

Legene og fysioterapitjenesten 1895–2020 – Samarbeid og rammevilkår

Michael 2021; 18: 182–97.

Dette er en profesjonshistorie om utviklingen av fysioterapeutyret fra slutten av 1800-tallet og frem til 2020-tallet i Norge. De første norske sykegymnastene – utdannet i Stockholm – organiserte seg i Christiania Sykegymnasters Forening i 1895, og i 1897 ble den første sykegymnastutdanningen opprettet i Christiania. Samarbeid med legestanden sto sentralt fra første stund.

Sykegymnastenes Forening arbeidet for å skaffe sykegymnastene offentlig autorisasjon, men det var lite gehør i departementet. Da opprettet Den norske lægeförening Massageraadet som godkjente læresteder fra 1916 og sykegymnaster fra 1918. Offentlig autorisasjon av sykegymnaster kom i 1936. Helserådene i kommunene – der distriktslegene var ordførere – skulle føre tilsyn og kontroll med sykegymnastenes virksomhet. Dette opphørte da lov om kommunehelsetjenesten kom i 1984, og helserådene ble nedlagt. Kommunehelsereformen innførte obligatorisk fysioterapitjeneste i alle landets kommuner, og betød at flere brukergrupper fikk tilgang til fysioterapihjelp.

I helse- og trygdeforvaltningen gjennom forrige århundre hadde leger overordnede lederstillinger og bidro til beslutninger om rammevilkår for utøvelse av fysioterapihjelp. Rikstrygdeverket og dets ytre etat – trygdekassene – styrte utviklingen gjennom forskrifter og takster etter folketrygdloven, og gjennom egne trygdekasseinstitutter for fysikalsk behandling. I 2001 ble flere av disse bestemmelsene opphevet ved iverksetting av ny helsepersonellov, blant annet legebenvising til fysioterapi, – i trygdeforskriften først fra 2018. Fysioterapeuter ble selvstendige profesjonsutøvere.

Historien om legene og fysioterapeutene kan høres ut som en legeroman, men det er det ikke. Historien er harde fakta fra fysioterapitjenestens utvikling i Norge.

Fagutvikling kan styres av faggruppens egne utspill og av indre drivkrefter som egen utdanning. Fagutvikling kan også styres av sterke ytre krefter som setter rammevilkår for virksomheten. Disse vilkårene for fysioterapi-tjenesten er blitt fastsatt i helse- og trygdeforvaltningen, hvor leger hadde sentrale lederstillinger i hele forrige århundre og bidro til å utforme rammevilkårene for fysioterapitjenesten. I den statlige helseforvaltningen hvor jeg selv har jobbet og samarbeidet nært med leger i mer enn 30 år, har mange vært gode støttespillere, men harde skeptikere har det også vært.

Jeg vil beskrive to parallelle forvaltningsløp: 1) fysioterapeutloven, i dag helsepersonelloven og helselovgivningen generelt, og 2) syketrygdloven, i dag folketrygdloven med forskrifter.

La oss starte med begynnelsen: Ved århundreskiftet 1800–1900 var det utdannet 33 norske sykegymnaster – 21 kvinner og 12 menn – i Stockholm (1). En av dem var Louise (Lucy) Lyche (1856–1941) som var initiativtaker til å opprette *Christiania Sykegymnasters Forening*. De hadde konstituerende medlemsmøte med 28 sykegymnaster 5. mai 1895. Lucy Lyche ble valgt til foreningens sekretær. De valgte en lege – dr. Peder Egeberg Giertsen (1865–1951) – til formann. Tre leger og to sykegymnaster – Elisabeth Lampe (1840–1922) og Kate Bull (1862–1934) – startet opp sykegymnastutdanning i Christiania i 1897. De tre legene var skolens eiere; dr. Peder Egeberg Giertsen, dr. Reinhardt Natvig (1860–1959) og dr. Halfdan Hopstock (1866–1925) (2). Helt fra første stund allierte sykegymnastene seg med leger for på den måten å oppnå anerkjennelse for sitt fag. Det er forståelig for et fag som var forholdsvis nytt i Norge (figur 1).

Styret i Christiania Sykegymnasters Forening 1895:

- *Formann dr. Peder Egeberg Gjertsen (medisinsk embetseksamen 1891)*
- *Sekretær Louise (Lucy) Lyche (utd. 1883 *)*
- *Styremedlemmer Elisabeth Lampe (utd. 1877 *), Kate Bull (ca utd. 1890 *), rittmester Halfdan Wettre (utd. 1881 *).*

**Utdannet sykegymnaster fra Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet (GCI), Stockholm.*

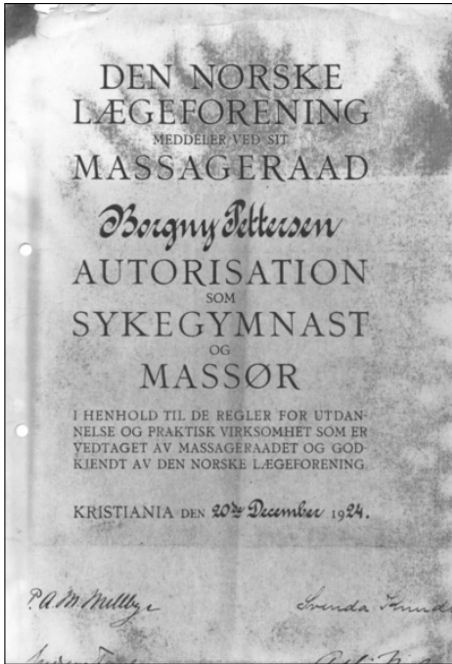


Figur 1: Sykegymnastikk ved århundreskiftet 1800/1900. Foto Riksarkivet Stockholm.

Autorisasjon – Legeforeningens Massasjeråd 1915 – sykegymnastloven 1936 -fysioterapeutloven 1956

Fra starten av var ett av formålene for Sykegymnastforeningen «å arbeide for sykegymnastikkens fremme ved at skaffe dens utøvere en legitimasjon.» Det var ikke lett å få gehør i departementet som den gang het *Departementet for handel, industri, fiske og sosiale saker*, – sosiale saker først fra 1913. De hadde nok viktigere saker å tenke på enn autorisasjon av sykegymnaster. Styret kontaktet derfor Den norske lægeforening for å få til et samarbeid. Legeforeningens 16. alminnelige norske legemøte i 1915 vedtok å opprette et Massasjeråd som skulle føre kontroll med «sykegymnastenes yrkesutøvelse og de personer som arbeidet på denne måten». Massasjerådet besto av tre leger og en sykegymnast. Massasjerådet godkjente lærestedene fra 1916, og fra 1918 fikk sykegymnaster som var utdannet på de godkjente lærestedene, autorisasjon fra Massasjerådet (3) (figur 2).

Sykegymnastforeningen ønsket imidlertid en offentlig autorisasjon, og utarbeidet et lovforslag som ble oversendt til departementet. Massasjerådet støttet ikke dette forslaget da rådet var av den oppfatning at legenes kontroll med denne yrkesgruppen var nødvendig. Det var politiet i Oslo som satte fart i saken. *Opdagelseschefen* ved Oslo politikammer uttalte til Sykegymnastforeningens lovforslag følgende: «Det som i første rekke gjør en lov påkrevet, er det forhold at flere massasjeinstitutt her i byen synes å være et skalkeskjul



Figur 3: Eksempel på autorisasjon fra Massageraadet i Den norske lægeforening 1924.

for usedelig og annen lyssky trafikk. Disse «massører» har voldt politiet ikke lite arbeide, men forskjellige grunner har gjort det vanskelig på effektiv måte å komme uvesenet til livs... Det er politikammerets oppfatning at adgangen til å utøve virksomhet som sykegymnast og massør bør være betinget av statsautorisasjon. Jeg må derfor anbefale at det blir lovfestet enerett for de statsautoriserte sykegymnaster og massører til å utøve og bekjentgjøre slik virksomhet.» (4).

Etter hvert sluttet medisinaldirektøren i departementet seg til forslaget og uttalte: «... det er godtgjort at en ikke liten del av denne massasjevirkosomhet bare er et dekke over erhvervsmessig utukt. Det er da nødvendig å peke på at den slags trafikk fører med seg stor fare for spredning av veneriske sykdommer.... For så vidt representerer de såkalte massasjeinstitutter en særlig ondartet form for prostitusjon, som man også av hygieniske grunner må gjøre alt for å bekjempe....

... man har eksempler på at prostituerte kvinner går over fra å benytte titelen friserdame som dekke for sin virksomhet, til å kalle seg massøser, fordi håndverksloven har gitt frisørfaget en effektiv beskyttelse med strenge minstekrav til utdanning, mens hvem som helst helt ukontrollert kan avvertere massasje. Det er faktisk vesentlig at faget massasje er knyttet til behandling av syke mennesker.... Det som er bragt for dagen av Oslo politis undersøkelser, har bestyrket mig i den oppfatning at man nu ikke lenger kan komme forbi en sådan lov (4).

Loven ble vedtatt 19. juni 1936 og trådte i kraft straks. Loven ga beskyttelse av retten til å utøve virksomhet som sykegymnast, og av yrkestittelen sykegymnast. Loven fastsatte videre at sykegymnaster «ikke må ta pasienter under selvstendig behandling uten nærmere veiledning og forordning av lege» (§7). Legehenvi­sing til fysioterapi ble lovbestemt (5).

Loven fastsatte også: «Rett til å utøve virksomhet som nevnt har også den som har rett til å utøve legevirk­somhet her i riket, og virksomhet som går ut på å gi massasje som behandling av skader eller sykkelige tilstander er forbeholdt sykegymnaster og leger» (§1). Loven ble revidert i 1956, og legehenvi­sing og legers rett til å utøve fysioterapi og massasje som sykebehandling ble opprettholdt (6, 7).

Hvor mange leger i Norge visste at de hadde rett til å utøve fysioterapi og massasje som sykebehandling – helt frem til 1. januar 2001? Da trådte helsepersonelloven av 1999 i kraft. Den loven opphevet alle profesjonslover, også fysioterapeutloven av 1956. Dermed ble enerett til å utøve massasje som sykebehandling, legers rett til å utøve fysioterapi og lovbestemt legehenvi­sing til fysioterapi opphevet.

Ved lovendring i 1969 av sykegymnastloven fra 1956 ble både lovens tittel og stillingstittelen endret til fysioterapeut fordi statlig utdanning var opprettet under navnet Statens fysioterapiskole i 1967 (8, 9). Norske Fysio­terapeuters Forbund hadde allerede i 1958 endret stillingstittelen til den internasjonale tittelen fysioterapeut etter oppfordring fra World Confedera­tion for Physical Therapy (WCPT) – stiftet i 1951.

Tilsyn og kontroll med privat fysioterapivirk­somhet – sykehusloven av 1969

Autorisasjon som sykegymnast etter 1936-loven ble utstedt av helserådet i kommunene. Helserrådets ordfører var distriktslegen som etter forskriften skulle føre tilsyn og kontroll med sykegymnastenes praksis i kommunen. Sykegymnastene arbeidet hovedsakelig i pasientenes hjem og i egne private praksiser på den tiden. Sykegymnastene hadde meldeplikt om sin virksomhet til helserådet. Massasjerådet i Legeforeningen var fornøyd med at distriktslegene overtok. Flere helseråd fastsatte krav til arbeidslokaler som Oslo helseråd i 1958 (figur 3).

Fysioterapeutloven av 1956 videreførte helserådenes tilsyns- og kontrollansvar. Autorisasjon av sykegymnastene ble imidlertid overført til Sosialdepartementet for å få lik praksis over hele landet.

Helsedirektoratet ønsket bedre kontroll og tilsyn med privat fysioterapi, og definerte fysikalske institutter som helseinstitusjon i den nye sykehusloven som kom i 1969. I loven var det hjemmel til å fastsette kvalitetskrav

Fra Oslo Helseråd

Krav til arbeidslokaler for fysioterapeuter, mensendieck-sykegymnaster og massører

Med hjemmel i § 6 i forskrifter om sykegymnaster og massører utferdiget av Helsedirektøren den 15. desember 1957 i henhold til lov av 13. juli 1956 om sykegymnaster og rett til å utøve virksomhet som sykegymnast og massør, har Oslo helseråd i møte den 16. september 1958 fattet følgende vedtak:

1. Lokalet bør ha en brutto gulvflate på minst 20 m² og må oppfylle bygningsvedtektenes krav til oppholds- og arbeidsrom.
2. Det må være adskilt fra beboelsesleilighet og må ikke brukes til andre formål. Uvedkommende møbler eller gjenstander må ikke oppbevares i lokalet.
3. Ventilasjonen må være tilfredsstillende.
4. Gulv, vegger og tak må være vaskbare og må holdes i sådan stand at de til enhver tid er lette å holde rene.
5. Det må være innlagt vann og vask, og det må være lett adgang til WC med håndvask.
6. Hovedrengjøring skal utføres minst 2 ganger årlig. Gulvet må vaskes minst en gang hver dag.
7. Dersom pasientens håndklær oppbevares på stedet, skal disse mellom hver behandling pakkes i poser med navn, og posene oppbevares i åpne hyller.
8. Sykegymnasten skal iaktta omhyggelig personlig renslighet. Arbeidsdrakten skal være hvit eller lysfarget og må alltid være ren. Hendene må vaskes før pasienten behandles.

Oslo, 16. september 1958

TRYGVE IVERSEN

Figur 3: Krav til arbeidslokaler for fysioterapeuter fra Oslo helseråd 1958.

til helseinstitusjoner, krav til drift og tilsyn, normer for bemanning og kvalifikasjonskrav til ledelse mv. Det var ønskelig å fastsette forskrifter for fysikalske institutter med hjemmel i sykehusloven for å ivareta hygieniske forhold og avskaffe enmannsinstitutter (10). Det var mange små institutter på den tiden, og noen var drevet i beboelsesrom. Helsedirektoratet mente at den type virksomhet ikke var faglig akseptabelt. Tross sterke protester fra blant annet Norske Fysioterapeuters Forbund¹ fikk Helsedirektoratet i oppdrag å fastsette forskrifter. Forslaget til bemanningsnorm var; «*tre fysioterapeuter foruten lederen skulle være minimumsbemanning for å kunne kalle virksomheten fysikalsk institutt.*» På den måten ville enmannsinstitutter forsvinne.

Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) protesterte mot forslaget om å definere fysikalske institutter som helseinstitusjoner etter sykehusloven. Fysikalske institutter var virksomheter som hørte under primærhelsetjenesten, mente NFF. Fysioterapeutforbundet fastsatte derfor egne *Veiledende regler for fysikalske institutt* i 1972 med krav til arealer, utstyr og hygiene, men ikke krav til bemanning. I 1978 kom Sosialdepartementet med nytt rundskriv om *Veiledende retningslinjer for lokaler i primærhelsetjenesten mv*, der fysikalske institutter var tatt med uten bemanningskrav. Departementet opplyste også at forskrifter om fysikalske institutter etter sykehusloven «*stilles i bero da departementet nå arbeider med ny lov om helsetjenesten i kommunene, samt at mulige retningslinjer vil bli utarbeidet i den sammenheng.*» (Jf. brev av 23.oktober 1980 fra Sosialdepartementet).

I 1984 ble lov om helsetjenesten i kommunene iverksatt, og fysioterapitjenesten ble for første gang tatt opp i helsetjenesten utenfor institusjon som lovbestemt helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Helserådene ble nedlagt og dermed også deres tilsyn og kontroll med fysioterapivirksomhet. Helsepersonells egenkontroll var innført ved lov om statlig tilsyn med helsetjenesten i 1984. Egen forskrift om krav til kvalitet, funksjoner, hygiene og utstyr mv for fysioterapitjenesten bortfalt. I 2002 kom internkontrollforskrift for alle helsetjenester, og i 2017 kom ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Også helsepersonelloven av 1999 fastsatte krav om at den enkelte utøver er ansvarlig for å drive faglig forsvarlig virksomhet og egenkontroll.

1 Norsk Fysioterapeutforbund ble dannet 28.–29. august 1936 under navnet Norske Sykegymnasters Landsforbund. Da var det allerede opprettet lokale foreninger i Oslo, Bergen, Trondheim og Bodø. Mellom 1958 og 2002 het det Norske Fysioterapeuters Forbund.



Figur 4: Rikstrygdeverkets (RTVs) fredede bygning, bygget 1958–60. RTV og trygdekassene (1909–2005) og NAV fra 2006 sto for utbetaling av trygderefusjoner til blant annet fysisk behandling. Fra 2009 er det Helfo, ny etat for helseøkonomiforvaltning som utbetaler helserefusjoner til leger og fysioterapeuter m. fl.. (Foto: Øivind Larsen 2021)

Syketrygdloven – Regler og takster for fysisk behandling 1930–1956

Så over til trygdeforvaltningen, hva skjedde der?

Regler for fysisk behandling ble fastsatt første gang av Rikstrygdeverket (RTV) i 1931 med hjemmel i lov om syketrygd av 6. juni 1930, § 13. Her var det inntatt flere bestemmelser om at sykekassene, senere kalt trygdekasser, skulle opprette egne fysiske institutter. De første fysiske instituttene knyttet til sykekassene var opprettet allerede i 1911 da den første loven om sykeforsikring av 1909 trådte i kraft (figur 4).

Trygdekasseinstituttene, som var styrt av trygdekassenes rådgivende overleger, ble en konkurrent til privat fysioterapivirksomhet. Pasientene på trygdekasseinstituttene betalte ingen eller veldig lav egenandel, og RTV skapte vanskelige etableringsforhold for privat virksomhet. I 1954 var det

38 trygdekasseinstitutter i kommunene. Oslo trygdekasseinstitutt var størst med 80 ansatte fysioterapeuter. Fysioterapeutene som arbeidet på trygdekassenes fysikalske institutter var statsansatte på fast lønn. De arbeidet skift med seks timers arbeidsdag fra kl 8 til 14 og fra kl 14 til kl 20 annenhver dag, seks dager i uken. Det ble 36 timers arbeidsuke uten lørdagsfri. Denne ordningen skapte presedens for 36 timers arbeidsuke for fysioterapeuter på statlige sykehus som Rikshospitalet, Sophies Minde m.fl.². I Oslo kommune ble 36 timers arbeidsuke innført etter streik blant sykehusfysioterapeutene i 1969, og etter kjennelse fra Arbeidsretten i 1992 på tariffområdet til Kommunenes Sentralforbund.

Fysioterapihjelp fra trygdekasseinstituttene var imidlertid ikke tilgjengelig i alle landets kommuner. Fysioterapeuter som drev privat virksomhet, var et nødvendig supplement. Det er imidlertid tydelig i regelverket at RTV ønsket å samle fysioterapivirksomheten i trygdekassenes regi. Det står i reglene § 4: *«Til ytelse av fysikalsk behandling kan trygdekasse med tilstrekkelig medlemstall opprette eget fysikalsk institutt. Hvor forholdene gjør dette mulig, kan to eller flere trygdekasser opprette et slikt institutt sammen. Instituttene skal stå under kontroll av autorisert lege, og den fysikalske behandling må utføres av personer med fornøden utdanning.»*

Videre i § 5: *«Når en eller flere trygdekasser har opprettet fysikalsk institutt, bør kasser som er beliggende i nærheten så vidt mulig slutte avtale med instituttet om behandling av sine trygdede.... Sådant avtale må godkjennes av Rikstrygdeverket.»*

Og videre i § 6: *«Dersom en trygdekasse hverken alene eller sammen med andre kasser har anledning til å opprette fysikalske institutt ..., kan det slutes avtale med nærmeste sykehus hvor fysikalsk behandling kan ytes ambulatorisk, eller med privat institutt som står under kontroll av autorisert lege, eller med autorisert lege som personlig yter fysikalsk behandling. Sådant avtale må godkjennes av Rikstrygdeverket.»*

Det var altså ikke fritt frem for sykegymnastene til å utøve fysikalsk behandling for trygdens regning i privat virksomhet. Ambulatorisk fysikalsk behandling skulle foregå i trygdekassenes egne institutter også etter ny lov om syketrygd i 1956. *«Sosialdepartementet har i henhold til lov om syketrygd av 2. mars 1956 bestemt at ovennevnte regler skal gjelde uforandret fra 2. juli 1956 og inntil videre»*, sto det i reglene.

De siterte regler ble opprettholdt av RTV så sent som i RTVs rundskriv nr 226 av 15. november 1968. Først i 1970 tas det inn tilføyelse om at behandlingen kan gis i privat institutt drevet av godkjente fysioterapeuter

2 Første dokumenterte sykehusstilling var i 1911 på Trondhjem sykehus, forløperen til St. Olavs hospital. Innehaver var sykegymnast Astrid Holst, ansatt 1911–1946 (11).



Figur 5: Det Medico-Mekaniske Institut for Motions- og Sygegymnastikk, Prinsensgt. 26, Oslo, 1895. (Foto: L. Szacinski (firmaet)/Oslo Museum)

(12). Fysioterapeuter på den tiden opplevde nok at de kunne etablere seg stort sett fritt, antagelig i nært samarbeid med lege og etter avtale med lokale trygdekontor som utbetalte trygderefusjonene for utførte pasientbehandlinger. Siste trygdekasseinstitutt ble nedlagt i 1985 da kommunehelsetjenesteloven hadde trådt i kraft (13) (figur 5).

Det var ny forskrift i 1983 med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven som fastsatte fri adgang for etablering av privat praksis for lege, fysioterapeut og jordmor, og ga rett til kommunal avtale om driftstilskudd til alle som hadde drevet privat praksis ved lovens ikrafttreden (14). På grunn av omlegging av finansieringsordningen der 40 % av trygderefusjonen ble overført til kommunale driftsavtaler, oppfattet mange fysioterapeuter at virksomheten deres ble styrt fra kommunene. Blant annet kom Kommunens Sentralforbund inn som forhandlingsmotpart om overenskomst for de privatpraktiserende fysioterapeutene. Overenskomsten regulerte blant annet bestemmelser som grep inn i den private virksomheten, – som åpningstider og ferier mv. Noen syntes omleggingen ga usikkert inntektsgrunnlag, og det ble splittelse i fysioterapeutenes rekke. En utbrytergruppe fra Fysioterapeutforbundet stiftet eget forbund i 1984 – Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund.

Fysioterapeutforbundet støttet kommunehelsereformen, – som innførte obligatorisk fysioterapitjeneste i alle landets kommuner. Innføring av den kommunale driftstilskuddsordningen og muligheten til å opprette fastlønsstillinger i kommunene bidro til geografisk spredning av fysioterapihjelp også til små kommuner som hadde for lav pasienttilgang til å drive lønnsom privat virksomhet. Antall fysioterapeutårsverk i kommunene økte i årene som fulgte (jf. SSBs kommunehelsestatistikk KOSTRA fra 1987–1999). Fastlønsstillingene kunne tilby fysioterapihjelp til grupper som ikke var dekket opp av trygdens stykkprissystem for privat virksomhet på den tiden. Økt tilbud betydde at forebyggende fysioterapitiltak ble styrket i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i rehabiliteringsarbeidet for barn og eldre. Evalueringen utført av Norsk Institutt for Sykehusforskning i 1988–89, var en analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester. Den viste at tilbudet fra privat virksomhet før 1984 i hovedsak nådde ut til den yrkesaktive, voksne delen av befolkningen med muskel-/skjelettlidelser, – pasienter som kunne oppsøke behandlingen for egen hånd. Tilgjengeligheten til private institutter og organiseringen av behandlingstilbudet kunne imidlertid utestenge enkelte utsatte grupper som bevegelseshemmede og uføre eldre (15). Kommunehelsereformen gjorde at flere brukergrupper fikk nytte av fysioterapihjelp (16, 17).

Prioritering av helsetjenester

Innstilling 1955 fra et offentlig utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 16.oktober 1953 *Om retningslinjer vedrørende fysikalsk behandling og utdanning av sykegymnaster* dannet grunnlaget for stramme rammevilkår fra Rikstrygdeverket. Utvalget besto av fem leger og en sykegymnast, og var ledet av overlege Halvard Hegna (1902–1975) fra Oslo trygdekontor. Reglene ble fastsatt med hjemmel i syketrygdloven av 1956. Det ble strenge vilkår for utbetaling av trygderefusjon for fysikalsk behandling etter et begrenset takstoppsett, godkjenning av fysikalske institutter, krav om kontroll av lege, krav om rekvisisjoner fra legespesialister for visse behandlingsformer, for eksempel ultralyd, og tak for antall behandlinger mm. Vilkårene ser ut til å være resultat av en prioriteringsdebatt i utvalget.

Det uttales at effekten av fysikalsk terapi i stor utstrekning er basert på klinisk empiri og overlevert tradisjon – et grunnlag som betraktes med skepsis, «*men helt uten verdi er den neppe.*» I mindretalldissensen uttalte fylkeskontrolllegen i Telemark Kristen Kjæstad: «*En skjønnsom forvaltning av syketrygdens midler er at der ytes mest mulig til behandlinger hvis effekt er statistisk eller på annen måte vitenskapelig bevist... Man blir nødt til å betrakte de fysikalske behandlingers effekt og sette dem i relasjon til andre behandlinger*

som løgevitenskapen i dag kan tilby menneskeheten, slik at man kan sette opp en prioritetsliste over syketrygdens ytelser... Både sykehusbehandling, legebehandling og livsviktige medikamenter bør gis høyere prioritet enn fysikalsk behandling.»

Prioriteringsdebatten i ovennevnte innstilling fra 1955 kan sies å samsvare med de første *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* som kom 30 år senere i NOU 1987:23. Der ble fysioterapi vurdert å høre inn under tiltak med antatt helseeffekt og å være en helsetjeneste som er etterspurt, men ikke nødvendig (18).

Prioriteringer i helsetjenesten er stadig oppe til debatt. I stortingsmeldingen fra 2016 om prioriteringer i helsetjenesten skal *all helsehjelp* prioriteres etter tre kriterier; alvorlighetsgrad, nytte og tilgjengelige ressurser.

Forskrifter til folketrygdloven 1971 – detaljert legehenvi- sing til fysioterapi

I 1971 ble syketrygdloven inkorporert i den nye folketrygdloven av 1966, og ovennevnte regler for fysikalsk behandling ble videreført. Legehenvi-ningen ble imidlertid ytterligere skjerpet. I forskrifter til loven ble legehenvi-ningen spesifisert i § 2: «*Ved forskrivning av fysikalsk behandling må legen oppgi nøyaktig diagnose samt resultat av foretatte undersøkelser. Videre må legen oppgi hvilken behandlingsform, behandlingstid og hvor mange behandlinger trygdede skal ha.*» (Understreket her).

Henviende lege ble ansett å være ansvarlig for diagnostisering og valg av behandlingsformer. Fysioterapeuter var ansvarlig for utførelsen av behandlingsformene. Ny og skjerpet kontroll var dermed innført for privat fysioterapivirksomhet.

Norske Fysioterapeuters Forbund reagerte kraftig på denne detaljstyringen, og tok i 1973 kontakt med Legeforeningen. Ut fra tidligere erfaringer kom fysioterapeuter ingen vei uten legenes støtte og velvilje. Det ble oppnevnt en felleskomite mellom Fysioterapeutforbundet og Legeforeningen med professor dr. med. Christian Borchgrevink som leder. Mandatet var å klargjøre arbeids- og ansvarsfordelingen mellom lege og fysioterapeut og foreslå en mer hensiktsmessig rekvisisjonsordning. NFFs mål var ikke å avskaffe legehenviing, men å innføre en henvisningsordning til fysioterapi.

Detaljert legehenviing til fysioterapi var ikke praksis i sykehus, sykehjem eller andre helseinstitusjoner. Så lenge legehenviinger var lovbestemt, inngikk henvisninger vanligvis i interne samarbeidsrutiner. I helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i bedriftshelsetjeneste og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste var det ikke lovbestemt krav om legehenviing, -kun ved behandling av sykelige tilstander og skader.



Figur 6: Fysikalsk institutt i Bærum 1985. Arkivfoto NFF

Felleskomiteen Dnlf-NFF avga en enstemmig innstilling i 1975. Det ble foreslått at legen stiller diagnose og rekvirerer behandlingsformer innen fysioterapi som han/hun anser for å være adekvat, eller henviser pasienten til fysioterapeut til undersøkelse og vurdering, eller velger å rekvirere fysioterapi og overlater til fysioterapeuten å bestemme behandlingsformer.

Fysioterapeutforbundet støttet forslaget som var et kompromiss. Sentralstyret i Legeforeningen kunne ikke gi sin tilslutning til forslaget. Komiteens forslag om å overlate til fysioterapeuten å bestemme behandlingen var ikke forenlig med det legelige ansvar for pasienten. Legeforeningen skriver videre: «*Leger må stimuleres til å skaffe seg mer innsikt i fysioterapi og fysikalsk medisin, og en ordning som den foreslåtte ville lett kunne bli en sovepute først og fremst for legen og i visse henseender også for fysioterapeuten.*»

Som generalsekretær i Fysioterapeutforbundet ble jeg intervjuet i tidskriftet *Fysioterapeuten* og i *Dagbladet*, og uttalte at «legene må gjerne sove, men vi fysioterapeuter vil ha rett til å være våkne.» Fysioterapitilbudet i privat virksomhet var begrenset av trygderegler og takstsystem, og var et hinder for å nå ut til pasientgrupper som trengte behandling, mente jeg. Legeforeningens avvisning vakte debatt også ut over fysioterapeutkretser.

Helsedirektoratet fikk nå i oppdrag å oppnevne en arbeidsgruppe for å utrede en forenkling av regel- og takstsystemet for fysikalsk behandling.

Arbeidsgruppens ble ledet av overlege Gustav Dietrichson fra Rikstrygdeverket. Han trakk seg fra arbeidsgruppen i protest fordi innstillingen som arbeidsgruppen kom frem til, etter hans syn var et partsinnlegg fra fysioterapeutenes side.

Forslaget til forenkling av takstsoppsettet var å dele inn takstene i grupper etter tidsbruk. Legen skulle forskrive fysikalsk behandling ved å angi gruppebetegnelser. Fysioterapeuten skulle være ansvarlig for valg av behandlingsformer og progresjon innenfor de rekvirerte grupper.

Representanten fra Den norske lægeforening – overlege dr. med. Ragnar Gjone (1923–1987) – kunne heller ikke støtte forslaget som ville forskyve ansvarsforholdet mellom lege og fysioterapeut. I mindretallsdissensen uttalte han at legen skal ha et helhetlig og koordinerende ansvar for pasientbehandlingen, og henvisende lege har et samfunnsansvar som portvakt for å kontrollere forbruk og hindre misbruk av trygdemidler til unyttige formål. Da verken Rikstrygdeverket eller Legeforeningen støttet forslagene, ble arbeidsgruppens innstilling henlagt i 1982 (19).

Helsepersonelloven trådte i kraft 19 år senere. Da ble den lovbestemte legehenviingen opphevet, men i forskrift til folketrygdloven ble legehenviing til fysikalsk behandling opprettholdt. Pasienter som søkte privat fysioterapeut, måtte fortsatt skaffe seg legehenviing. Helsepersonelloven fastsetter krav til faglig forsvarlig helsehjelp, kvalitet og sikkerhet for pasienter. Forsvarlighetskravet gjelder hver enkelt utøver. På linje med andre utøvere av helsehjelp må også fysioterapeuter følge disse kravene til faglig forsvarlig virksomhet. Sosialdepartementet fant pasientsikkerheten tilstrekkelig ivaretatt gjennom lovteksten til å kunne oppheve legehenviing til fysioterapi, men ikke etter folketrygdloven.

Direkte tilgang for pasienter uten legehenviing

Etter en prøveordning i tre fylker 2001–2005 med direkte tilgang for pasientene til kiropraktorbehandling og til manuell terapi uten legehenviing, ble forslag om en landsomfattende, permanent ordning vedtatt fra 2006. Både Norsk kiropraktorforening og Norsk Fysioterapeutforbund støttet ordningen. Den norske lægeforening hadde innvendinger da fastlegens koordinerende ansvar for pasientbehandlingen ble redusert. Portvaktrollen for å redusere trygdemisbruk var ikke lenger noe motargument da denne rollen nå blir ivaretatt av Helfo med digitale løsninger for trygdeoppgjør til leger og fysioterapeuter.

Etter at legehenviing falt bort for manuell terapi, ble henvisningsordningen i forskriften til folketrygdloven fortsatt opprettholdt, men noe liberalisert: «*Legen henviser til fysioterapi, og fysioterapeuten avgjør behandlings-*

form, behandlingstid og antall behandlinger på bakgrunn av opplysningene på henvisningen og egen vurdering av pasientens behov.»

I 2015 kom stortingsmeldingen om *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* hvor Helse- og omsorgsdepartementet foreslo at «det skal vurderes å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans, men først må det komme på plass en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet.» (20).

Helsedirektoratets krav på 1970-tallet om å utarbeide forskrift om funksjons- og kvalitetskrav til fysioterapeuters virksomhet ble på nytt aktualisert, men denne gangen for fysioterapeuter som driver privat virksomhet med kommunal driftsavtale. Med hjemmel i lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene av 2011 ble denne forskriften fastsatt i 2017. I forskriften § 12 er det understreket krav om at «*fysioterapeuten skal samarbeide med pasientens fastlege og andre relevante tjenesteytere ved behov*» (21).

Legehenvvisning til fysioterapi i forskriften til folketrygdloven ble endelig opphevet. Direkte tilgang for pasienter til fysioterapeut uten legehenvvisning ble innført fra 1. juli 2018. Fysioterapeuter var blitt primærkontakt.

Det er verdt å merke seg at den nye loven om helse- og omsorgstjenester i kommunene som kom i 2011, opphevet de lovpålagte profesjonstjenestene i loven av 1982. Loven skulle være profesjonsnøytral, ble det hevdet fra departementet.

Det tok imidlertid ikke mange år før regjeringen foreslo å gjeninnføre krav om ulike former for kompetanse som grunnleggende for å utføre lovpålagte oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. «Loven *må liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha*», sitat fra Meld.S.nr 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

Lege-, helsesøster-, sykepleie-, jordmor- og fysioterapitjenester ble igjen lovpålagt i kommunene fra 1.januar 2018. Ergoterapitjenester, psykologhjelp og tannhelsetjenester ble lovpålagt i kommunale helse- og omsorgstjenester fra 1.januar 2020.

Litteratur

1. Drakenberg S. *Kungl. Gymnastiska Centralinstitutets historia 1813–1913 i anledning av institutets hundraårsdag*, Stockholm: Centralinstitutets lærerkollegium, 1913.
2. Haugen KH. *En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
3. *Love for Massageraadets virksomhet* vedtatt av Den norske lægeförenings 16. alm. lægemøte i Kristiania, september 1915.
4. Ot.prp.nr. 38 (1936) *Lov om sykegymnaster og massører*.

5. Sosialdepartementets rundskriv om lov og forskrifter om sykegymnaster og massører av 16.juni 1937.
6. Ot.prp.nr. 58 (1956) *Lov om sykegymnaster og om rett til å utøve virksomhet som sykegymnast og massør.*
7. Forskrifter av 15.desember 1957 om sykegymnaster og massører.
8. Lov av 2.juni 1999 om helsepersonell mv.
9. Lov av 28.mars 1969 om endringer i lov av 13.juli 1956 om rett til å utøve virksomhet som fysioterapeut og som Mensendieck-sykegymnast.
10. Lov av 19.juni 1969 om sykehus mv.
11. Støylen LL. *Fysioterapi gjennom 100 år på St. Olavs Hospital 1911 – 2011.* Trondheim: St. Olavs Hospital 2011.
12. Rikstrygdeverkets rundskriv annen hvert år i perioden 1956 til 1988 om regler og takster for godtgjøring av utgifter til fysikalsk behandling.
13. Lov av 19.november 1982 om helsetjenesten i kommunene.
14. Forskrift om adgang til å drive privat praksis fastsatt av Sosialdepartementet 24.juni 1983 med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene av 1982, § 6-7.
15. Paulsen B. NIS-rapport nr. 4/1989: *Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester.* Oslo: Kommuneforlaget 1989.
16. St.meld.nr. 36 (1989–90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.*
17. NOU 1992: 10 *Finansieringsordninger for allmennlege- og fysioterapitjenester.*
18. NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioriteringer i helsetjenesten.*
19. Helsedirektoratets arbeidsgruppe 1982: *Innstilling om forenkling av regler og takster for godtgjørelse av utgifter til fysikalsk behandling.*
20. Meld.S.nr. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
21. Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1.september 2017 med hjemmel i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 2011, § 3-2.

Lisbeth Hårstad
lisbeth.haarstad@gmail.com
Lachmannsvei 70 c
0495 Oslo

Lisbeth Hårstad er fysioterapeut og har vært generalsekretær i Norske Fysioterapeuters Forbund 1973–1978. Hun var første fysioterapeut ansatt i Sosialdepartementet 1978, kontorsjef i Helsedirektoratet 1983–1989, tilbake i departementet som underdirektør og fra 2001 til 2009 avdelingsdirektør i Folkehelseavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet. I 2010 utnevnt til æresmedlem i Norsk Fysioterapeutforbund.