningsemner lagt til 2.og 3.semester og blir dermed integrert med ferdighetstrening, teori og forskningskunnskap knyttet til valgt fordypning. I tillegg kan studentene relatere praksis til vitenskapsteori og forskningsmetode. Vitenskapsteori og forskningsmetode. Praksisstudiene avvikles i reelle og yrkesrelevante kontekster.
Klinisk Masterstudium i Manuellterapi for Fysioterapeuter, UiB Fulltidsstudium/samlingsbasert	Minimum 1800 pasientkonsult. 35 sp	250 t fordelt på individuell og gruppe	Mellom alle samlingene på UiB fordelt over 2 år (28t/uke)	Spesialist i manuellterapi, og helst mastergrad	Primærhelsetjenesten ved godkjent praksissted ved fysikalske institutt.	Studiets organisering av praksis vurderes til å være av stor betydning for å kunne gjøre studentene i stand til fagutøvelse der teori og håndverkskunnskap er integrert i praktisk utøvelse av manuellterapi. Praksisomfang og innhold vurderes til å kunne nå studiets målsetting for yrkesutøvelse. Studiet skal sikre at manuellterapeuter har de kunnskaper, holdninger og ferdigheter som en primærkontakt med ansvar for pasienter med muskel- og skjelettlidelser trenger for forsvarlig utøvelse.

