

Kunnskapsdepartementet  
Postboks 8119 Dep,  
0032 Oslo

Oslo, 02.09.2021

## **Innspill fra Norsk Fysioterapeutforbund – langtidsplanen for forskning og høyere utdanning**

Et av tre mål for langtidsplanen for forskning og høyere utdanning er å møte store samfunnsutfordringer. Hva man anser som de store samfunnsutfordringene avhenger av hvor man står. Et godt rustet og effektivt helsevesen er imidlertid en av grunnpilarene i en bærekraftig velferdsstat.

En langtidsplan for forskning og høyere utdanning må prioritere helse. Helsetjenestens kapasitet og kompetanse er premissleverandør for befolkningens velferd. Uten en velfungerende helsetjeneste vil liv gå tapt, og livskvaliteten bli redusert. Uten en velfungerende helsetjeneste vil stadig flere bli uføre, falle ut av arbeidsliv, skole, sosial omgang og Norge vil ikke lenger være et så godt land å leve i.

Siden mars i fjor har landet vært mer eller mindre i unntakstilstand. Vi har en helsekrise. Store tiltak har vært innført for å unngå sykdom. En enorm innsats har vært gjort og gjøres av helsepersonell for å innhente kunnskap og utarbeide prosedyrer for å ivareta pasientene. Fysioterapeutene i sykehusene har jobbet dag og natt for å hjelpe pasientene med å løsne og få opp slim fra lungene. Fysioterapeutene har mobilisert pasientene som ligger på respirator for å hindre at pasientene ikke mister mer funksjon enn nødvendig. Fysioterapeutene har også hjulpet pasientene av respirator, vist dem hvordan de skal investere kreftene og hjulpet dem tilbake til hverdagen. Deretter har fysioterapeutene vært en nøkkelf profesjon i rehabiliteringen av de samme pasientene både i private rehabiliteringsinstitusjoner og i kommunehelsetjenesten.

Pandemisituasjonen har krevd at helsepersonell har benyttet alle sine erfaringer og innsikter for å utvikle ny kompetanse for å redde liv og begrense senskader. Som Bent Høie sa i sykehustalen: Den viktigste faktoren for kvalitet i helsetjenesten er helsepersonellens kompetanse. Omstillingstakten og omstillingsvilligheten i helsetjenesten skyldes høy kompetanse, en verdi vi må verne om og verdsette.

For at befolkningen skal opprettholde tilliten til velferdsstaten må helsesystemet fungere. Pandemisituasjonen har vist at det er stor vilje i befolkningen og i regjeringen når det gjelder å sette inn svært kostbare tiltak for å opprettholde nødvendig kapasitet i helsetjenesten. Formålet er å hindre at folk blir syke og at liv går tapt. Tilsvarende har det vært et økt fokus på nødvendige tiltak eller behandlingstilbud for senvirkningene av covid-19; det som på fagspråket heter rehabilitering. Et samlet fagfelt har over lang tid påpekt behovet for satsing på rehabilitering, for et reddet liv skal også leves. Det er ikke bærekraftig eller etisk å redde liv uten å også tilby nødvendig rehabilitering.

Demografiske endringer og manglende fokus på helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende tiltak fører til at stadig flere trenger pleie- og omsorgstjenester. Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag (Kåre Hagen). Fysioterapeuter iverksetter tiltak som begrenser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Økt forskning på dette området er helt nødvendig for å innovere dagens helse- og omsorgstjeneste.

De siste årene har Kompetansebehovsutvalget levert flere rapporter, NOUen Lærekraftig utvikling – Livslang læring for omstilling og konkurranseevne og Stortingsmeldingen Lære hele livet er lansert. Felles for disse dokumentene er at kompetansebehovene blant helsepersonell er utelatt. Det er svært beklagelig at helsepersonells kompetanse ikke blir anerkjent og trukket frem. Helsepersonell er høyt utdannede. De står ikke i fare for å falle ut av arbeidslivet, og manglende digital kompetanse er ikke en stor utfordring. Men, helsepersonells kompetanse og tilstedeværelse er en nøkkelfaktor for å hindre andre i å falle ut av arbeidslivet, og å hjelpe andre å komme tilbake til arbeidslivet. Helsepersonell jobber i de forebyggende og helsefremmende tjenestene slik som helsestasjon og skolehelsetjenesten, i frisklivsentralene, i bedriftshelsetjenesten og hos NAV. Helsepersonell redder liv og helse. Og, helsepersonell trener opp, rehabiliterer og reduserer senskader etter sykdom og skade. Det krever kontinuerlig kompetanseoppdatering og -utvikling for å tilby kunnskapsbaserte og effektive tjenester.

God helse og livskvalitet er FNs bærekraftsmål nr 3. For å nå dette målet må vi sikre at helsepersonell har nødvendig og oppdatert kompetanse. Det fordrer forskning, og at høyere utdanning er rigget for å tilby nødvendige forskningsbaserte videreutdanninger som møter helsetjenestens behov.

## Forskning

Det er en rivende utvikling innen medisinsk forskning. Mange innovasjoner og nyvinninger har funnet sted. Det er imidlertid manglende korrelasjon mellom finansiering av sykdomsrelatert forskning og sykdomsbyrde.<sup>1</sup> Muskel- og skjelettlidelser slik som rygg- og nakkelidelser står samlet for 20 prosent av det ikke-dødelige helsetapet<sup>2</sup>, men mottar uforholdsmessig lite forskningsmidler på tross av stor sykdomsbyrde eller såkalte DALYs, helsetapsjusterte leveår. Muskel- og skjelettplager er årsak til 34 prosent av kvinners sykefravær, og hele 34 prosent av uføretrygd hos kvinner skyldes muskel- og skjelettplager. I tillegg er hele 44 prosent av menns sykefravær grunnet muskel- og skjelettplager<sup>3</sup>. Legeforeningen antar at manglende oppmerksomhet kan knyttes til lidelsenes tradisjonelt lave status og prestisje medisinske miljøer<sup>4</sup>.

Forskningen må innrettes mot å løse samfunnsutfordringer. Det er en utfordring at stadig flere faller ut av skole og arbeidsliv, stadig flere blir uføre, og vi vil oppleve en stadig økende mangel på helsepersonell. En langtidsplan for forskning og høyere utdanning må adressere disse utfordringene. Det er ikke noe som kan løses raskt; det krever langsiktig innsats både å utvikle effektive behandlingsformer, implementere dem i praksis, og å se resultater hos innbyggerne.

---

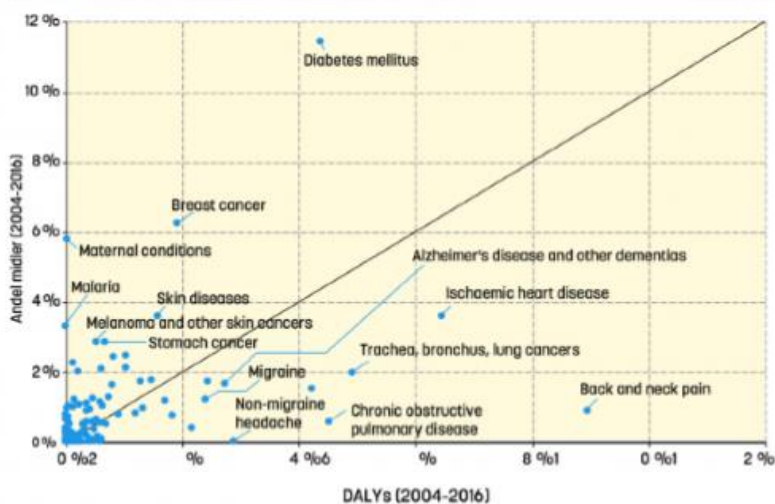
<sup>1</sup> Forskningspolitikk (13.12.2019): Svak sammenheng mellom samfunnsbehov og finansiering af sygdomsrelateret forskning i Danmark

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

<sup>3</sup> <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/infografikk-fra-nav#chapter-2>

<sup>4</sup> <https://tidsskriftet.no/2010/11/leder/rammer-flest-koster-mest-og-far-minst>

FIG. 1: BEVILLINGSANDEL OG RELATIV SYGDOMSBYRDE FOR DANMARK



## Implementering og spredning av forskning og kunnskapsbasert praksis

Å forske er å frembringe kunnskap. Kunnskapens verdi kan ikke sees før den omsettes og tas i bruk. Hvordan kunnskap skal implementeres i praksis er i alt for liten grad ivare tatt i eksisterende langtidsplan.

Helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det er forventet at autorisert helsepersonell arbeider kunnskapsbasert. Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon<sup>5</sup>.

Det er ingen smal sak for det enkelte helsepersonell å regelmessig og systematisk innhente forskningsbasert kunnskap. Forskingen er på flere områder vanskelig tilgjengelig, gode kilder slik som helsebiblioteket mangler finansiering, og det er tidkrevende å lese. Det er også slik at poengsystemet for publisering av forskning favoriserer publisering i internasjonale tidsskrift som på flere områder er innrettet mot andre forskere, ikke mot klinikerne. Det er kjent at i artikkelformatet er beskrivelsene av metodene ofte mangelfulle. Studier som viser gode resultater kan derfor være vanskelige å etterlikne når «oppskriften» på tiltakene og justeringer som gjøres ut fra pasientens reaksjoner er utelatt. Forsknings- og utviklingsprosjekter som er pasientnære og der tjenestene selv deltar, er lettere å ta i bruk enn forskning løsrevet fra tjenestene. Der er derfor viktig å sørge for at UH-sektoren har tett kontakt med tjenestene.

Sammen med et godt system for forskning må det også bygges gode system for å spre forskningsresultater og sørge for at forskningen integreres i praksis. For helsesektoren kan dette ivaretas med et godt utbygget og klinisk rettet videreutdanningstilbud i universitet og høyskoler. Samtidig må det opprettes arenaer der kunnskap og erfaringer kan deles.

<sup>5</sup> <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-effektive-ved-implementering-av-kunnskapsbasert-praksis-i>

## Kliniske og monofaglige utdanninger

Klinikken er ingen teoretisk arena. Helsepersonell møter pasienter hver dag. Helseprofesjonene trenger kliniske studier, de trenger å møte pasientene under studiene slik at de lærer å stille spørsmål og behandle pasienter slik at de får den informasjonen de trenger, og slik at de klarer å formidle informasjon til pasienten på en forståelig måte. Å utrede pasienter, stille funksjonsdiagnoser og iverksette behandling krever interaksjon med mennesker i mer eller mindre sårbare posisjoner.

Det er derfor nødvendig å sikre praksisstudiene i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Likeledes er det på høy tid at kravene til veiledningskompetanse blant de som har veilederansvar i tjenestene etterleves.

En langtidsplan for høyere utdanning må derfor diskutere hva som er nødvendige grep for å sikre at det kliniske innslaget i både grunnutdanningene og videreutdanningene ivaretas. Vi ser at det i stadig større grad opprettes teoretiske mastergrader. Disse passer inn i utdanningssystemet og krever færre ressurser, men er i mindre grad tilpasset helsetjenestens behov.

Vi ser også at flere av de nye mastergradene er tverrfaglige. Det er helt nødvendig med tverrfaglig samarbeid i helsetjenesten fordi hver profesjon har en kompetanse som kompletterer de andre og samarbeid bidrar til nye innsikter og kunnskap. Til sammen er da kompetanse større. Et for stort innslag av tverrfaglige utdanninger kan lede til at profesjonenes særpreg og ulike innfallsvinkler til samme problemstilling utviskes. Det er gode faglige diskusjoner som fører helsetjenesten videre.

## Lære hele livet

Helsepersonell er høyt utdannede personer. Helsepersonell er også yrkesgrupper med stort behov for å holde seg faglig oppdatert. Det er behov som er lettere å ivareta i større fagmiljø slik som i spesialisthelsetjenesten, og vanskeligere å ivareta i små kommuner og i privat praksis. Samfunnets behov for faglig oppdatert helsepersonell må speiles i hvordan høyere utdanning er innrettet. Det er nødvendig å se det offentlige ansvaret for helsetjenestens kompetansebehov og det offentlige utdanningssystemet i sammenheng.

## Finansieringssystemet

Det er nødvendig å foreta en gjennomgang av finansieringskategoriene i høyere utdanning, for å sikre at samfunnskritiske utdanninger har rett finansiering. Helsefagene, slik som fysioterapi, er en utdanning med en stor andel praksisstudier. Likevel er faget plassert i samme kostnadskategori som teoretiske fag innen samfunn og humaniora. Klinisk praksis og ferdighetstrening er kostbart og det er viktig at utdanningene har en finansiering som sikrer høy kvalitet. Samtidig er det også nødvendig å innplassere mastergradsutdanningene i fysioterapi i finansieringssystemet.

Vennlig hilsen



Gerty Lund  
Forbundsleder



Christine Thokle Martens  
Seniorrådgiver