

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep.
0032 OSLO

Deres referanse
22/3419

Vår referanse
22/193-6

Vår dato
07.10.2022

Høringsvar fra UHR-Helse og sosial til forskrift om nasjonal retningslinje for manuellterapiutdanning

UHR-Helse og sosial har behandlet sak om høring forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Når det gjelder både spørsmålet om å fastsette retningslinjene som forskrift, samt oppbygging av forskriftene under RETHOS, viser vi til våre prinsipielle standpunkt som Kunnskapsdepartementet er gjort oppmerksom på bl.a. i vårt høringsvar datert 3. mars 2019 til sakene 18/5469, 18/5470, 18/5472, 18/5473, 18/5475, 18/5476, 18/5477, 18/5478, 18/5479, 18/5480. Høringsvaret er utarbeidet av det nasjonale fagorganet for forskning og utdanning innen fysioterapi.

Innledning

Vi takker med dette for muligheten til å gi innspill på forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i henholdsvis manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen fysioterapi består av to representanter (studieprogramledere på bachelor og master) fra alle de fire statlige fysioterapiutdanningene i Norge, i tillegg til studentrepresentant, samt observatører fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NFF (Norsk Fysioterapeutforbund).

Vi velger å skrive en tilbakemelding på begge høringsutkastene i ett felles dokument, med en generell del som gjelder begge utkast og prosessen sett under ett, samt en spesiell del med direkte tilbakemelding på hver enkelt forskrift.

Generelt

De foreslåtte forskriftene om nasjonale retningslinjer for masterutdanning i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi er gode utkast, spesielt om man leser dem hver for seg. Slik vi leser høringsutkastene ser vi imidlertid en del forskjeller mellom dem, bl.a. i kap. 1, §2 som angår formålet. Formålet beskriver i begge dokumenter klinisk kompetanse som kandidatene skal ha ved endt utdanning ganske inngående. Det kan likevel se ut som kandidatene vil ende opp med kompetanse på forskjellige nivåer, f.eks. når det gjelder trygdefaglig kompetanse og ledelse. Ettersom klinikere fra begge utdanninger i stor grad vil arbeide i primærhelsetjenesten mener vi at det bør vurderes om primærkontaktfunksjon er hensiktsmessig på begge utdanninger. Det vil kunne bidra i forhold til fastlegekrisen. Fysioterapeuter med klinisk og faglig kompetanse på masternivå som jobber i primærhelsetjenesten burde kunne ta ansvar og ha en rolle her.

Videre ser vi, når vi sammenligner forskriftsutkastene, at det er forskjell i struktur på oppbygging av kompetanseområder, med ordbruk og begreper som ikke er samkjørt. Når det gjelder §20 praksisstudier er det også synlig forskjellig beskrivelse og stor forskjell i tidsbruk/mengde praksis. Dette bør harmonere mer enn det gjør i dag. Oppbygningen av forskriftsutkastene virker ikke å være samkjørt med grunnutdanningens forskrifter. Vi mener at masterprogrammenes forskrifter bør bygge på RETHOS for grunnutdanningen. Slik vi leser høringsutkastene ser det ut til at de gir rom for autonomi på samme måte som forskriften for grunnutdanningene.

Det er vanskelig å uttale seg om i hvilken grad omfanget av utdanningene er gjennomførbare innenfor eksisterende rammer uten å ha driftet utdanningene selv. Vi har imidlertid erfaringer med at retningslinjene for bachelor er ambisiøse og generelt vanskelige å drifte, så det kan derfor tenkes at det vil være en utfordring å gjennomføre kliniske deler av studiene i tillegg til gjennomføring av metodeemner og vitenskapelige emner. Det kan se ut som at læringsutbyttebeskrivelsene i stor grad er rettet mot den kliniske kompetansen. Det er fint nok, men det harmonerer kanskje ikke med studienes oppbygning i dag med til dels stor vekt på metodeemner, vitenskapsteori og eventuelle andre fellesemner? Hvordan skal vektingen være mellom generiske emner og de fagspesifikke?

Masterutdanning i psykomotorisk fysioterapi

Høringsutkastet legger opp til å utdanne fysioterapeuter med den kompetansen som kreves i dag, men hva er fremtidens kompetansebehov for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste? Vi synes også at det skulle vært større fokus på å benytte denne muligheten til å få med læringsutbyttebeskrivelser som bygger ny og fremtidsrettet kompetanse. Høringsutkastet bærer preg av få og lite spesifikke læringsutbytter på ferdighet og generell kompetanse. Er det hensiktsmessig med et søkelys på en-til-en behandling? Det er et vidt spekter med psykomotoriske pasienter, også inn mot psykiatri, barn/unge og skolehelsetjeneste, hvordan rigger man tjenestene for disse? Det kommer ikke tydelig frem i læringsutbyttebeskrivelsene.

Det kunne vært enda tydeligere hva slags kompetanse man skal besitte etter endt master. Her er det en anledning til å justere språkbruken for å kommunisere ut til samarbeidspartnere hva kompetansen er. Vi etterspør mer tydelighet i forhold til hvordan psykomotorikere kan ta en mer proaktiv rolle i samfunnet, med fokus på bærekraft. Det skrives heller ikke noe om endringskompetanse og hvordan man som profesjonsutøver kan bidra til at mennesker får kompetanse om egen helse, også på forebyggende nivå, som er viktig for å opprettholde bærekraft i helsetjenesten. Begrepet innovasjon er ikke beskrevet.

Det vektlegges at man etter endt utdanning skal kunne «delta i tverrfaglige team». Dette er under minimumskrav for hva man burde forvente av en kliniker med masterkompetanse. Til sammenligning, fra læringsutbyttebeskrivelse på bachelornivå: «kan planlegge, delta i og lede samarbeid på tvers av fagmiljøer, profesjoner, sektorer, virksomheter og nivåer».

Det er et behov for en tydeligere beskrivelse av innhold i praksis, hvilke områder, samt omfang, som sikrer likhet for alle studiesteder. Per nå står det beskrevet 70 timer veiledning, men det står ikke noe om hva timene innebærer, eller om omfanget av praksis. Det er samtidig viktig at ordbruken er slik at den åpner for autonomi og lokale tilpasninger. Det mangler beskrivelse av kvalitetssikring av praksis og praksisveiledere.

Masterutdanning i manuellterapi

Høringsutkastet inneholder litt vage læringsutbyttebeskrivelser. Alt i alt ser vi mer fokus på fremtiden, men mangelfullt når det gjelder helhetsspektiv og etisk forståelse. Læringsutbyttene blir veldig tekniske, men legger ikke opp til å skape forståelse for pasienter i et helhetsspektiv, noe som vi mener er svært relevant inn mot denne yrkesgruppen.

Det er mangelfull oppfølging av kompetansemål gjennom de spesifikke læringsutbyttene. For eksempel er det beskrevet at utdanningen skal «sikre at kandidaten har avansert behandlings- og rehabiliteringskompetanse», mens rehabilitering kun er nevnt en gang i læringsutbyttebeskrivelsene, under §8 om kommunikasjon og samhandling. Det settes lite søkelys på tverrfaglighet og fremtidsrettet kompetanse for å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Det beskrives heller ikke noe om endringskompetanse og hvordan man som profesjonsutøver kan bidra til at mennesker får kompetanse om egen helse, også på forebyggende nivå, som er viktig for å opprettholde bærekraft i helsetjenesten. Det er ikke beskrevet kompetanse i forhold til innovasjon.

Det er et behov for en tydeligere beskrivelse av innhold i praksis, hvilke områder, samt omfang, som sikrer likhet for alle studiesteder. Per nå står det beskrevet 45 uker praksis, men det står ikke noe om veiledningsbehov og hva disse ukene skal innebære. Det er samtidig viktig at ordbruken er slik at den åpner for autonomi og lokale tilpasninger.

Vennlig hilsen

Toril Forbord
leder for UHR-Helse og sosial

Hanne-Gerd Nielsen
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UHR