

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## Fysioterapi- historie

2/21



# Michael

---

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 18 / 2 / 2021



# Fysioterapihistorie



*Michael* 2021; 18: 145–248



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journals) – [www.icmje.org](http://www.icmje.org). *Michael* er medlem av Fagpressen ([www.fagpressen.no](http://www.fagpressen.no)) og Tidsskriftforeningen ([www.tidsskriftforeningen.no](http://www.tidsskriftforeningen.no)).



Denne utgaven av *Michael* utgis med støtte fra Fysiofondet, Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

© The Norwegian Medical Society 2021  
Po.box 1152 Sentrum  
N-0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2021



# Innhold

<i>Leder – Fysioterapi i dag – og i morgen</i> <i>Gro Jamtvedt</i> .....	151
<i>Oversiktsartikkel – Fysioterapeutyrkets oppkomst och könsomkodning 1800–1950</i> <i>Anders Ottosson</i> .....	160
<i>Kronikk – Legene og fysioterapitjenesten 1895–2020 – Samarbeid og rammevilkår</i> <i>Lisbeth Hårstad</i> .....	182
<i>Kronikk – Fra sykegymnast til fysioterapeut, fra medhjelper til profesjonsutøver</i> <i>Toril Bergerud Buene</i> .....	198
<i>Fra redaktørene – Medisin i stort</i> <i>Erlend Hem</i> .....	220
<i>Bokanmeldelse – I Anne-Lise Seips fotspor</i> <i>Steinar Westin</i> .....	221
<i>Bokmelding – Med respekt og balansekunst om helseforvaltninga</i> <i>Geir Sverre Braut</i> .....	223
<i>Bokanmeldelse – Nesten samfunnsmedisin</i> <i>Øivind Larsen</i> .....	227
<i>Bokanmeldelse – En usedvanlig god bok</i> <i>Christian Grimsgaard</i> .....	230

<i>Bokanmeldelse – Skarp analyse fra sykesengen</i> <i>Johan Georg Røstad Torgersen</i> . . . . .	232
<i>Bokanmeldelse – Fins det et humant brukergrensesnitt?</i> <i>Per Stensland</i> . . . . .	234
<i>Bokanmeldelse – Grunnbok om psykisk helse hos eldre</i> <i>Cecilie Bhandari Hartberg</i> . . . . .	236
<i>Bokanmeldelse – Praktbok om Dikemark</i> <i>Erlend Hem</i> . . . . .	238
<i>Bokanmeldelse – Fra begavet barn til spennende kunstner med mye alkohol</i> <i>Ingegerd Frøyshov Larsen</i> . . . . .	240
<i>Bokmelding – Engasjerande om framtidsmennesket</i> <i>Kristine Lillestøl</i> . . . . .	242
<i>Bokanmeldelse – Glimrende historiefortelling</i> <i>Per E. Børdahl</i> . . . . .	244
<i>Minneord – Jacob Birger Natvig</i> <i>Øivind Larsen, Erlend Hem, Magne Nylenna</i> . . . . .	246

## Fysioterapi i dag – og i morgen

*Michael 2021; 18: 151–9.*

*Fysioterapeuter har en sentral plass i alle deler av helsetjenesten og er en av «skal-tjenestene» i kommunene. De siste 25 årene har det vært en kraftig økning i forskningsaktiviteten i fysioterapi, noe som gir bedre kunnskapsgrunnlag for praksis og utdanningsvirksomhet. Ved de fire utdanningsinstitusjonene i Norge ble nye programplaner basert på ny forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning igangsatt høsten 2020. De nye programmene inneholder blant annet emner om teknologi og innovasjon og skal utdanne kandidater til fremtidens helsetjeneste. Det er etablert mange masterprogrammer for fysioterapeuter i Norge, og praksisfeltet driver kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid som bidrar til økt kvalitet i fagutøvelsen. Fremtidens fysioterapeuter må omstille seg for å bidra til bærekraft i helsetjenesten. Mer bruk av teknologi, mer forebyggende arbeid og støtte til pasienters mestringsevne vil blant annet prege fremtiden. Fysioterapeuter vil i økende grad møte kompetente pasienter og skal bidra til mer brukermedvirkning i utøvelse av faget.*

Fysioterapeuter er viktige aktører i dagens og fremtidens helsetjeneste. Ved markeringen av 125 år med fysioterapi i Norge har vi en spennende og viktig historie å se tilbake på, både nasjonalt og internasjonalt (1-4). Det som spesielt kjennetegner de siste 25 årene er en kraftig utvikling av forskningsaktiviteten og et stadig mer robust kunnskapsgrunnlag for fagutøvelsen. Nasjonale prosesser har gitt økt kvalitet og relevans i utdanningsløpene på både bachelor- og masternivå og praksisfeltet har jobbet kontinuerlig med forbedringsarbeid, blant annet gjennom etter- og videreutdanningsaktivitet.

Det er mer enn 17 000 autoriserte fysioterapeutene i Norge i 2021 (5). Fysioterapeuter er selvskrevne på alle nivåer i helsevesenet og en av «skal-tjenestene» i kommunehelsetjenesten. I økende grad jobber de også helse-



fremmede og sykdomsforebyggende ved helsestasjoner, i skolehelsetjenesten og i frisklivssentraler. Fysioterapeuter jobber i team rundt mennesker i alle aldre og med mange diagnoser, i habilitering- og rehabilitering, i psykisk helsevern, i geriatrike team og hverdagsrehabilitering og på intensivavdelinger med nyopererte pasienter. Innsatsen til de over 5 000 fysioterapeutene i landets kommuner er avgjørende for menneskers deltagelse i arbeid, dagligliv og i sportsaktiviteter (6). Antall fysioterapeutårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester økte i årene etter kommunehelse reformen trådte i kraft i 1985, men økningen har ikke vært fulgt opp de siste årene. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det var ca. 2 300 årsverk for fastlønnede og ca. 2 700 avtaleårsverk/årsverk med driftstilskudd for fysioterapeuter i Norge i 2020 (6). Stadig flere fysioterapeuter jobber imidlertid privat uten driftstilskudd og vises derved ikke i disse tallene.

## Utdanning

Utdanningskapasiteten for fysioterapeuter har vært stabil de siste årene. I 2020 ble 385 studieplasser i bachelorutdanning fysioterapi utlyst gjennom samordnet opptak fordelt på fire studiesteder i Norge (OsloMet, Høgskulen på Vestlandet, NTNU og Universitetet i Tromsø). Dette innebærer at nesten 400 nye fysioterapeuter uteksamineres til turnustjeneste årlig. I tillegg søker fysioterapeuter med utdanning fra utlandet autorisasjon. I 2020 var tallet som fikk innvilget dette, ca. 100, hvorav omtrent en tredel hadde sin grunnutdanning fra Danmark. Ved alle studiesteder i Norge har studentene høy inntakskvalitet, for eksempel et karaktersnitt fra videregående skole på 5,7 ved siste opptak på OsloMet. Det innebærer at fysioterapistudentene gjennomgående er skoleflinke, og det er et viktig utgangspunkt for gode utdanningsløp og kompetente kandidater.

Studiestedene tilbyr i tillegg til bachelorprogrammet i fysioterapi populære masterprogrammer, både tverrfaglige og fagspesifikke. Det finnes for eksempel fagspesifikke programmer for muskel-skjelett-helse, barn, eldre, manuell terapi, idrettsfysioterapi, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og klinisk fysioterapi. OsloMet, NTNU og Universitetet i Tromsø tilbyr PhD-program i helsevitenskap og Høgskulen på Vestlandet i «Helse, funksjon og deltaking» der fysioterapeuter er tydelige aktører med mange stipendiater.

*Struktur reformen* (2014–2015) har hatt betydning for å styrke forskningsbasert utdanning og bidrar til en ytterligere akademisering av fysioterapifaget i Norge (7). Reformen endret universitets- og høyskolesektoren og samlet ressursene på færre og sterkere institusjoner. Fysioterapiutdanningen i Tromsø var allerede lokalisert ved Universitetet i Tromsø, mens Høgskolen

i Sør-Trøndelag med tilhørende fysioterapiutdanningen ble integrert i NTNU. Høgskolen i Oslo og Akershus ble til OsloMet – storbyuniversitetet, og Høgskulen på Vestlandet arbeider for tiden med søknad om akkreditering som universitet. Målene for reformen henger sammen med utviklingen vi ser i fysioterapifaget; utdanning og forskning av høy kvalitet, forskningsbasert utdanning, robuste fagmiljøer og god tilgang til utdanning og kompetanse over hele landet.

En annen viktig milepæl i grunnutdanningene av fysioterapeuter de siste årene er innføringen av ny nasjonal retningslinje for bachelorutdanningene i fysioterapi høsten 2020 (8), samtidig med innføring av felles retningslinjer for alle helse- og sosialutdanninger i Norge (RETHOS) (9). Retningslinjen erstatter tidligere rammeplan i fysioterapi og endringen medførte også at de to studieretningene i henholdsvis mensendick og fysioterapi ved OsloMet ble slått sammen til et felles program i fysioterapi.

RETHOS-prosessene begrunnes med at de gamle rammeplanene var for statiske og ikke tok opp i seg endringer i kompetansebehovene i tjenestene, og at kandidatene i større grad måtte forberedes på arbeidsoppgavene og arbeidsmåtene i framtidens helse- og velferdstjenester. Fysioterapi-studenter formidlet også at de var overrasket over de store forskjeller mellom undervisningen ved ulike de norske fysioterapiutdanningene og ønsket en mer ensrettet utdanning (10).

Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning skal «sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres, har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon» (8). Forskriften understreker innledningsvis at «I tillegg til individrettet arbeid skal fysioterapeuter bidra på gruppe- og systemnivå for å fremme folkehelsen og samfunnets bærekraft».

Retningslinjen inneholder ca. 60 læringsutbytter som til sammen beskriver sluttkompetansen for fysioterapeuter når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (8). Landets fire utdanninger har på bakgrunn av retningslinjene utarbeidet egne programplaner som ble iverksatt ved studiestart høsten 2020. Programplanene har noe ulike profiler og faglige tyngdepunkt, men alle læringsutbyttene fra retningslinjene må oppfylles. Læringsutbyttene i den nye retningslinjen vektlegger fysioterapeuters kompetanse i vurdering, behandling og forståelse av muskel- og skjelettplager. Muskel- og skjelettplager, spesielt i korsrygg og nakke er den viktigste årsaken til helsetap i befolkningen (11). Sammen med psykiske lidelser utgjør disse diagnosene også de viktigste grunnene til sykefravær i Norge. Læringsutbytter knyttet til arbeidsinkludering og arbeid som helsefremmende tiltak, er derfor viktig kompetanse for fremtidige fysioterapeuter.

Flere nye områder er løftet inn i læringsutbyttene, blant annet emnene teknologi, innovasjon og entreprenørskap. I en kartlegging av tilstedeværelse og omfang av disse emnene kom fysioterapiprogrammene godt ut blant alle høyere helseutdanninger i Norge (12). Viktig er det også å merke seg at kandidatene skal ha tilegnet seg endringskompetanse, omstillingsevne og kommunikasjonsferdigheter, samt ha oppfylt flere læringsutbytter innen kunnskapsbasert praksis som er i tråd med kjernekompetansene anbefalt for helsepersonell fremkommet gjennom en bred internasjonal delhipro- sess (13).

## Forskning

Norsk Fysioterapeutforbunds (NFF) landsstyre vedtok i 1974 vedtektene for et etter- og videreutdanningsfond som skulle gi fysioterapeuter mulighet til å bruke midler til et fellesformål i form av kunnskapsutvikling og kompetanseheving. Etableringen av *Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet)* (14) i 1975 har hatt stor betydning for forskning i fysioterapi i Norge. Av de nærmere 250 doktorgradene som er tildelt fysioterapeuter i Norge, har omkring 1/3 har vært helt eller delvis finansiert derfra (15).

Forskningsaktiviteten har bygget viktig kompetanse opp til professornivå i fysioterapi og i dag har sannsynligvis oppimot 50 fysioterapeuter profes- sorkompetanse i Norge. De fleste av professorene har naturlig nok hoved- stilling i universitets- og høyskolesektoren, men det er stadig vanligere med kombinerte stillinger mellom akademia og helsetjenesten, spesielt innen spesialisthelsetjenesten.

I 2010 ble det etablert fire nye stipendkategorier i Fysiofondet; stipend til forskningsprosjekt, stipend til kvalitetssikringsprosjekt, stipend til for- midling og stipend til arbeid med prosjektbeskrivelse. Fondet bevilget videre i 2010 inntil 32 millioner kroner til forskningsprogrammet FYSIOPRIM for en femårs periode frem til juni 2015. Deler av programmet ble forlenget ut 2020. Denne tildelingen utløste en gaveforsterkning på over tre millioner kroner fra Norges Forskningsråd. Dette var første gang Fondet gjorde en strategisk satsning og utlyste midler til et større program øremerket primær- helsetjenesten. Fondet var på denne måten tidlig ute med en satsning som flere år senere blant annet er beskrevet i rapporten om kommunenes stra- tegiske forskningsorgan (16).

Helse- og omsorgsdepartementet publiserte nylig *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier* (17). Planen har som mål å doble antall kliniske studier i Norge innen 2025 og gjøre slike studier til en integrert del av all behand- ling. Kliniske studier kjennetegnes ved at de evaluerer effekt av tiltak og

slike studier genererer viktig kunnskapsgrunnlag i et handlingsrettet fag som fysioterapi. Fysioterapeuter iverksetter mange tiltak og gir råd både innen forebygging, behandling og rehabilitering/habilitering. Denne fagutøvelsen må forankres i relevante kliniske studier med utfallsmål som er viktige for pasientene.

I en artikkel i *Fysioterapeuten* i 2016 stiller kolleger fra Fysioforsk spørsmålet «virker fysioterapi?» (18). Studier som de blant annet henviser til, er basert på samarbeid mellom norske kirurger og fysioterapeuter og har avdekket at konservativ behandling administrert av fysioterapeuter i tverrfaglige team, kommer like godt eller endatil bedre ut enn kirurgi. Dette gjelder for eksempel behandling av degenerativ meniskskade (19), kroniske ryggsmertter (20) og rotator cuff-syndrom (21). Fysioterapi og tverrfaglig rehabilitering er effektive alternativer til kirurgisk behandling ved ryggsmertter. Dette fremheves både i Kloke valg-kampanjen «Mer er ikke bedre» (22) og i The Lancet-serien om «Low back pain» (23).

PEDro, Physiotherapy Evidence Database (24), er en internasjonal database over kliniske studier, systematiske oversikter og faglige retningslinjer i fysioterapi. Databasen er fritt tilgjengelig og utviklet og driftet av fysioterapeuter i Australia. PEDro dokumenterer en eksponentiell vekst i kliniske studier i fysioterapi. I januar 2021 fantes det hele 38 160 kliniske studier, ca 10 000 systematiske oversikter og nesten 700 kliniske retningslinjer i fysioterapi.

PEDro-redaksjonen har ved to anledninger invitert til en internasjonal avstemming over de 20 kliniske studiene i fysioterapi som har vært viktigst for pasientene og faget gjennom tidene. Listen med en presentasjon av de 20 studiene finnes på nettsiden til PEDro og ikke overraskende er to av studiene norske (25, 26). PEDro sier dette om listen «The PEDro Top 20 Trials are ground-breaking trials that changed the way people are treated for a variety of conditions seen by physiotherapists and other healthcare professionals. Some of these trials set the stage for breakthroughs, some represent a paradigm shift, and all of them mark important milestones in the evolution of physiotherapy treatment» (27).

Alle de 20 studiene er publisert i høyt renommerte tidsskrifter som *BMJ*, *The Lancet* og *JAMA*. Mer og mer ser vi at fysioterapeuter, i stedet for i fysioterapispesifikke tidsskrift, publiserer i generelle medisinske tidsskrifter og i tidsskrifter innen sine fagområder som pediatri, nevrologi eller folkehelse. Den beste forskningen er ofte gjennomført i tverrfaglige team og har interesse for flere enn fysioterapeuter

Fysioterapeuter samarbeider med andre helseprofesjoner i praksis og i forskning. Prosjekter ledet av fysioterapeuter i Norge som får tildelinger fra

for eksempel Fysiofondet, Forskningsrådet og Stiftelsen Dam, har oftest et tverrfaglig team bak, også oftere med teknologer, IT-folk og personer med kompetanse på kunstig intelligens. Forskningsmetodene er også i utvikling, og i økende grad bruker fysioterapeuter «mixed methods» der både kvalitative og kvantitative forskningsdesign benyttes sammen for å belyse problemstillinger. Flere fysioterapimiljøer har omfattende kompetanse i kvalitativ forskning og i meta-synteser.

## Fremtid

I *Perspektivmeldingen* 2021 beskriver regjeringen en demografiutfordring som vil sette velferdstjenestene under press fremover, med et økt behov for helsepersonell. Estimatene viser at så mange som én av tre må jobbe i helse og omsorg i 2060 (28). Kommunene spiller en avgjørende rolle i den norske velferdsstaten, og sammen med lege-, helsesykepleier-, sykepleie-, jordmor-, ergoterapi-, psykolog- og tannhelsetjenester er fysioterapi lovpålagte «skaltjenester» i kommunene. For å sikre arbeidsplasser og velferden i fremtiden må Norge og profesjonene omstille seg. Digitaliseringsprosesser bidrar til raske endringer, kortere liggetid i sykehus, hjemmesykehus og digital avstandsoppfølging endrer roller og arbeidsprosesser for mange. Også pasientenes roller er endret som følge av økt brukermedvirkning og økt kompetanse i befolkningen. Høyere utdanning, forskningsinstitusjonene, profesjonene og praksisfeltet må omstille seg.

Hvor står fysioterapeutene i dette bildet? Vil fysioterapeutene utnytte mulighetene som teknologi gir for eksempel innen opptrening og rehabilitering? Og klarer fysioterapeuter å vise at nettopp deres kompetanse er viktig for å møte demografiutfordringene, mestring og bærekraft i tjenestene? Befolkningen trenger effektive forebyggende tiltak, trening og økt mestring for å klare seg lenger i eget hjem. Det forutsetter mindre fokus på å «lete etter avvik» og «helbrede», men økt oppmerksomhet på å leve med og mestre liv med for eksempel kroniske helseplager, senskader etter kreft og smerter vi ikke alltid forstår årsaken til. Fysioterapeuter innehar kompetansen, og kommunene må i større grad etterspørre denne i sine stillingsutlysninger og prioriteringer.

Det er dessverre noe arbeidsledighet blant fysioterapeuter i dag. Ledigheten for nyutdannede var på 5 % i 2014. Undersøkelser viser også at flere jobber i «ikke direkte fysioterapirelaterte stillinger», for eksempel som personlige trenere (29). Dette kan bety at den reelle ledigheten faktisk er større. Med henblikk på helseplagene i befolkningen, lengre levetid og lengre levetid med kroniske sykdommer, er det gode grunner til å hevde at behovet for fysioterapitjenester er større fremover.

For å møte mangfoldet i befolkningen bør også flere fysioterapeuter med innvandrerbakgrunn inn i faget. Det er for eksempel få innvandrere blant avtalefysioterapeutene, og andelen har vært litt synkende over tid, fra 9,6 % i 2015 til 8,9 % i 2019 (6). Det er en utfordring for både praksis og utdanningssektoren å omstille seg, slik at flere unge med innvandrerbakgrunn søker seg til fysioterapifaget.

En fremtidig bærekraftig helsetjeneste forutsetter at pasienter i større grad selv medvirker til gode helsebeslutninger. Fremtidens fysioterapeuter møter oppdaterte og kunnskaprike pasienter og pasientene møter kompetente fysioterapeuter med gode kommunikasjonsferdigheter som inviterer til samvalg der dette er aktuelt. I en slik setting vil oftere fysioterapeuter tre ut av ekspertrollen og kanskje legge frem alternativer løsninger for pasientene. Både utdanningsinstitusjonene, fysioterapeutene og tjenestene for øvrig er i omstilling, men heldigvis er fysioterapeutene rustet for dette, og for fremtiden.

## Litteratur

1. Ottossen A. Fysioterapeutyrkets oppkomst och könsomkodning 1800-1950. *Michael* 2021; 18: 160-81.
2. Buene TB. Fra sykegymnast til fysioterapeut, fra medhjelper til profesjonsutøver. Glimt fra fysioterapeututdanningens historie i Norge. *Michael* 2021; 18: 198-219.
3. Hårstad L. Legene og fysioterapitjenesten 1895–2020 – Samarbeid og rammevilkår. *Michael* 2021; 18: 182-97.
4. Nicholls DA. Where history is concerned: an editorial for the special issue on physiotherapy history. *Physiotherapy Theory and Practice*. DOI: [10.1080/09593985.2021.1887065](https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1887065)
5. Helsepersonellregisteret. Om Helsepersonellregisteret (HPR) – Helsedirektoratet (22.03.2021)
6. Statistisk sentralbyrå. *Fysioterapeuters inntekter og kostnader*. Notater 2020/15. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/fysioterapeuters-inntekter-og-kostnader>
7. Stortingsmelding 18 (2014-2015). *Konsentrasjon for kvalitet – Strukturreform i universitets- og høyskolesektoren*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-2014-2015/id2402377/>
8. *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning*. *Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning* – Lovdata
9. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS)*. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) – regjeringen.no*
10. Fanebust B. Nye retningslinjer skaper usikkerhet. *Fysioterapeuten* 3. april 2020, <https://fysioterapeuten.no/studie-utdanning/nye-retningslinjer-skaper-usikkerhet/101283> (22.03.2021)

11. *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013*. Rapport 2016:1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016. <https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/>
12. Olsen EF, Henjum ED. *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglige høyere utdanning i Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f71d1eb9d55544b998c0d0ef2b964def/kpmg-rapport.pdf>
13. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Netw Open*. 2018 Jun 1;1(2):e180281. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0281
14. *Historiske fakta om Fysiofondet*. <https://fysiofondet.no/Om-Fysiofondet/Fysiofondets-historie> (22.03.2021)
15. *Oversikt over fysioterapeuter med doktorgrad*. <https://fysiofondet.no/Tildelinger/Oversikt-over-fysioterapeuter-med-doktorgrad> (22.03.2021)
16. *Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF). Sluttrapport til HelseOmsorg21-rådet*. Oslo: HelseOmsorg21, 2019. <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
17. *Nasjonal handlingsplan kliniske studier 2021-2025*. I-1206 B. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. [https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fbb062aeca50e272d/207035\\_kliniske\\_studier\\_k6\\_b.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fbb062aeca50e272d/207035_kliniske_studier_k6_b.pdf)
18. Bere T, Engebretsen KB, Grotle M et al. Fysioterapi virker! *Fysioterapeuten* 2016; 83: 32-3. <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-1-16/files/assets/basic-html/page-32.html>
19. Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S et al. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016; 354: i3740. doi: 10.1136/bmj.i3740. Rettelse: *BMJ* 2017; 356: j266. Rettelse: *BMJ* 2018; 363: k4893.
20. Hellum C, Johnsen LG, Storheim K et al. Norwegian Spine Study Group. Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. *BMJ* 2011; 342: d2786. doi: 10.1136/bmj.d2786.
21. Brox JI, Staff PH, Ljunggren AE et al Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). *BMJ* 1993; 307:899-903. doi: 10.1136/bmj.307.6909.899. Rettelse: *BMJ* 1993; 307:1269.
22. *Kloke valg*. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/fagmedisinske-anbefalinger/norsk-forening-for-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/> (22.03.2021)
23. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B et al. Low back pain: a call for action. *Lancet* 2018; 391: 2384-2388. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4.
24. The Physiotherapy Evidence Database, PEDro. <https://pedro.org.au/> (22.03.2021)
25. Bø K, Tålseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487-93.
26. Olsen OE, Myklebust G, Engebretsen L et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330:449-55.
27. PEDro. Top 20 trials. <https://pedro.org.au/english/learn/top-20-trials/> (23.03.2021)

28. Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>
29. Langeggen I, Helle M, Goksøyr KM et al. *Kandidatundersøkelsen masterutdanning 2020*. Fakultet for helsevitenskap, OsloMet. <https://ansatt.oslomet.no/documents/585743/142162695/Kandidatunders%C3%B8kelsen+2020+-+HV.pdf/231d82c5-c788-fa62-bd25-9f14708c60da?t=1607595973158> (22.03.2021)

*Gro Jamtvedt*  
*groj@oslomet.no*  
*Fakultet for helsevitenskap*  
*OsloMet – storbyuniversitetet*  
*Postboks 4, St. Olavs plass*  
*0130 Oslo*

*Gro Jamtvedt er fysioterapeut og dekan ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun er opptatt av utdannings- og helsepolitikk, og av gode kunnskapsgrunnlag. Hun har jobbet med kunnskapsoppsummering i mange år, blant annet som avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og Folkehelseinstituttet.*



# Fysioterapeutyrkets uppkomst och könsomkodning 1800–1950

*Michael 2021; 18: 160–81.*

*Fysioterapeuten fick sin första officiellt sanktionerade utbildning i och med att Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet grundades i Stockholm 1813. Vid starten kunde bara män antas. Kvinnor fick tillträde 1864. Efter avklarad examen blev studenterna vid institutet gymnastikdirektörer, vilket var en titel som gav formell kompetens både som gymnastiklärare och sjukgymnast. Snabbt vann sjukgymnastiken ett erkännande som ett vetenskapligt utarbetat "mekaniskt" läkemedel, vilket ofta ansågs var bättre än läkarens "kemiska" mediciner. Längre troddes sjukgymnastiken vara verksamt mot en uppsjö av olika kroniska och invärtes sjukdomar. Centralinstitutet alumni såg sig själva som revolutionärer på läkekonstens område och ett framträdande drag i deras professionella identitet var att resa utomlands i syfte att sprida den nya vetenskapen. Sjukgymnasternas ambition var att hela läkarvetenskapen skulle orientera sig mot sjukgymnastiken och blir mindre "kemisk". Framgångarna var enorma. Läkare som lekmän använde sjukgymnastik på en mycket bred internationell front. Runt 1850 började dock konflikter uppstå mellan sjukgymnaster och läkare om vem som bestämde på den mekaniska medicinens område. Efter en mycket långdragen och högljudd konflikt förlorade sjukgymnasterna och yrkesgruppen blev tydligare underställd läkarprofessionen. Detta sammanföll också med att sjukgymnasterna helt bytte kön. Män slutade med att vilja bli sjukgymnaster och det finns också många exempel på hur de bokstavligen utestängdes från yrket. Manliga sjukgymnaster var inte längre önskvärda.*

Många fysioterapeuter vet kanske att deras yrke är den tredje största sjukvårdprofessionen inom hälso- och sjukvårdsapparaten. Bara läkare och sjuksköterskor är fler till antalet. Fysioterapeuternas internationella paraplyorganisation – *World Physiotherapy* – räknar in 125 medlemsorganisationer, vilka i sin tur representerar 660 000 fysioterapeuter. Mindre känt är dock

att fysioterapeutens professionella identitet uppstod i Sverige i början på 1800-talet. Att behandla sjuka med rörelser och massage har man först gjort sedan tidernas begynnelse, men det är där och då fysioterapeuterna får sin första utbildning som gav dem formell kompetens att behandla sjuka med rörelser och manuella metoder. Av det skälet kan fysioterapeutyrket faktiskt betraktas som en av Sveriges absolut största kulturexporter genom tiderna. Fast på 1800-talet kallades fysioterapi för sjukgymnastik, och fram till 2013 var det officiella namnet på det svenska fackförbundet Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. I Norge skedde motsvarande namnbyte på 1950-talet, då sygegymnastik blev fysioterapi (1, 2).

Än mer bortglömt är nog att sjukgymnastiken under stora delar av 1800-talet också sågs som ett vetenskapligt baserat läkemedel, vilket sanktionerades av den svenska staten. Sjukgymnastik antogs också kunna bota det mesta av vad samtidens sjukdomspanorama hade att visa upp. Mängder av kroniska och invärtes sjukdomar kunde angripas, inklusive ortopediska diagnoser som skolioser och klumpfot. Men det var inte bara sjukgymnaster som trodde på medlets höga kurerande potential. Det gjorde även många läkare, och i synnerhet ortopeder. Det var först kring sekelskiftet 1900 som sjukgymnastiken blev mindre radikal och mer fokuserad på rehabilitering, något som också sammanföll med att ortopedin började bli allt mer profilerad mot kirurgi (3–6).

Ytterligare något som är tämligen obekant idag är att sjukgymnastyrket är *feminiserat*. Det var nämligen ett helt mansdominerat yrke från början. Under stora delar av 1800-talet var sjukgymnaster i Sverige synonyma med adliga eller högborgerliga män, vilka i regel också var officerare i svenska armén. De första sjukgymnasterna hade alla fått sin utbildning vid Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet (Centralinstitutet, idag Gymnastik- och idrottshögskolan) i Stockholm, en utbildningsanstalt som 1813 grundats av poeten och fäktmästaren Pehr Henrik Ling (1776–1839), ofta refererad till som ”den svenska gymnastikens fader” (figur 1). Ling blev även Centralinstitutets första föreståndare och professor. Institutet öppnades för kvinnliga elever 1864, men fram till sekelskiftet 1900 var manliga sjukgymnaster i majoritet (figur 2). Därefter blir dock kvinnor snabbt helt dominerande med följderna att yrkets språkliga genus också ändrades. En sjukgymnast började benämnas som en hon, inte en han (3, 7). Hur kommer det sig att sjukgymnastyrket bildades och att det senare bytte kön?

## Det stora behovet av gymnastiklärare

Sjukgymnastyrkets uppkomst, institutionalisering, och stora spridning var beroende av en rad faktorer som på ett komplicerat vis grep in i varandra.



*Figur 1: Pehr Henrik Ling (1776–1829) är känd som den ”svenska gymnastikens fader”. Innan Lings internationella karriär som gymnast tog fart hade han studerat vid Lunds och Köpenhamns universitet. Det var när Ling fäktades hos den danske gymnasten Franz Nachtegall (1777–1847) som han lär ha kommit till insikt om rörelsers belande förmågor. Ling led av gikt och fäktningen gjorde honom bättre. 1804 fick han tjänst som fäktmästare vid Lunds universitet där han var verksam tills Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet grundades 1813. I Stockholm fungerade han också som fäktmästare vid Karlbergs krigshögskola och något senare också vid Mariebergs högre artilleriläroverk. Ling var som poet en förgrundsfigur på den litterära nationalromantiska scenen. 1835 invaldes han i den Svenska Akademien. Bildkälla: Gymnastik- och idrotthögskolans bibliotek, Stockholm.*

Yrket måste ses som sprunget ur flera samhälleliga behov kopplade till både tidsanda och fortgående samhällsförändringar. En viktig pusselbit hittas i den omedelbara orsaken till att Centralinstitutet grundades 1813. Vid den tidpunkten fanns det runt om i Europa ett stort upplevt behov av fysisk fostran, som i mycket kan spåras till Napoleonkrigen. Många länder hade då lidit svåra nederlag med följderna att revanschism och nationalromantik frodades. En förklaring till den dåliga krigslyckan som vann politiskt gehör, var att den orsakats av att de egna folken hade vansläktats. I synnerhet männen hade blivit klena. Uppfostring och *fysisk fostran* blev därför honnörsord i samhällsdebatten. Det behövdes gymnastiklärare och en rad olika gymnastiksystem växte fram med anspråk på att kunna lösa svaghetsproblemet på bästa sätt (8, 9).

Sverige var inte direkt inblandat i de kontinentala krigen, men även den svenska armén hade visats sig vara oduglig. Den hade inte kunnat hindra att landets östra rikshalva, Finland, tillfallit ärkefienden Ryssland i 1809. Förnedringen var stor och orsaken till förlusten ansågs vara densamma som på kontinenten: en fortgående förklening. Detta gav Ling möjlighet att få gehör för vikten av en högskola som kunde utbilda gymnastiklärare kapabla att ge ny råg i ryggen till folket. Vid Centralinstitutet introducerade Ling sitt eget gymnastiksystem, den så kallade *linggymnastiken*. Försvaret såg positivt på projektet och började snart att kommendera officerare till den nya skolan, med följderna att institutets studenter länge nästan uteslutande var militärer (8, 10. (figur 3).

Behovet av mer fysisk fostran kunde dock motiveras av andra skäl än krig och försvar, vilket gjorde att Centralinstitutet uppnådde ett brett politiskt stöd. I en vidare historisk kontext kunde såväl progressiva som konservativa krafter se nyttigheter i Lings gymnastik, vilka sammantagna assisterade i att göra Centralinstitutet till en självklar och viktig samhällsinstitution. Institutet kunde dels möta de nya krav som ställdes på samhällsmedborgarna, dels motverka det mångskiftande sönderfall som följde i spåren på det moderna samhällets framväxt. Nya generationers unga män riskerade att förtvina än mer, antingen under "mångläseriets" vedermödor i skolbänken eller på grund av den onaturliga miljö och monotona arbete som städer respektive fabriker tillhandahöll (3, 8, 10). Motmedlet blev linggymnastik.

### **Högskola med ett mycket stort ansvarsområde**

Vid Centralinstitutet undervisades förstås eleverna i Lings gymnastiksystem. Hans system hade dock en egenhet som skilde ut det från andra europeiska gymnastiksystem, och som gjorde att också sjukgymnaster började utbildas

vid institutet. Lings system lade mer vikt på hanteringen av sjuka kroppar än andra system, vilket framträder tydligt i dess olika grenar. Det var indelat i pedagogisk gymnastik (skolgymnastik eller friskgymnastik), militär-gymnastik (mest fäktning), sjukgymnastik (medikal gymnastik) och estetisk gymnastik.

Det var emellertid bara de tre förstnämnda som blev egna undervisningsämnen på Centralinstitutet. Utbildningen blev med tiden organiserad på tre avdelningar, en för varje aktiv gren i systemet. Redan hos Ling var dock uppfattningen mycket stark att alla tre gymnastikgrenar hörde ihop, vilket medförde att alla studenter fick utbildning i samtliga gymnastikgrenar. Systemet betraktades som en odelbar storhet – en organism. En examen från Centralinstitutet gav därför studenterna en tredelad yrkeskompetens som riktade sig både mot både den civila och den militära sektorn, där hanteringen av sjuka och friska kroppar utgjorde två sidor av samma professionella kompetens. Gymnastikläraren, militärgymnasten och sjukgymnasten var en och samma person (7, 8). Man kallade sig gymnastiklärare när man drillade soldater eller skolbarn, och sjukgymnast vid behandling av sjuka.

Denna kompetens blev 1887 formaliserad under titeln *gymnastikdirektör*. Titeln hade dock använts långt tidigare och syftade inte, som man lätt kan tro, på en person som dirigerade elever i en gymnastiksal. Det är en sentida språklig överföring. Från början var istället ”direktören” en sjukgymnast som ägde ett privat institut där den viktigast verksamheten utgjordes av patientbehandlingar (3, s. 23). Som gymnastikdirektör fick man rätten att ansöka om legitimation hos medicinalstyrelsen. GCI:s kvinnliga elever blev också gymnastikdirektörer men då den militära sektorn var stängd för kvinnor fick de följaktligen inte lära sig militärgymnastik. Männen direktörsutbildning blev därför tre år och kvinnornas två. Det fanns också en skillnad i den ”civila” kompetensen. Kvinnliga gymnastikdirektörer fick länge inte undervisa på de allmänna högre läroverken. Ett skäl till detta var att det ansågs problematiskt att kvinnor undervisade unga män i skolgymnastik (3, 8). Vad gäller den ”sjuka” kroppen fanns dock inga formella skillnader. De kvinnliga sjukgymnasternas legitimation gav dem samma rättigheter som männen.

### **Sjukgymnastik som vetenskap och radikalt mekaniskt läkemedel**

En annan egenhet som skiljde ut Lings gymnastiksystem från andra system var att det ansågs vara baserat på naturvetenskap (5-7). Inget annat gymnastiksystem fick ett sådant erkännande under 1800-talet. Enligt Centralinstitutets första reglemente måste dess föreståndare (Ling) ”ega en full-

komlig och på Mechaniska, Osteologiska samt Myologiska grunder byggd kunskap i Gymnastiken” (11, s. 25). Eleverna undervisades också i anatomi (inklusive dissektioner), fysiologi, patologi och så kallad rörelselära (figur 4). Viktigt att ha klart för sig är dock att det var sjukgymnastiken som bar upp resten av systemets vetenskapliga anspråk. Ling ansåg också att det var sjukgymnastiken som var mest central för hans system. Det var den som ordnade ”lagarna för all mänsklig rörelse”. Utan sin sjukgymnastiska rot ”sakna[de] den pedagogiska gymnastiken sin korrektiva natur” och den hade då ”föga värde, och ingen sammanhållning” (13).

Ovanstående blir kanske extra intressant mot bakgrund av att internationell historisk forskning ägnat betydligt mer uppmärksamhet åt Lings skolgymnastik än hans sjukgymnastik. Att särskilt idrotts- och utbildningshistoriker intresserat sig för Lings skolgymnastik är inte märkligt i sig. Den har som sjukgymnastiken också gjort enorma avtryck utomlands. Många, många miljoner barn har exponerats för ”Ling” under sin uppväxt. Från mitten av 1800-talet infördes hans gymnastik på bred front i skolor runt om i världen, ett fenomen som förstas väckt stor historisk nyfikenhet och som idag är väl undersökt (14–17). Vad denna forskning inte lyckats få grepp om är att spridningen av Lings skolgymnastik länge var helt beroende av sjukgymnastiken. Utan sjukgymnastiken hade förmodligen Lings skolgymnastik inte kunnat spridas särskilt långt utanför Sveriges gränser, åtminstone inte på ett så varaktigt vis. Faktum är att även medicinhistoriker missat Centralinstitutets och sjukgymnastikens stora roll under 1800. Det finns faktisk fler studier som uppmärksammar läkares stora intresse för Lings skolgymnastik än deras ännu större intresse för hans sjukgymnastik (17–20).

Varför var sjukgymnastiken så betydelsefull för Ling? För att göra en lång historia kort måste man beakta att Ling inte bara såg sig som en nydanare på skol- och militärgymnastikens område. Han betraktade sig även som en revolutionär på läkekonstens område. Med Lings ord var läkarvetenskapen alltför ensidigt fokuserad på ”Chemiatrie”, vilket skapade en obalans i kroppen. Här vilade Lings kritik ytterst på hans så kallade *harmonilära*, som idag nog skulle uppfattas som tämligen modern.

Enligt Ling bestod kroppen av tre så kallade grundformer: *Kemi*, *Mekanik* och *Dynamik*. Varje grundform hade sin representation i organiska funktioner, och samtliga kunde manipuleras eller påverkas, antingen av omständigheter eller genom aktiva ingripanden. Den *kemiska* grundformen lydde under födoämnen och läkemedel medan den *mekaniska* påverkades av kroppens ställningar och rörelser. Vad gäller den dynamiska grundformen var Ling inte lika tydlig, men klart är att han syftade på den andliga och



*Figur 2: Sjukgymnastik för herrar 1896. Bildkälla: Gymnastik- och idrotts högskolans bibliotek, Stockholm.*

intellektuella miljöns beskaffenhet. Figur 5 visar hur en fullt harmonisk människa såg ut. I idealtillståndet är de tre grundformerna lika stora, vilket gör att A (livskraften) kan flöda ohämmad. Blev det för mycket eller för lite av en grundform uppstod disharmoni i kroppen, och sjukdom följde. För att bli frisk igen gällde det således att korrigera den grundform som orsakat balansrubningen (3, 5, 7).

Överför vi tankegodset bakom denna modell på läkarvetenskapen så menade Ling att denna bidrog till att skapa disharmoni. Annorlunda uttryckt var även läkarvetenskapen felbalanserad. Den ignorerade eller var okunnig i den mekaniska grundformens betydelse för hälsan. Om vi för resonemangets skull bortser från den dynamiska grundformen ansåg Ling att mekaniskt utbildade läkare ofta förvärrade sjukdomar. De förstod ju inte att sjukdomens orsak ofta kunde ligga i en brist på mekanik och därför

inte heller i för mycket kemi. I klinisk praxis innebar detta att läkaren inte bara satte fel diagnos utan att han också rekommenderade fel läkemedel, men följderna att patienten blev än mer felbalanserad (sjukare). En läkare rekommenderade mer kemi när det istället var mer mekanik som behövdes för att återställa balansrubningen (3).

Läkarvetenskapen måste med andra ord bli mycket mer mekaniskt orienterad vad gällde att förstå och behandla sjukdomar. Ling såg Centralinstitutet och dess elever som instrumenten som skulle göra detta möjligt. Det utvecklades också en mycket stark revolutionärt ethos hos institutets alumni. De ansåg att de hade skyldighet att föra ut Lings system till andra länder. Att emigrera blev därmed en del av deras professionell identitet. "Missionen" gällde både skolgymnastiken och sjukgymnastiken men det var tveklöst den sistnämnda som var drivande, det vill säga att läkarvetenskapen skulle konverteras i mekanisk riktning. Den var ju lika okunnig överallt! Styrkta i sin övertygelse om sjukgymnastikens kurerande förmågor och vetenskaplighet, reste GCI-eleverna ut i världen för att sprida "ljuset". Från 1830-talet och framåt upprättades sjukgymnastiska kliniker i många av Europas storstäder och vid olika kända bad- och kurorter. Snart ledade de sig även vidare till andra världsdelar (4-6, 21-24).

Vid det laget hade dock Ling lämnat ifrån sig föreståndarskapet till sin efterträdare, professor Lars Gabriel Branting (1799–1881), som var den som verkligen drillade studenterna i sjukgymnastikens vetenskapliga överlägsenhet. Branting var ytterst påläst om senaste nytt inom vetenskapen och hävdade gärna att samtidens stora genombrott inom exempelvis cellbiologi och nervfysiologi bevisade varför Lings sjukgymnastik kunde bota så många sjukdomar. Branting sades ha 2000 olika rörelser och manipulationer i sin mekaniska behandlingsarsenal vars specifika fysiologiska effekter var bevisade. Han hävdade till och med att han med exakthet kunde rikta "rörelseverkan" mot enskilda organ, ex. lever, hjärta, lungor, etc. (3, 5). Det skrevs också ut mängder med sjukgymnastiska "rörelse-recept" (figur 6).

### **Varför blev sjukgymnastiken internationellt spridd och erkänd som en vetenskap?**

Sjukgymnasternas stora genomslagskraft kan dock inte förklaras med att de hävdade att läkarvetenskapen var okunnig i mekanisk medicin. Det konstaterandet räcker inte heller långt för att begripliggöra sjukgymnastikens vetenskapliga erkännande eller varför läkare också började begagna medlet. Att åberopa den senaste vetenskapliga forskningsfronten, som Branting gjorde, räcker inte heller som förklaring. Betydligt mer måste till för att

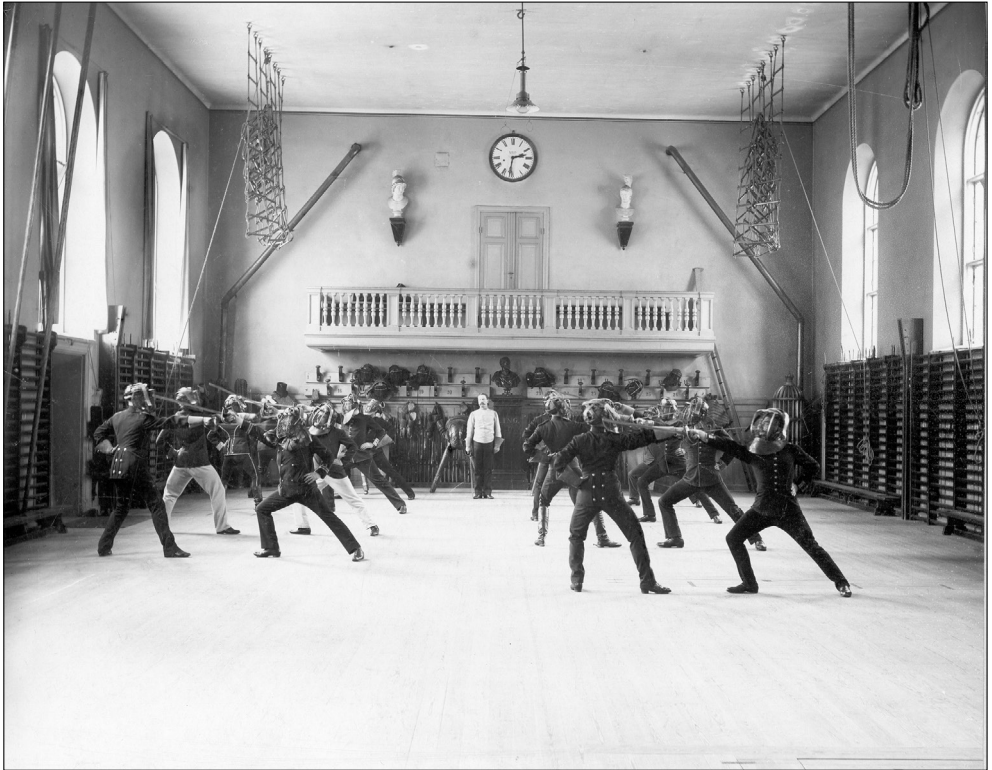


”kunna övertyga” andra om sanningshalten i sådana utsagor. Men hur kunde sjukgymnasterna få sådant stort gehör?

En viktig bidragande anledning till att Ling och sjukgymnasterna kunde få sådant gensvar var att den låg mycket väl i tiden. Under hela 1800-talet, men särskilt under den första halvan, ifrågasattes läkarvetenskapens metoder hårt, och i synnerhet dess förskrivningar av mediciner. Läkarnas preparat fick rykte om sig att vara giftiga, överdoserade och onaturliga. I varierande grad återfanns också denna skepsis inom läkarprofessionen. Av det skälet uppstod ett stort sug efter mer ”naturliga” behandlingsmetoder, där även läkare letade efter andra alternativ. Och det gjorde självklart också patienterna. Läger vi till det att medicinsk behandling vid den här tiden de facto var ganska impotent, förstår man att sjukgymnastiken måste ha framstått som ett lockande alternativ (25, 26). Det var ju inte förrän på 1900-talet som farmakologin verkligen började kunna bota sjukdomar.

Ytterligare en faktor som styrkte Lings sjukgymnastik som ett potent vetenskapligt läkemedel var Centralinstitutets statliga erkännande. Det var inte bara Lings, Brantings och sjukgymnasterna egna försäkringar om saken som garanterade sjukgymnastikens höga vetenskapliga kvalitet och kurerande förmågor. Ett helt lands regering stod bakom dem! Det gav oerhörd institutionell tyngd och legitimitet åt sjukgymnastiken. ”Reklamvärdet” var enormt och inte minst de emigrerande sjukgymnasterna marknadsförde flitigt att de hade en statlig utbildning. Några sjukgymnaster förärades till och med professorstitlar av svenska staten. Här får man inte heller glömma bort betydelsen av den unika socio-kulturella profilen på Centralinstitutets sjukgymnaster. I egenskap av officerare tillhörde de samhällets yppersta skikt, och initialt stod de ofta över läkaren på de sociala stegen. Som representanter för en samhällselit hade de ovanligt goda möjligheter att göra sig till talesmän för ett nytt vetenskapligt baserat läkemedel. Det fanns till och med grevar och baroner som var sjukgymnaster (3, 7).

Bakom sjukgymnastiken stora spridning och erkännande fanns dessutom en rent materiell komponent, vilken inte får underskattas. Under 1800-talet var det svårt att försörja sig som gymnastiklärare. Utbildningssystemen var fortfarande outvecklade och dåligt finansierade. Lönerna var i regel låga och antalet tjänster dessutom få. Men för att kunna missionera utomlands behövdes ändå resurser, och i det avseendet erbjöd sjukgymnastiken en kompensation. Det gick ofta alldeles utmärkt att försörja sig som sjukgymnast på den privata marknaden. Med andra ord var det patientavgifter som blev det finansiella medel som gjorde det möjligt för Lings skolgymnastik att sprida sig långt utanför Sverige. För att kunna predika om vikten av Lings skolgymnastik krävdes först en framgångsrik sjukgymnastisk klinik. Annorlunda



*Figur 3: Lektion i Kungliga Gymnastiska Centralinstitutets fäksal ca 1876. Gipsbyster av Alexander den store och Achilles överser aktiviteten. Bronsbyst av Ling i mitten, under balustraden. Ryktet om Lings stora skicklighet som fäktare var mycket spritt. Det sades till och med att han, strax innan han gick bort, reste sig från sjukbädden och läxade upp landets bästa fäktare, och då med skarpa vapen och "blottat skjortbröst". Bildkälla: Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm.*

uttryckt var den friska kroppens träning helt beroende av den sjuka kroppens behandling. Detta gällde även för Centralinstitutets kvinnliga gymnastikdirektörer, som började bli allt fler i slutet på 1800-talet. Gymnastikläraryrket var mindre lönsamt för dem. Möjligheten att öppna en egen sjukgymnastisk praktik och att resa utomlands gjorde Centralinstitutets utbildning till en av de mest eftertraktade bland unga kvinnor (figur 4). Att bli antagen var mycket svårt, vilket bidrog till att den socio-kulturella bakgrunden på GCI:s kvinnliga elever nästan matchade den som deras manliga kollegor hade (27).

Faktum är sjukgymnastikens finansiella företrädare länge var lika viktigt för Centralinstitutet i egenskap av statlig institution, vilket förstås ger en extra förklaringsdimension till sjukgymnastikens starka ställning. I början var det nämligen ekonomiskt omöjligt att på nationell nivå, eller ens i Stockholm, att genomföra Centralinstitutets storslagna folkfostrande uppdrag. Statsanslagen var små och följaktligen krävdes det extrainkomster för att få hjulen att snurra. Det innebar att Centralinstitutet länge var helt beroende av patientavgifterna det fick in från sin stora sjukgymnastiska poliklinik, där studenterna även fick praktiska skolning. Denna poliklinik hade också Sveriges förmodligen mest societetsbemängda patientklientel och pengarna rullade in därefter. Det skulle dröja in på 1840-talet innan Centralinstitutets statsanslag kom i paritet med vad institutet drog in via patientbehandlingar (3).

Sjukgymnastiken hamnade därför också mitt i en slags kommersiell karusell som inte hade någon nödbroms. Ju mer man försökte att genomföra det folkfostrande uppdraget desto mer kostade det, vilket krävde mer patientavgifter och så vidare. GCI:s ekonomiska beroende av sjukgymnastiken skulle avta i takt med att den svenska staten började knyta sina funktioner närmare till sig. Under andra halvan av 1800-talet ökades anslagen rejält och institutets reglemente anpassades i omgångar efter en allt mer komplex statsapparat. Fram till dess fick dock sjukgymnastiken träda in som motor för hela projektet med fysiska fostran och kunde därför inte saktas ned – bara trimmas upp. Av det skälet behövde sjukgymnastiken nog också vara mer vetenskaplig än de andra grenarna i Lings system, allt för att inte kunderna skulle tappa intresset. Strålglansen måste regelbundet putsas upp så att den egna positionen inte skulle undergrävas ekonomiskt. Det gällde att på militäriskt vis avancera framåt och erövra eller hitta nya områden (sjukdomar) att muta in för den mekaniska medicinens räkning. Centralinstitutets beroende av en expansiv sjukgymnastisk verksamhet måste därför förr eller senare hamna i konflikt med en annan grupp i samhället – läkarna – vars professionaliseringssträvanden, i likhet med gymnasternas, börjat ta sig allt tydligare former i mitten av 1800-talet (3, 7).

### **Inter-professionella konflikter**

Framgångarna för de första sjukgymnasterna var således mycket stora. GCI uppnådde ett världsrykte, och blev till en självklar referenspunkt för alla som arbetade med ”mekanisk medicin”, läkare som lekmän. Att Lings sjukgymnastik marknadsfördes som ett helt naturligt läkemedel bidrog mycket till framgången. Den stora spridningen underlättades inte minst också av att såväl läkare som lekmän åkte på studieresor till GCI eller andra mer

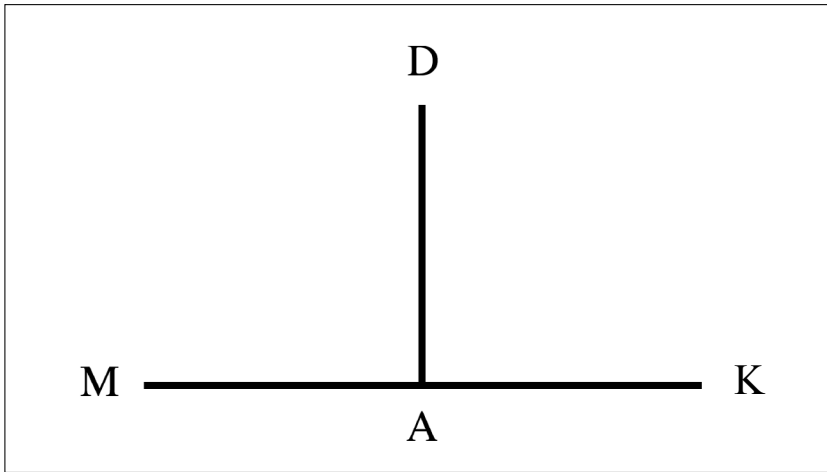
välrenommerade sjukgymnastiska kliniker. De ville ta till sig av senaste nytt om vad den sjukgymnastiska vetenskapen hade att erbjuda. När dessa sedan reste hem igen och öppnade egna kliniker uppstod omfattande ringar-på-vattnet effekter. Värt att tänka på här är att även läkare var helt beroende av patientavgifter för sin försörjning, och att inte ”hänga på” den senaste trenden blev därmed extra svårt också för läkare. Ling blev en fadersfigur föra alla som sysslade med mekaniska metoder, och det var inte förrän på 1870-talet som läkarna fick en egen guru som kunde konkurrera med Ling i vetenskaplig status på den mekaniska medicinens område. Den läkaren var nederländaren Johan Metzger (1839–1909), som fick epitetet den ”vetenskapliga massagens fader”. Metzgers massage blev också en världssuccé, och skulle snabbt blandas upp med Lings sjukgymnastik. I särskilt Nordamerika är ex. ”Swedish massage” fortfarande ett välkänt begrepp, trots att Ling aldrig använde sig av ordet massage för sina många massageliknande tekniker (28, 29). Vad som är ”svenskt” respektive ”nederländskt” i ”svenska massagen” torde därför vara omöjligt att avgöra.

Succén hade dock en baksida. Efter längre tids fredlig samexistens började nämligen sjukgymnasterna att komma i konflikt med läkare om vilka som var bäst skickade att diagnosticera och kurera sjukdomar med sjukgymnastik. Detta började ske runt 1850 och båda sidor ansåg att de hade rätten på sin sida. I Sverige, men också utomlands, var det främst ortopederna som hade störst problem med sjukgymnasterna, symtomatiskt nog för att de var mest ”lika” sjukgymnasterna vad gäller behandlingsmetoder. Centralinstitutet hamnade också och i spänt förhållande till Karolinska Institutet i Stockholm, som parentetiskt senare också försökte att göra sjukgymnastik till ett eget ämne på läkarutbildningen (låt vara i något mindre radikal form än den Branting hade förespråkat) (30). Grundproblemet var att Karolinska institutet ogillade att Centralinstitutet och dess sjukgymnaster agerade helt självständigt, och med så höga vetenskapliga anspråk. Centralinstitutet hade samma åsikt fast, med omvända förtecken, och särskilt under Brantings föreståndarskap var fiendskapen stor. Extra missnöjd var Branting med att ortopederna hade börjat använda Ling’s sjukgymnastik mot kroniska och invärtes sjukdomar. Eftersom ortopederna inte hade någon formell utbildning från Centralinstitutet hävdade Branting att ortopederna olagligt hade inkräktat på Centralinstitutets statliga utbildningsmonopol. Han kallade dem till och med för kvacksalvare, i den juridiska meningen av ordet (3, 31). Under en period fanns det faktiskt också en statlig förordning som sade att läkare måste ha betyg från Centralinstitutet för att kunna öppna en sjukgymnastklinik (32).



*Figur 4: Anatomi med den kvinnliga direktörskursen 1891–1893 där gymnastikläkaren Robert Murray leder undervisningen. Murray var professor vid den sjukgymnastiska avdelningen. Denna årskull studenter är särskilt intressant då den så väl fångar in det självklara i att flytta utomlands efter examen. Kursens deltagare har lämnat efter sig en unik brevsamling, en vandringsbok, som hölls vid liv under hela 50 år. Av breven framgår att de flesta flyttar utomlands och öppnar kliniker. Bildkälla: Gymnastik- och idrotts-högskolans bibliotek. Se även: Halldén, Olle, Vandringsboken. En 50-årig brevkorrespondens mellan kvinnliga gymnastikdirektörer examinerade 1893, Stockholm: HLS förlag, 1996.*

Följaktligen var det inte någon enkel sak för de stridande parterna att komma fram till en acceptabel lösning. Varken förr eller senare har den svenska läkarkåren ställts inför en starkare motståndare. Aldrig har heller kampen om tolkningsföreträdet inom det medicinska fältet förts med en sådan frenesi och med så vassa armbågar. Från början var det till och med Centralinstitutet som var mest aggressivt, vilket visar hur jämt styrkeförhållandet var vid konfliktens början. Centralinstitutet var den första stora auktoriteten på mekanisk medicin, och det trots att det inte sorterade under en medicinsk fakulteten. Frågan är om inte Brantings agerande mot Sveriges första ortoped – läkarna Nils Åkerman och Herman Säterberg –



*Figur 5: Modell som illustrerar Lings "harmonilära". Den återfinns i hans *Gymnastikens allmänna grunder*, 1834/1840. M = mekanik, D = Dynamik och K = Kemi. När vektorerna var lika långa var kroppen i sitt idealtillstånd. Modellen var retoriskt mycket tacksam för den kunde appliceras på allt från individer till hela nationer, inklusive läkarutbildningen. Den gav Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet en mycket betydelsefull "balanserande" funktion.*

överträffar det mesta av vad medicinshistorien kan visa upp gällande professionellt (elakt) maktspråk. Branting var på vippet att helt lyckas diskvalificera ortopedi som vetenskaplig behandlingsmetod (3, 31).

Att kritisera Centralinstitutet var således inte enkelt. Det hade satt Sveriges namn på världskartan och betraktades som en nationalklenod. Linggymnastiken hade därför en given plats i de svenska montrarna på Världsutställningarna, som var de störta internationella skyltfönstren för nationell konst, kultur och industri. Striden blev naturligtvis extra svår att avgöra eftersom båda sidor slogs med samma vapen – den statliga sanktionen och ett vetenskapligt erkännande. Från respektive håll försökte man aktivt att vinna genom att utmåla den andra sidan som ovetenskaplig, vilket inte minst Branting gjorde avseende ortopedin. Kort sagt försökte man underminera den vetenskaplighet auktoriteten hos motståndaren för att på så vis främja den egna sidans professionella intressen. I takt med att läkarvetenskapen styrka steg blev emellertid underläget allt större för Centralinstitutet och sjukgymnasterna. Något som då identifierades som ett särskilt stort problem var sjukgymnasternas statliga skydd, det vill säga deras legitimation. En av Centralinstitutets argaste fiender, den i samtiden interna-

tionellt kände massage-läkaren Emil Kleen (1847–1923), fångade in problemet med ”gymnastikdirektörernas” statliga beskydd på följande pregnant sätt. Året är 1910 och ”sjukgymnastfrågan” och dess lösning debatteras i Stockholms Läkareförening:

*Striden mellan läkarne och dessa fjerdedelsutbildade och af myndigheter genom diplom och titlar starkt gynnande kvacksalvare har också ständigt pågått. Men detta krig är en fred i jämförelse med den fejd, som skall uppstå, så snart den svenska läkarekåren – hvilket måste ske – erhåller utbildning i mechanothepi [ett annat namn för sjukgymnastik]. Detta blivande krig kan blott sluta på ett enda sätt, d.v.s. genom gymnastikdirektörernas avskaffande (33).*

Efter en drygt 80-årig kamp avgick dock läkarna (läs: Karolinska institutet) till slut med segern. Sjukgymnasterna kunde hjälpligt kuvas och ställas under läkares kontroll. Deras tidigare autonoma position beskas kraftigt. Konflikter av detta slag fanns som sagt också utomlands men där började de ebba ut redan runt 1900. I Sverige tog det bara längre tid. Upplösningen fick också ett betydligt mer dramatiskt uttryck.

### **Från ett manligt yrke till ett kvinnligt**

Det är denna professionella konflikt, och i den slutgiltiga underordning av sjukgymnasterna, som vi också finner svaret på varför yrket helt ändrade genus – från manligt till kvinnligt (figur 7). Att allt fler kvinnor sökte sig till Centralinstitutet bidrog förstås till en snabb feminisering av yrket, men det var inte det som ytterst var styrande för processen. Istället var det den ihållande maktkampen med läkarna som var avgörande, och den hade initierats långt innan kvinnor fick tillträde till yrket. Även om Centralinstitutets kvinnliga sjukgymnaster också kunde bli utsatta för kritik för att de agerade alltför autonomt, var det i synnerhet de manliga sjukgymnasterna som läkarna såg som mest problematiska. Och anledningen till det var att männen, just i egenskap av män, hade lättare än kvinnor att hävda vetenskapligt tolkningsföreträde. Vetenskap var en väldigt manligt kodad företeelse långt in på 1900-talet. De manliga sjukgymnasterna hade därför också betydligt svårare att acceptera att läkare skulle kontrollera deras verksamhet, i synnerhet om dessa inte hade en examen från GCI. Sådana fanns visserligen, men de var få. I mycket högre grad än sina kvinnliga kollegor ville de manliga sjukgymnasterna själva ställa diagnos och avgöra lämplig behandling. De vägrade att bli ”medicinaldrängar”, som det kallades, och de manliga sjukgymnasterna låg därför extra mycket i vägen för särskilt ortopedernas allt starkare krav på professionell underordning (6, 8, 21, 22).

Detta ”manlighetsproblem” skulle snart bli till kvinnornas fördel. Läkare började inse att det var bättre att samarbeta med kvinnliga sjukgymnaster

än med manliga dito, och de började därför att gynna de förstnämnda. I kraft av sin allt mäktigare ställning kunde läkare, och då i synnerhet ortopedier, göra manliga sjukgymnaster till *persona non grata* i den allt större och mer välorganiserade hälso- och sjukvården som växte fram efter sekelskiftet. Runt 1900 utvecklades också en rad direkt ”mansfientliga” strategier, och inte bara i Sverige. När läkare började att öppna nya sjukgymnastutbildningar (efterfrågan var stor på sjukgymnaster) var sällan manliga sökande formellt välkomna. Norges första sjukgymnastutbildning tillät exempelvis inte manliga studenter (2, s. 84-85). I tyska läroböcker i fysikalisk medicin kan man till och med hitta råd riktade till läkare om att inte arbeta med manliga sjukgymnaster (34, s. 245).

Tydligast blev dessa strategier förstås i Sverige, där ”mansproblemet” var djupast rotat, via en hundra år gammal ärevärdig statlig institution: Centralinstitutet. Det var också därför det tog längs tid i Sverige. Inte förrän 1934 löste sig ”sjukgymnastfrågan” i Sverige. De sista männen försvann då från yrket. Vad som hände 1934 var att Centralinstitutet omorganiserades på ett sätt som gjorde att de sista männen helt tappade intresset för sjukgymnastiken. Den gamla gymnastikdirektörsutbildningen klövs i två separata delar. En för sjukgymnaster och en för gymnastiklärare. Samtidigt degraderades sjukgymnastens utbildning i relation till gymnastiklärarens. Bland annat blev antagningskraven betydligt *lägre* till sjukgymnastutbildningen. Gymnastiklärarens utbildning blev samtidigt också *längre* än sjukgymnastens. Gymnastikläraren upphöjdes med andra ord på sjukgymnastens bekostnad, och den senares utbildning fick därmed en mer ”feminin” framtoning. Den var inte lika svår och vetenskaplig som gymnastiklärarens. Skillnaden mot 1800-talet är slående då sjukgymnastiken tveklöst hade haft högst status på GCI.

Att sjukgymnastiken degraderas medan friskgymnastiken höjdes upp var ingen slump. Det var mycket utstuderat och avsikten var att männen skulle sluta med att vilja bli sjukgymnaster på Centralinstitutet. Förhoppningen var att männen istället skulle få alla sina professionella behov tillfredsställda i gymnastiksalen, som experter på den friska kroppen enbart. Omorganiseringen av Centralinstitutet 1934 hade föregåtts av ett antal statliga utredningar där det inte bara hade uttryckts starka önskemål om att gymnastikdirektörsutbildningen måste splittras i två utbildningar. I dessa utredningar återfinns också önskemål om att män skall förbjudas att få bli sjukgymnaster på Centralinstitutet (3). Den som drev på hårdast var ortopedien professor Patrik Haglund (1870–1937) vid Karolinska institutet, som också var gymnastikdirektör! Så här uttryckte han sig brevlades till sin ortopedkollega vid Lunds universitet:



### № 140.

Herr *E. St. rustr. m.* 24 år. Fetlagd, sangviniskt-phlegmatiskt temperament. Emellanåt hjertklappning och efter ansträngningar med rüsten en astmatisk inspiration. Mycket plågad af slem särdeles om morgnarna och vid sinnesrörelser. Ovanligt ökad fettbildning, särdeles med hänsyn till åldern.

Bhl. 1. d.  $\frac{11}{16}$  40.

Bågst. tv. *Lnd*==

St. *B*//

Helsitt. *w*//

Kustrst. *w*//

St. *A*//

Vändströitt. fram *w*//

Grst. 2*Kn*//

Bågst. lin. *R*//

Bhl. 2. d.  $\frac{21}{16}$  40.

Båggångst. 2*Aned*//

Vändströitt. *Br*—

Stågrst. *S*//

Grtyngdlut. 2*A*//

Båghåfst. midt *Br*//

St. *B*//

Vändhalvströitt. fram *w*//

Framliigg. *e*—

Trappstrst. bakåt *e*—

Bågst. lin. *R*//

Bhl. 3. d.  $\frac{11}{16}$  40.

Vändst. *AxR*//

Spännliigg. *Hnd*// *O* o. *R*— (*L*)

Grbågst. *Krsb*//

Grst. 2*Kn*// (*Ligg.* 2*A*//)

Vändliigg. *cirk*//

Högst. *Bned*//

Stågrst. *Hft*// (*Frambågvändliigg.*

*ned*//)

( $\beta$ ) *Frambågstliigg.* *Korsb*//

*Kngrhalvstrst.* *w*//

*Simhäng.* *linR*//

*Vadstöd.* *w*//

( $\beta$ ) *Grbågst. sphincter*==)

Spännst. fram *e*—

Behandlingen förändrad med hänsende till yppade starka hemorroider in ano\*). Plågorna särdeles intensiva vid stolgång, likväl utan att taggar äro för handen.

### № 149.

Löjtnant *G. S.n.l.s.* Hade som barn svår kikhosta och scarlatina; sedan ofta plågad af huvudvärk, skrofler m. m. Vid 14 år 3:djedagsfrossa, som varade nära 4 år. Ar 1837 företog en längre sjöresa till Medelhafvet och dess hamnar. Hade i Egypten eruptioner åt huden, ofta feber. Mådde under fetrosor i Schweiz särdeles väl. I Paris till följe af nattvak och oordentliga mattimmar starka poll. noct. jemte feber, hjertklappning om morgnarna och tröthet. Ofta nästan ständigt diarrhoe. Började begagna friskgymnastik (1838), men måste till följe af hjertats dervid ökade rörelse begagna passiv gymnastik, hvaraf patienten kände sig fullkomligt återställd under en tid.

Bhl. 1. d.  $\frac{21}{11}$ , 39.

Spännst. fram *e*—

Halvspännst. tv. *sidBr*//

Bågliigg. *linear* midt *Br*//

Knst. *Vd*—

Halfliigg. und. *Brmusk.* upp//

Vipphäng. *B.* upp//

*Kngrhalfliigg.* *M.* upp// (?)

*Krhalfliigg.* *venstr.* und. *Rfl*//

*Nghåfst.* *BrR*// und. *Kn*//

Bhl. 2. d.  $\frac{7}{16}$ , 40.

Halvstrst. *AxR*//

*Ligg.* *su*— (*händ. f. pannan.*)

Grst. 2*Kn*//

Helvändst. bakåt *e*—

Högst. *Bned*//

*Tyngdlut.* *R*//

Halvstrliigg. *w*//

Halvspännst. *Brmusk*//

Högst. 2*B*//

Strbågst. *Br*—

Bhl. 3. d.  $\frac{11}{16}$ , 40.

Gångst. 2*Aned*//

Framliigg. *Nok*//

Strliigg. *ned*//

Grsvrångst. 2*Kn*//

Vipphäng. *Bned*//

Stuphäng. 2*A*//

( $\beta$ ) *Bågst.* *lin. R*//

*Tåst.* 2*Kn*//

Figur 6: Två sjukgymnastiska "mekaniska" recept från ca 1840 med tillhörande korta anamneser. Notera särskilt de tecken och symboler som förekommer. De infördes dels för att korta ned de långa beskrivningarna, dels för att göra Lings sjukgymnastik polyglott, dvs att de skulle gå att förstå oberoende av språk. Det finns flera tusen av professor Brantings recept bevarade i Riksarkivet. Dessa är dock renskrivna och publicerade i *Delar av Lars Gabriel Brantings efterlämnade handskrifter utgifne enligt hans förordnande I-III (utgivna av Hjalmar Ling), Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1882.* En intressant parentes är att professor Branting är far till Hjalmar Branting, Sveriges första socialdemokratiska statsminister.

*Våra i Stockholm arbetande manliga [sjuk]gymnaster upptråda i sin verksamhet som medicinska professorer och Geheimeräte, [de] auskulterar och perkuterar och sköta invärtes sjukdomar friskt. Så nog tror jag i alla fall, att det vore bättre, om staten ej utskickade fler av dessa ökända figurer. Vilka finnas i legio, de flesta utgångna från [Centralinstitutet] (35).*

1929 lyckades Haglund manövrera sig fram till att leda en statlig utredning som specifikt behandlade Centralinstitutets utbildning i sjukgymnastik. I sitt betänkande rekommenderade Haglund den svenska regeringen att förbjuda män att bli sjukgymnaster vid institutet (36).

I en tid när nästan alla formella och juridiska hinder för kvinnors deltagande i offentligheten hade röjts ur vägen i Sverige fanns det alltså krafter som ville resa ett nytt könshinder – mot män. Manligt kön hade blivit till en sjukgymnastisk belastning. Förbudsförslaget från Haglund genomfördes visserligen aldrig men kom i praktiken ändå att drivas igenom när Centralinstitutet omorganiserades 1934. Samtliga ändringar som tillkom stammade från Haglunds utredning. Bara det direkta ”mansförbudet” och hans önskan om att sjukgymnasternas legitimation skulle tas bort saknades. Samma år blev Haglund också ledamot av Centralinstitutets direktion, som verkställde omorganisationen. KI blev formellt ansvarigt för alla medicinska ämnen i sjukgymnastutbildningen, och nu på en utbildning utan manliga sökanden (3).

Det var dock inte bara ortopedier som drev på. Också de kvinnliga sjukgymnasterna började att marginalisera sina manliga kollegor. Till en stor del berodde det på att de kvinnliga sjukgymnasterna uppfattade alla bråk som ett hot mot deras status. Det fanns dock en annan faktor med i spelet, och det var att kvinnliga sjukgymnaster aktivt ville eller behövde underordna sig den mäktiga läkarprofessionen. Här finns inte plats att utveckla, men anledningen var att de kvinnliga sjukgymnasterna ställdes inför ett professionellt problem som inte deras manliga kollegor kände av på samma sätt. Med start i slutet på 1800-talet började rykten göra sig gällande att många av kvinnornas kliniker var maskerade bordeller. Det började i London för att sedan sprida sig. Det nådde också Sverige. Grundandet av Englands första sjukgymnastiska organisation var helt och hållet en reaktion på denna så kallade ”massage scandal”, vilken briserade 1894. Engelsk press slog upp stort om denna osedliga företeelse, och för att kunna distansera sig från det otrevliga ryktet behövde de kvinnliga sjukgymnasterna läkarnas beskydd. Centralinstitutet hade inte muskler nog att tvätta bort prostitutionsstämpeln. Englands första sjukgymnastorganisation blev därför helt kvinnlig och som medlem var man strikt förbjuden att ta andra patienter än sådana som läkare skickade på remiss (21, 22, 37). Ryktet om pro-



*Figur 7: Sjukgymnastik för damer ca 1895. Bildkälla: Gymnastik- och idrotthögskolans bibliotek, Stockholm.*

stitution bidrog också till att de kvinnliga sjukgymnasternas allt mer ogärna öppnade egna kliniker. De började fly den privata marknaden, det vill säga den som från början hade varit deras bästa vän. Sammantaget ledde det till att yrket helt kom att tappa sin historiska koppling till 1800-talet. Det började uppfattas som ett traditionellt kvinnoyrke som uppstod kring sekelskiftet 1900, och som alltid hade varit underordnat läkarprofessionen.

### **Till sist**

Avlutningsvis kan sägas att Centralinstitutets sjukgymnastutbildningen helt och hållet flyttades till Karolinska Institutet 1959. Därifrån påbörjade sedan sjukgymnasterna en ny och mycket framgångsrik professionaliseringsprocess, men nu bara på den sjuka kroppens område. Oräknat läkarna är idag sjukgymnasterna/fysioterapeuterna förmodligen den yrkesgrupp inom hälso- och

sjukvården som har flest disputerade. Det finns också ett stort antal professorer. Och männen är sedan länge återigen tillbaka i yrket, om än minoritet.

## Litteratur

1. <https://www.fysioterapeuterna.se/Om-forbundet/nyheter/20131/2013/Riksdagen-ros-tade-ja-till-namnbytet/> (2021-03-05)
2. Dahle R. *Arbetsdeling – makt – identitet. Betydningen av kjønn i fysioterapiyrket*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid, Universitetet i Trondheim, 1990.
3. Ottosson A. *Sjukgymnasten – vart tog han vägen? En undersökning av sjukgymnastyrkets maskulinisering och avmaskulinisering 1813-1934*. Doktorsavhandling. Göteborg: Historiska institutionen, Göteborgs universitet, 2005.
4. Schwarzmans-Schaffhauser D. *Orthopädie im Wandel, Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815-1914)* (Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte; Beiheft 53), Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2004.
5. Ottosson A. The Manipulated History of Manipulations of Spines and Joints? Rethinking Orthopaedic Medicine Through the 19th Century Discourse of European Mechanical Medicine. *Medicine Studies* 2011; 3: 83-116.
6. Ottosson A. The Age of Scientific Gynaecological Masseurs. 'Non-Intrusive' Male Hands, Female Intimacy, and Women's Health around 1900. *Social History of Medicine* 2016; 24: 802-828.
7. Ottosson A. *Gymnastik som medicin. Berättelsen om en svensk exportsuccé*. Stockholm: Atlantis, 2013.
8. Lindroth J. *Ling – från storhet till upplösning. Studier i svensk gymnastikhistoria, 1800-1950*. Stockholm: Symposion, 2004.
9. Ottosson A. The First Historical Movements of Kinesiology: Scientification in the Borderline between Physical Culture and Medicine around 1850. *International Journal in the History of Sport*. 2010; 27: 1892-1919.
10. Ljunggren J. *Kroppens bildning. Linggymnastikens manlighetsprojekt 1790-1914*. Stockholm: Symposion, 1999.
11. Drakenberg S. *Gymnastiska Centralinstitutets historia med anledning av dess 100-årsjubileum*. Stockholm: Norstedts, 1913, s. 25.
12. Hansson N, Ottosson A. Nobel Prize for Physical Therapy? Rise, Fall, and Revival of Medico-Mechanical Institutes. *Physical Therapy* 2015; 92: 1184-1194.
13. Ling PH. *Gymnastikens allmänna grunder*. Uppsala: Palmblad, 1834-1840. [Sidangivelsen kommer dock från det ompaginerade nytrycket som kom i samband med Svenska gymnastikförbundets 75-årsjubileum 1979, s. 343.]
14. Mélio G. *Manual of the Swedish Drill for Teachers and Students*. New York: Excelsior Publishing House, 1889.
15. Fletcher S. *Women first. The female tradition in English Physical Education*. London: Athlone Press, 1984.
16. Verbrugge M. *Able-bodied womanhood : personal health and social change in nineteenth-century Boston*. New York: Oxford University Press, 1988.

17. Vertinsky P. *The eternally wounded woman : women, doctors and exercise in the late nineteenth century*. Manchester: Manchester University Press, 1990.
18. Park PJ. Physiologists, Physicians, and Physical Educators: Nineteenth-Century Biology and Exercise, Hygienic and Educative. I: Berryman JW, Park RJ, red. *Sport and Exercise Science: Essays in the History of Sports Medicine*. Chicago: University of Illinois Press 1992: 139-81.
19. Betts R. American Medical thought on Exercise as the Road to Health: 1820-1860. *Bulletin of the History of Medicine* 1971; 45: 138-152.
20. Zeiff SG. *The Medicalization of Highe Education: Women Physicians and Physical Training, 1870-1920*. Berkeley, CA: University of California, 1994.
21. Ottosson A. One history or many herstories? Gender politics and the history of physiotherapy's origins in the nineteenth and early twentieth century. *Women's History Review*. 2016; 25: 296-319.
22. Ottosson A. Androphobia, Demasculinization, and Professional Conflicts: The Herstories of the Physical Therapy Profession Deconstructed. *Social Science History* 2016; 40: 433-461.
23. Ottosson A. Gym-Machines and the Migration of Medical Knowledge in the Nineteenth Century. I: Hansson N, Widstrand J, red. *Explorations in Baltic Medical History, 1850-2015*. Woodridge: Boydwell & Brewer, 2019: 15-40.
24. Malmberg M. Gynaecological Massage: Gender, Conflict, and the Transfer of Knowledge in Medicine during the Fin de Siécle. I: Hansson N, Widstrand J, red. *Explorations in Baltic Medical History, 1850-2015*. Woodridge: Boydwell & Brewer, 2019: 41-62.
25. Whorton J. *Nature Cures: The History of Alternative Medicine America*. New York, Oxford University Press, 2004.
26. Eklöf M. *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekonsten*. Stockholm: Carlssons, 2008.
27. Bolling H, Yttergren L. Swedish Gymnastics for Export: A Study of the Professional Careers and Lives of Swedish Female Gymnastic Directors, 1893–1933. *The International Journal of the History of Sport* 2015; 32: 1437-1455.
28. Terlouw T. Roots of Physical Medicine, Physical Therapy, and Mechanotherapy in the Netherlands in the 19th Century: A Disputed Area within the Healthcare Domain. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2007; 15: 23-41.
29. Walkley S. When the Body Leads the Mind: Perspectives on Massage therapy in the United States". I: Oths KS, Hinojosa SZ, red. *Healing by Hand. Manual Medicine and Bonesetting in Global Perspective*. Walnut Creek: AltaMira Press, 2004: 23-42.
30. *Karolinska institutets skrivelse till universitetskanslern 27/2 1886*. Ecklesiastikdepartementets konseljakter, 18920326, nr. 17. Stockholm: Riksarkivet, Sverige, 1886.
31. Holme L *Konsten att göra barn raka. Ortopedi och vanförevård i Sverige till 1920*. Stockholm: Carlssons, 1996.
32. *Svensk Författningssamling, 1864*: 5, § 50.
33. Kleen EG. *Sjukgymnastfrågan: Diskussionsinlägg vid Stockholms Läkareförenings sammanträde den 5:e dec. 1910*. Stockholm, 1910: s. 24-25.
34. Hughes H. *Lehrbuch der Schwedischen Heilgymnastik unter Berücksichtigung der Herzkrankheiten*, Wiesbaden: J. F. Bermann, 1896: 245.

35. *Patrik Haglund till Gunnar Friesing, 5/9 1930, vol. 1. Patrik Haglunds arkiv, Riksarkivet, Sverige.*
36. *Betänkande med förslag angående ordnandet av sjukgymnastutbildningen i riket avgivet av sakkunniga inom Ecklesiastikdepartmentet.* [Utredningen finns bara på stencil. Den finns att läsa i: Ecklesiastikdepartmentets konseljakter, 19311020, nr. 64 (3), Riksarkivet, Sverige.]
37. Nicholls D, Cheek J. Physiotherapy and the shadow of prostitution: The Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. *Social Science & Medicine*, 2006; 62: 2336-2348.

*Anders Ottosson*  
*anders.ottosson@history.gu.se*  
*Institutionen för historiska studier*  
*Göteborgs universitet*  
*Box 200*  
*SE-495 30 Göteborg, Sverige*

*Anders Ottosson är lektor vid Institutionen för historiska studier, Göteborgs universitet, och har skrivit omfattande om sjukgymnastik, ortopedi och fysisk fostran och närliggande områden. Han disputerade 2005 på avhandlingen "Sjukgymnasten – vart tog "han" vägen? En undersökning av sjukgymnastyrkets maskulinisering och avmaskulinisering 1813-1934".*

# 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 legebenvi-ning 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 initiativtager 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.*



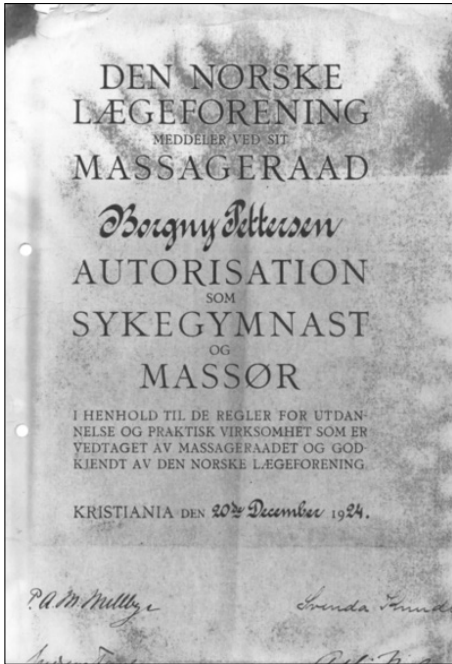


Figur 1: Sykegymnastikk ved århundreskiftet 1800/1900. Foto Riksarkivet Stockholm.

### 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 massører, 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 m<sup>2</sup> 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 Forbund<sup>1</sup> 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 fysikalske institutter. De første fysikalske 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.<sup>2</sup>. 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.»*

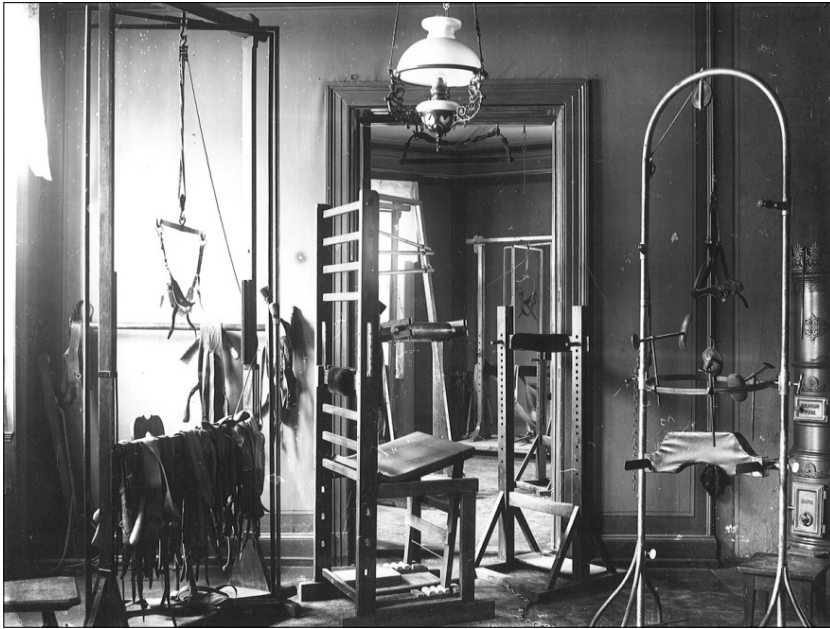
Videre i § 5: *«Når en eller flere trygdekasser har opprettet fysikalsk institutt, bør kasser som er beliggende i nærheten så vidt mulig slutte avtale med instituttet om behandling av sine trygdede.... Sådant avtale må godkjennes av Rikstrygdeverket.»*

Og videre i § 6: *«Dersom en trygdekasse hverken alene eller sammen med andre kasser har anledning til å opprette fysikalske institutt ..., kan det sluttes 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 lægevitenskapen 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.*

# Fra sykegymnast til fysioterapeut, fra medhjelper til profesjonsutøver

## Glimt fra fysioterapeututdanningens historie i Norge

*Michael 2021;18: 198–219.*

*De første sykegymnastene i Norge hadde sin utdanning fra Kgl. Gymnastiska Centralinstitutet i Stockholm. De etablerte Sykegymnastenes forening, og tok initiativ til en utdanning i Norge. Utdanningen ble imidlertid etablert av tre leger i Kristiania i 1897. Det går en klar linje fra denne private utdanningen til etableringen av den første offentlige utdanningen, Statens fysioterapiskole i 1967. Yrkestittelen ble i 1958 endret til fysioterapeut.*

*Utdanningen hadde som formål å utdanne legens medhjelper. Sentrale medisinske fag var anatomi, fysiologi og sykdomslære. Sykegymnastikk, friskgymnastikk, bevegelseslære, massasje og klinikk var fagspesifikke tema. Det var i Norge lenge en kvinnedominert utdanning der menn ikke hadde adgang, eller det ble stilt ekstra opptakskrav til menn. Fagutviklingen og lovverket har etter hvert stilt krav om en selvstendig profesjonsutøvelse.*

*I 1927 ble Den Norske Mensendieck-skole etablert. Den ble ledet av mensendieck-lærerinner (mensendieck-sykegymnaster) frem til 1998. Mensendieck-utdanningen kunne, på visse vilkår, godkjennes som fysioterapeututdanning fra 1974. Dr. J. Arbos Fysikalske Institutt, ble etablert som sykegymnastutdanning fra 1925. Skolen ble stengt i 1945. Den første fysioterapeuten ble rektor ved Fysioterapiskolen i Oslo i 1974. Utdanningen som ble etablert i Bergen, Tromsø og Trondheim, hadde alle fysioterapeuter som ledere. Utdanningen ble gjennom hogskolereformen organisert på ulike måter innenfor hogskolesystemet.*

Helt tilbake til oldtiden finner vi igjen elementer fra faget fysioterapi, men det er på 1800-tallet grunnlaget for moderne fysioterapi utvikles ved Kgl. Gymnastiska Centralinstitutet (Centralinstitutet, GCI) i Stockholm. Interessen for kropp og helse øker i Norge. Trening blir på moten, og borgerskapet skal ut av sine stuer. Christiania Turnforening ble etablert i 1855, men først i 1891 ledet sykegymnasten Elisabeth Lampe (1840–1922) det

første damepartiet. Kurbadene var virksomme med vannkurer, bad, massasje, hvile og bevegelse, frisk luft og dietter. Kurbadet i Christiania åpnet i 1885.

Ortopedien var i fremvekst. Alt i 1837 startet dr. Gunder Nielsen Kjølstad (1794–1860), sitt ortopediske institutt på Lillehammer. Der hadde han suksess med behandling av unge piker med skoliose. Selvtrening, reimer, viljekraft og god moral var viktige elementer i behandlingen.

Norsk kvinnesaksforening ble dannet i 1884. Borgerskapets døtre ville mer enn å brodere, – de ville til og med livberge seg av eget arbeid.

### **Ortopediske og medico-mekaniske institutter**

Dr. August Tidemand (1816–1883) åpnet et ortopedisk institutt i Christiania i 1866. Ortopedien skulle forebygge og korrigere deformiteter hos barn ved hjelp av gymnastikk, skinner, bandasjer og eventuelt operasjon. Tidemands assistent, Caroline "Callie" Gundersen, som trolig også hadde fått sykegymnastutdanning ved Gymnastiska Centralinstituttet, drev dette instituttet i ti år og flyttet det til Pilestredet 13. Dr. Peder (Per) Egeberg Giertsen (1865–1951) overtok instituttet i 1892, og her startet den første sykegymnastutdanningen i 1897.

Den svenske legen Jonas Gustav Zander (1835–1920) var ledende i utviklingen av medico-mekaniske apparater og utviklingen av «mechanotherapien» som spredde seg til europeiske storbyer (figur 1). Det var ulike apparater som kunne gi aktive-, assisterte- og motstandsøvelser, samt en mer eksakt dosering av øvelsene. Apparaterne hadde hjul, spaker og vekter. I 1865 hadde han utviklet 27 apparater. Totalt utviklet han 71 apparater som skulle dekke alle kroppens muskler og ledd, et kostbart og plasskrevende konsept. I 1885 åpnet det første instituttet som var basert på Zanders apparater i Christiania, dr. Ludvig Christian Aalls (1847–1921) institutt. Klientellet var byens beste borgere av begge kjønn.

### **Sykegymnastene organiserer seg**

De første norske kvinnene med dokumentert sykegymnastikkutdanning, Elisabeth Lampe (1840–1922) og Agnethe Faije (1848– ), ble utdannet i Stockholm (GCI) i 1877. Både kvinner og menn kunne bli gymnastikkdirektører eller sykegymnaster. Gymnastene etablerte seg hovedsakelig i Christiania og Bergen. I 1895 dannes Sykegymnastenes Forening med 28 medlemmer av begge kjønn. Foreningens kampsak var å få offentlig autorisasjon for å komme til livs den "lumre, lyssky virksomheten som ble drevet under betegnelsen massasje." Allerede i 1896 tok foreningen initiativ til en





*Figur 1 a og b: Eksempler på Dr. Zanders medico-mekaniske apparater som skulle erstatte sykegymnasten (1897).*

utdanningskomite som skulle arbeide for en egen sykegymnastutdanning i Christiania.

### **Utdanningsplaner, den første offentlige komite**

Komiteen fikk raskt offentlig støtte og ble ledet av O. Petersen, tidligere bestyrer for Den gymnastiske Centralskole, senere Statens gymnastikkskole. Dr. Peder Egeberg Giertsen var innledningsvis sekretær, men trakk seg senere.

Et sentralt spørsmål var om det skulle etableres en skole etter mønster fra Sverige (Centralinstituttet). Skulle skolen være offentlig eller privat? Gymnastene mente den måtte etableres etter svensk mønster, med basis i friskgymnastikken. Legene ivret for at utdanningen måtte legges inn under legene, siden det gjaldt behandling av syke. Komiteen anbefalte innledningsvis offentlig utdanning knyttet til legestudiet, men anså det lite trolig at det ville avsettes tilstrekkelig tid til bevegelse og gymnastikkopplæring i legestudiet. Målet var utdanning av en yrkesgruppe som legen kunne ha full tillit til å overlate sine pasienter til.

Det var viktig å etablere en utdanning med bevegelslære og friskgymnastikk for kvinner og menn. Anbefalingen ble å legge utdanningen til den offentlige Gymnastiske Centralskolen.

### Et privat initiativ

I ly av komiteens arbeid ble det på initiativ av legene P.E. Giertsen og Reinhardt Natvig (1860–1959) etablert en privat utdanning i 1897 i Pilestredet 13 i lokalene til Christiania orthopædiske institut. Instituttet var da eid av legene P.E. Giertsen, R. Natvig og Paul Victor Bülow-Hansen (1861–1938). Prosektor dr. Halfdan Hopstock (1866–1925) underviste i anatomi og fysiologi. Det første ettårige kurset startet opp med tre kvinner, siden ble det også noen menn frem til 1911. Da forsvant mennene fra skolen.

#### Undervisningsplanen av 1898 viser fagområdene:

- Læren om menneskets bygning, anatomi og mikroskopi
- Læren om organenes funksjon, fysiologi
- Sykdomslære, patologi
- Bevegelselære, friskgymnastikk
- De ved sykdommers frembrakte forandringer i organene
- Medicinsk gymnastikk, sykegymnastikk
- Massasje

Saken om offentlig utdanning av sykegymnaster ble henlagt av departementet under henvisning til at det allerede var etablert en privat utdanning. En offentlig utdanning ble dermed ikke realisert før i 1967.

Noen år senere var også praktisk arbeid på instituttet og behandling av pasienter på timeplanen, totalt 30 timer per uke.

I 1899 flyttet skolen til Christiania orthopædiske og medico-mekaniske institut i St. Olavsgt 28–30 (figur 2). Skolen var eid av legene Giertsen,

#### Formålet

*Hensikten var å skape en undervisningsanstalt på norsk jordbunn samt gjennom strengere opdragelses- og undervisningsvilkår at kunne utdanne sykegymnaster der var fullt brukbare som assistenter ved den gymnastiske sykebehandlingen og endelig derigjennom reise en skranke mot det inbrydende kvaksalveri. (Giertsen, Natvig og Hopstock, 1902)*



*Figur 2: Christiania Orthopædiske og Medico-Mekaniske Institut ble grunnlagt av overlege Paul Victor Bülow-Hansen (1861–1938) i 1897. Bygningen er St. Olavs gate 28-30 i Oslo. Den er revet, og Centralkirken holder til der nå.*

Natvig og Hopstock. Legene underviste i de medisinske teorifagene, mens sykegymnasten Kate Bull (1862–1934), var bestyrerinnen som hadde hånd om den praktiske utdanningen og den daglige drift. Dette var ikke ulikt arbeidsfordelingen ved den senere oppstart av Statens fysioterapiskole i Oslo.

### **Formalisering av utdanningen**

Fra 1902 hadde skolen 12 elever. Det var Kirke- og undervisningsdepartementet som oppnevnte eksamensensorer. Det var eksamen i anatomi, sykegymnastikk og massasje. Fra 1903 utvides friskgymnastikken, og det oppnevnes sensorer i friskgymnastikk. Sykegymnastene blir dermed også kvalifiserte gymnastikklærere.

Sykegymnastforeningen laget i 1911 en oversikt over utdanninger de mente holdt tilstrekkelig faglig kvalitet. Det var fem svenske, en dansk og Christiania orthopædiske og medico-mekaniske institut (figur 2).



*Figur 3: Elisabeth Lampe (i midten) med elever fra kullet 1912–1913 ved Christiania orthopædiske og medico-mekaniske institut. Arkivfoto NFF*

### Den norske lægeforenings «massageraad»

I 1915 etablerte Legeforeningen «massageraadet» som skulle godkjenne læreranstalter til utdanning av massører og sykegymnaster, og gi individuell autorisasjon til ferdigutdannede fra skoler som «massageraadet» hadde godkjent.

Massasjerådet besto av tre leger og en sykegymnast, og var i virksomhet fra 1916.

«Denne stab av hjelpere har den oppgave etter lægens forordning, under hans kontroll og under hans ansvar at drive massasje og medicinsk gymnastik» (Dr. P.A. Melbye, Sykegymnastenes landsmøte 1915).

Fra 1916 stilles det krav om at utdanningen skal være minimum 1,5 år. Elevene skal ha gjennomgått middelskole eller en skole for høyere allmenndannelse, være mellom 18 og 35 år, ha god helbred og et kraftig legeme. Elevene bør gis anledning til praksis på sykehus eller klinikk.

## **Elevtallet synker med de nye kravene**

Skolen må stenge i 1920, men gjenåpnes med 20 elever året etter i St. Olavsgt 31. Den drives nå videre av legene Paul Victor Bülow-Hansen (1861–1938) og Otto Holmboe (1879–1959). Elisabeth Klem (–1947) tilsettes som bestyrerinne. I 1937 strykes medico-mekanisk i navnet. Til daglig omtales Oslo ortopediske institutt som Ortopeden (OOI). I mange år fremover er det klage på trange lokaler og spredt undervisning rundt i byen.

## **Hvilket arbeidsliv gikk elevene ut til?**

Sykegymnasten frk. Borge var ferdig utdannet i 1917. Hun ble intervjuet i ”Sykegymnasten” og sa følgende: «På mitt kull var det 20, 12–13 fullførte. De kom fra ulike steder i landet. De kom fra gode rike hjem, og det var nok mest legedøtre og prestedøtre. Det var folk som hadde råd til å betale. Det var ikke et yrke man kunne leve av. Vi reiste rundt i hjemmene. De fleste pasientene kom fra de bedre stilte i samfunnet. Etter hvert fikk vi jo sykekasseinstitutter. Jeg startet institutt i 1935 og skaffet meg noen apparater (elektroterapi).»

## **Nye utdanningsinstitusjoner**

### *Dr. Arbos fysikalske institutt*

I 1925 startet dr. Johannes Arbo (1881–1959) et toårig kurs ved sitt fysikalske institutt i Oscars gt 42, Oslo. Etter visse justeringer i opplegget ble instituttet godkjent for sykegymnastutdanning i 1926.

Dr. Arbos utdanning var åpen for både menn og kvinner, og elevene fikk også godkjenning som gymnastikklærere. Noen synshemmede fikk utdanning her. Flere av lærerne i de medisinske basisfagene var de samme som ved Ortopeden (OOI), og skolen hadde sensorer oppnevnt av Kirke- og undervisningsdepartementet. I tillegg til medisinsk gymnastikk og massasje ble det undervist i medisinsk badebehandling og i bruk av elektromedisinske apparater. Elektroterapi ble ikke et fag ved Ortopeden før i 1941. Det var også et frivillig undervisningstilbud i gresk gymnastikk og plastisk dans. Instituttet ble anklaget for å gi forkortede kurs og for å kvalifisere ufaglærte på slutten av 1930-tallet. Utdanningen ble stengt i 1945, men elevene fikk fullført sin utdanning ved OOI.

### *Mensendieck-gymnastikk introduseres*

Elizabeth (Bess) Mensendieck (1864–1957) var amerikansk med legeutdanning fra Zürich. Hun arbeidet for å utvikle et gymnastikkprogram tilpasset kvinnekroppen. Til sammenligning var Lings gymnastikk utviklet ut fra

militærgymnastikken for menn, og dr. Arvedsons gymnastikklærebok videreførte dette.

Mensendieck utviklet kurs og utdannet mensendieck-lærere. Flere norske kvinner deltok på hennes kurs. Under første verdenskrig fulgte Aagot Normann (1892–1976) med Bess Mensendieck til USA og fullførte sin utdanning der. I USA behandlet hun både poliomyelitt og nevrologiske lidelser med mensendieck-gymnastikk.

Gymnastikken var bygd på grunnleggende anatomisk og biomekanisk kunnskap om holdning og funksjon. Systemet besto av 100 grunnøvelser inndelt i 17 grupper. Kroppsbevissthet og muskelfølelse var viktige elementer. Det ble stilt strenge krav til instruksjon og utførelse. Det var viktig at gymnastene var uten klær for at lærerne skulle se og vurdere at alle bevegelser ble riktig utført.

### *Den Norske Mensendieck-skole*

Aagot Normann (1893–1976) startet opp Den Norske Mensendieck-skole i Oscarsgt. 92 i 1927, og ledet skolen i 40 år. Skolen var først 1,5-årig, og det ble tatt opp elever annen hvert år. I starten var det 8–9 elever i hvert kull som økte etter hvert. Fra 1944 var skolen toårig. Menn fikk adgang først i 1970.

Normann forsto raskt at nakenheten skapte uønsket oppmerksomhet, så det ble tillatt med todelt gymnastikkdrakt.

De medisinske fagene anatomi, fysiologi/biomekanikk, sykdomslære, ortopedi og nevrologi ble undervist av leger. Mensendieck-lærerne ivaretok anvendt anatomi, gymnastikksystemet og taleteknikk. Psykologi og pedagogikk ble innført i 1937.

Sykegrep ble utviklet som en integrert del av mensendieck-behandlingen. Normann understreket at *«sykegrepene er vesentlig for å smidiggjøre elevenes hender og oppøve deres håndlag slik at de kan assistere pasientens bevegelser.»*

### **Offentlig autorisasjon**

I 1936 fikk sykegymnastene endelig offentlig autorisasjon. Autorisasjonen ble gitt til sykegymnaster og massører som var utdannet fra godkjente utdanningssteder. Det var tre svenske, en dansk og følgende tre norske skoler:

- Norsk Mensendieck-Forbunds skole (Mensendieck-skolen),
- Dr. Arbos fysikalske institutt
- Oslo ortopediske institutt (OOI)

Den norske lægeforenings Mensendieck-råd, som godkjente skoler og mensendieck-lærere, etableres i 1936. I Ot.prop.nr. 49 (1938) bemerkes

det at utdanning og godkjenning som mensendieck-sykegymnast ikke tar sikte på massasjevirkosomhet. I loven fra 1956 forlenges bestemmelsen i § 1, tredje ledd: «Godkjenning til å utøve virksomhet som mensendieck-sykegymnast gir ikke rett til å gi massasje som behandling av sykelige tilstander eller skader.»

### **Hva var det faglige innholdet i sykegymnastenes utdanning?**

Det har vært få konflikter knyttet til de medisinske basisfagene, men etter hvert kom diskusjonen om hva som er fagets kjerne. Hvordan er forholdet mellom friskgymnastikk og sykegymnastikk? Er sykegymnastikk en utdanning i bevegelse? Hva skal være vektleggingen mellom aktive og passive behandlingsformer? Og hva er egentlig passiv behandling?

Dr. Zanders apparater er ute av historien, og først på 1970-tallet kommer treningsapparatene inn i form av medisinsk treningsterapi. Massasje og sykegymnastikk ble lenge betraktet som et integrert fagområde, senere mer som utfyllende terapiformer og etter hvert nærmest motsetninger. Og hvilke plass skal elektroterapi ha i behandlingen?

Fagdebatten har gått innad mellom sykegymnastene, mellom sykegymnaster og ”mensendieckere”, mellom terapeuter og leger. Senere også mellom fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hvem kan gjøre hva?

Sykegymnastikken flyttes tidlig ut fra instituttene til behandling i pasientenes hjem, før det blir trygdekassenes institutter som blir de store arbeidsplassene. Det utføres sykegymnastikk i skoler, på arbeidsplasser og etter hvert i private helseinstitusjoner. Det er flere pionerer som kjemper frem yrkesgruppens plass i sykehusene.

### **Fagutviklingen skyter fart etter 1945**

Etter at dr. Arbos institutt ble stengt, var det to utdanningssteder tilbake. Elevene klaget over at det faglige nivået ved Ortopeden hadde stagnert, og lærere og sykegymnaster reiste ut for å lære mer om rehabilitering og moderne behandlingsformer, ikke minst innen nevrologi og behandling av krigsskadde. Det kreves aktiv terapi og større vekt på øvelser og sykegymnastikk for å få pasientene opp og ut av sengene. Polioepidemien er en stor faglig pådriver. Etter hvert får også barn med cerebralt parese nye tilbud.

Ortopeden får ny skoleplan i 1948 og skoletiden utvides til to år. Videre ble det stilt krav om at elevene må ha tre måneders heldags sykehuspraksis før opptak. Endelig åpnet OOI dørene for menn, men de må ha gymnastikkutdanning før start. Det tas opp 30–40 elever hvert år, senere 60–70. Mensendieck-skolen er toårig, og tar opp 20 elever annet hvert år.

## Sykegymnastikk, en mangfoldig behandlingsform

Betegnelsen sykegymnastikk dekker et bredt spekter av ulike behandlingstiltak. Grunnlaget er bevegelsesanalyse, bevegelsenes betydning og kvalitet, styrke, spenst, leddbevegelighet, rytme, pust og avspenning.

Ulike behandlingsformer som Klappske krypeøvelser, Heckschers holdningsøvelser, hydroterapi, barselegymnastikk, pausegymnastikk og ulike treningssystemer kommer og går. Innen nevrologisk behandling er det proprioceptiv nevro-muskulær fasilitering (PNF), Voita-behandling av barn og Bobath for slagpasienter som preger fagutviklingen opp mot 80-tallet. Elevene skulle prøve alt selv, trene på hverandre og med pasienter, enkeltvis og i grupper. Gjennom friskgymnastikken skulle de øve opp egen kropp, forstå muligheter og begrensninger, og få erfaring som instruktører. Det var få hjelpemidler tilgjengelig og stor fantasi. Pøller, matter, ribbevegg, baller og erteposer er velprøvde remedier. Gjennom ulike behandlingsregimer er *bevegelse* et faglig kjernebegrep. På 1980-tallet kommer slagordet: *Bevegelse er liv!*

## Massasje

Det kunne være vanskelig å skille sykegymnastikken og assisterte håndbevegelser i overgangen mot massasje. Massasje har tidvis blitt oppfattet som en passiv og passiviserende behandlingsform, uten at kritikerne har hatt forståelse for at håndverket er en del av fagets egenart. Eleven må lære å palpere, gjenkjenne ulike strukturer og kunne bedømme vevets beskaffenhet.

Reidun Barth Heyerdahl (1899–1981), mangeårig lærer ved Ortopeden og Statens fysioterapiskole, Oslo uttalte: «*Hånden er sykegymnastens viktigste instrument, den skal være myk og fast, ikke klam, kald eller hard. Massasje*



Figur 4: «*Hånden er sykegymnastens viktigste instrument,..*» Arkivfoto, NFF



*er ikke mekanisk gnidning. Sykegymnasten må ha evnen til å palpere. Palpasjon er vårt beste middel til å lokalisere lidelse. Det er en kunst å anvende ulike håndgrep på riktig måte.» (figur 4).*

Gjennom massasjens håndgrep kommer betydningen av rytme, stimulans, avspenning og pust. Terapeuten må både gi og ta imot gjennom hendene. Massasje ytes i form av klassisk massasje, lymfødembehandling, tverrmasasje, bindevevsmassasje, akupressur og mye mer.

Utviklingen av både manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi er utenkelig uten en god oppøving av håndens ferdighet og følsomhet.

## **Bad og elektroterapi**

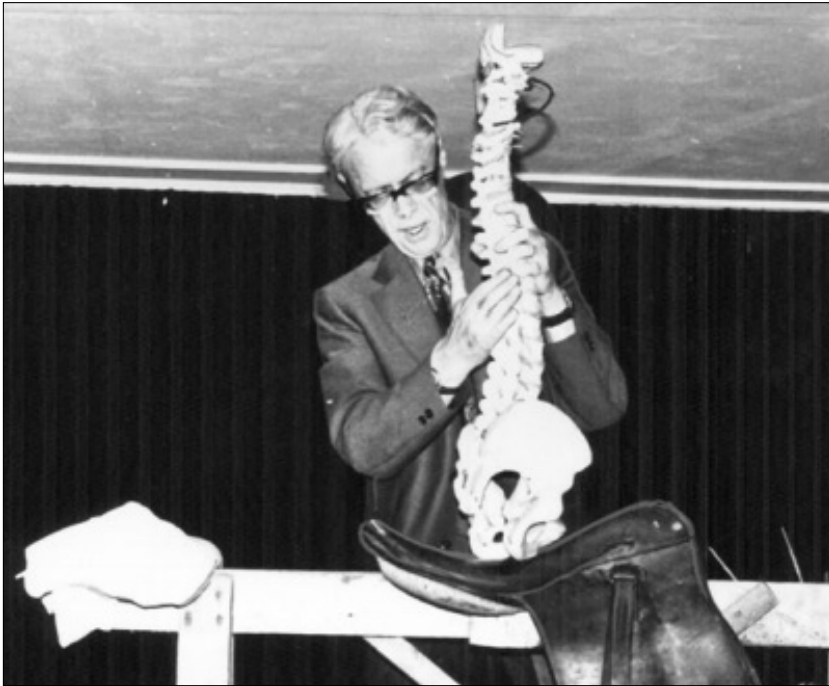
En tid var det gytje, kalde og varme bad, varme pakninger, Hubbards tank og svovelbad. Etter hvert har ulike elektriske apparater kommet og gått. Det har vært kortbølge, kullbuelys, tessla, galvanisk og faradisk strøm. En tid var høyfjellssol en viktig behandling for barn, histamin kunne kurere ryggplager og etter hvert kom ultralyd. På Ortopeden ble elektroterapi innført i 1941, og på Mensendieck-skolen ble faget introdusert i 1974.

## **Skoleplan for Oslo ortopediske institutt (OOI) 1948**

Planen ble vedtatt av helsedirektøren i desember 1947. Skoleplanen av 1948 forutsetter middelskoleeksamen og tre måneder sykehuspraksis før opptak. Menn må ha gymnastikkutdanning. Klinikkeksamen omfatter en mest mulig realistisk pasientbehandling. Skolen blir toårig, med følgende fag og timefordeling:

- 120 timer anatomi
- 120 timer fysiolog
- 240 timer patologi
- 100 timer klinikk med pasienter
- 660 timer poliklinikk, dels på skolens institutt, dels på sykehus
- 250 timer massasje
- 310 timer sykegymnastikk
- 120 timer elektroterapi
- 418 timer friskgymnastikk, teori og praksis
- 30 timer psykologi
- Hygiene, herunder bedriftshygiene.

Det var fortsatt ingen statlig støtte til utdanningen. Elevene betalte skolepenger. Noen fremmet forslag om turnustjeneste, men dette ble ikke tatt til følge.



*Figur 5: Idrettslege Birger Tvedt underviste ved Ortopeden fra 1946, og var skoleleder fra 1948 til 1966. Arkivfoto, NFF*

Lege og fysioterapeut Birger Tvedt (1910–2001) ble lærer ved skolen i 1946 (figur 5). I 1948 ble han medeier sammen med dr. Otto Holmboe og skoleleder. Fra 1959 var Tvedt eneeier frem til staten overtok utdanningen fra 1967. Tvedt var en kontroversiell og populær mann som ikke minst ville at elevene skulle lære å se bevegelsesmønstre. Borghild Helene Olsen (1914–1993) ble tilsatt som lærer i 1946 og overtok som bestyrerinne etter Reidun Barth-Heyerdahl i 1960. Dette var to damer som styrte og preget utdanningen på 1940–60-tallet. I 1951 inngikk Oslo ortopediske institutt avtale med Huseby offentlige skole for blinde, slik at noen svaksynte og blinde kunne tas opp på hvert kull. Fra 1956 var examen artium et opptakskrav, tre måneders forpraksis fra sykehus og den nedre aldersgrensen var 19 år.

### **Hegna-komiteen**

I 1955 kom innstillingen «Om retningslinjer vedrørende fysikalsk behandling og utdanning av sykegymnaster» fra et offentlig utvalg ledet av dr. Halvard Hegna (1902–1975).

Det slås der fast at det bør være en offentlig utdanning eller en utdanning med statsstøtte for 60–70 elever. Gymnastikkundervisningen bør organiseres som et forkurs ved Statens gymnastikkskole. Skoletiden bør utvides, og skolen bør knyttes opp mot et sykehusmiljø. Det bør innføres turnustjeneste. Men det ble med forslagene – de ble ikke realisert.

### **Sykegymnasten blir fysioterapeut**

Etter krigen er det økende etterspørsel etter sykegymnaster. Ikke minst har polioepidemien vist behovet for og effekten av sykegymnastikk og rehabilitering. Dette er en periode med nok arbeid til alle.

Fra 1958 vedtok Norske Fysioterapeuters Forbund å endre yrkestittelen fra sykegymnast til fysioterapeut, og denne tittelen tas inn i lovverket fra 1969.

### **Krav om statlig fysioterapiskole**

Først i 1962 opprettet Helsedirektoratet et utvalg for planlegging av Statens skole for sykegymnaster. Både Oslo ortopediske institutt og Fysioterapeutforbundet var representert i utvalget som ble ledet av professor dr. med. Ivar Alvik (1905–1971). En statlig skole hadde vært en fanesak for Fysioterapeutforbundet siden starten av. I mangel av andre tilbud hadde forbundet tatt ansvar for etterutdanning siden 1950-tallet. Det var fortsatt ingen videreutdanningstilbud for fysioterapeuter.

Alvik-utvalget understreket i 1963 at det var et økende behov for fysioterapeuter innen ortopedi, nevrologi, psykiatri, revmatologi og attføring, og likedan til behandling av poliopasienter, barn med cerebral parese, oppfølging av kroniske sykdommer, innen bedriftshelsetjenesten og i skoler.

Selv om fysioterapeuten omtales som legens medhjelper, understrekes også behovet for at terapeuten kan vurdere pasienten diagnostisk og terapeutisk, samt hensynet til den selvstendige virksomheten som drives av fysioterapeutene. Det er behov for en bred kvalifikasjonsprofil både teoretisk og praktisk/klinisk.

Det foreslås en skole med 100 elever ved Sophies Minde Ortopediske Hospital i Oslo, og behov for ytterligere kapasitetsutvidelse. Skolen bør også ha et institutt for arbeidsteknikk og idrettsteknikk og ivareta videreutdanning, men dette ble ikke realisert.

Alvik-utvalget skisserte at elevene ved den nye fysioterapeututdanningen kunne få en innføring i mensendieck-prinsippene, og at gymnastikkssystemet kunne bli en videreutdanning for fysioterapeuter. Det mobiliserte Mensendieck-skolen til kamp mot forslaget..



*Figur 6: Trange kår ved Fysioterapihøgskolen Oslo på Sofies Minde. Behandlingsbenker brukes som pulter i undervisningssalen som også er pauserom. Arkivfoto, NFF*

Resultatet blir at Norsk Mensendieck-skole A/S får statlig driftstilskudd fra 1967 og fortsetter sin virksomhet i Grønnegt.10 i Oslo. Turnustjeneste innføres fra 1974, samtidig som elektroterapi og massasje innføres som obligatoriske fag. Dette ga grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. Tidligere utdannede mensendieck-sykegymnaster fikk tilbud om kurs i massasje og elektroterapi for så å kunne søke godkjenning som fysioterapeuter.

### **Endelig statlig utdanning**

Oslo ortopediske institutt blir lagt ned i 1966, og Statens fysioterapiskole åpnet i Sophies Mindes lokaler på Carl Berners plass i januar 1967.

Utdanningen er fortsatt toårig, men ett års turnustjeneste innføres. Examen artium og tre måneders forpraksis er fortsatt krav for opptak, og en måned sommerpraksis fortsetter som tidligere. Fra 1973 faller kravet om gymnastikkutdanning for mannlige søkere bort.

Den nye skolen har mange av de gamle problemene intakt. Det er for små lokaler og undervisning må foregå rundt om i byen (figur 6). Det mangler også et utdanningstilbud for dem som skal undervise i fysioterapifagene. Det kreves en stor innsats for å få utdanningen i gang, men etter

### **Oversikt over skoleledere/rektorer ved de private utdanningene frem til statlig overtakelse av fysioterapeututdanningen:**

- 1897 – 1920 Dr. Peder Egeberg Giertsen, Christiania orthopædiske institut, fra 1899 Christiania orthopædiske og medico-mekaniske institut
- 1921 – 1948 Dr. Otto Holmboe, Oslo ortopediske og medico-mekaniske institutt, fra 1937 Oslo ortopediske institutt
- 1926 – 1945 Dr. Johannes Arbo, Arbos fysikalske institutt, Oslo
- 1948 – 1966 Dr. Birger Tvedt, Oslo ortopediske institutt
- 1967 – 1971 Prof. dr. med. Kristian Lange Andersen, Statens fysioterapiskole, Oslo (1968–1971 Konstituert rektor Overlege O. Lindahl)
- 1972 – 1974 Dr. med. Asbjørn Bragstad, Statens fysioterapiskole, Oslo
- 1974 – 1991 Sjefsfysioterapeut Mette Sveram, Statens fysioterapiskole, Oslo
- 1975 – 1993 Fysioterapeut Jorunn Nerby Vannes, Statens fysioterapiskole, Bergen
- 1976 – 2010 Mensendieck-sykegymnast Anne Beate Aubert, fra 1979 Statens Mensendieck-skole, tidligere Norsk Mensendieck-skole A/S

Alle skoleledere ved Norsk Mensendieck-skole A/S var mensendieck-sykegymnaster fra starten av: 1927 Aagot Normann, 1964 Lisbeth Bugge (1909–2006), 1976 Anne Beate Aubert (1941–2014).

70 år er viljen stor for å realisere en drøm. Det ansettes i tråd med tradisjonen en mannlig lege som rektor, professor dr. med. Kristian Lange Andersen (1920–2003). Han tiltrer etter nesten ett år. Det er førstelærer og undervisningsleder Eli Kierschow-Andersen (1910–) og de øvrige fysioterapeutlærerne som gjør det mulig å gjennomføre forelesninger, praksis, poliklinikk og turnustjeneste for 100 håpefulle studenter. Det var ikke lenger borgerkapets døtre som dominerte studentmassen. Statens lånekasse og bortfall av skolepenger åpnet utdanningsmulighetene for mange. Studentene fikk en representant i skolens styre. I 1974 ble sjefsfysioterapeut Mette Sveram(1934–) tilsatt som rektor. Legenes styringstid over utdanningen var over (figur 7).



*Figur 7: Tre kvinnelige rektorer overtar styringen av fysioterapeututdanningen på 1970-tallet. Fra venstre Mette Sveram, Anne Beate Aubert og Jorunn Nerby Vannes. Arkivfoto, NFF*

### **Bjørnson-utvalget**

NOU 1972:23 *Utdanning av sosial- og helsepersonell* skapte bølger i utdanningsmiljøene. Det foreslås postgymnasial utdanning på distriktshøgskolenivå. «Utvalget slår fast at det er meget lite som skiller fysioterapifunksjoner fra mensendieck-sykegymnastikk, og det er rimelig å regne med at forskjellen blir mindre etter hvert. I arbeidsterapeutenes virksomhet spiller de pedagogiske momenter større rolle enn tilfellet når det gjelder de to andre.». Det foreslås en felles linje for fysio- og arbeidsterapeuter. For å nå målet om en samordnet og integrert virksomhet for alle deler av befolkningen, beskrives tiltak som forutsetter ½ til 1-årig enhetlig førstetrinns utdanning for helse- og sosialpersonell. Utvalget mener at utdanningene bør legges under Kirke- og undervisningsdepartementet og autorisasjonen under Sosialdepartementet. Det mobiliseres innen helse- og sosialutdanningene mot denne samordningen, og de lykkes i denne omgang.

### **Den første rammeplanen**

Rammeplan for 2,5 årig-utdanning ble vedtatt av Sosialdepartementet i 1976. Her er flere utdanningsmål og timerammer. Sykegymnastikken er blitt usynlig.

Gjennom utdanningen skal studentene lære og anvende fysioterapi hvor kunnskapen og forståelsen fra biologiske, medisinske fag og samfunnsfag er integrert. Studentene skal utvikle forståelse for og innsikt i helse og helseproblemer; faktorer i miljø og samfunn som virker på individet; årsaks-sammenhenger, utvikling og konsekvenser av lidelser og skader, spesielt i muskel-skjelett. Utdanningen skal kvalifisere til virksomhet innen forebyggende og behandlende helsearbeid og attføringsarbeid; selvstendig yrkesutøvelse; å fungere i tverrfaglig samarbeid. Utdanningen skal også stimulere til refleksjon over egne holdninger og funksjon i forhold til fag og samfunn.

- Samlet timetall: minimum 1940 timer, maksimum 2310 timer.
- Biologiske fag: 400–430 timer
- Samfunnsfag: 160–170 timer
- Medisinske fag: 230–270 timer
- Metodefag: 1150–1440 timer
- Praksisundervisningen: minst 700 timer. Hovedvekten knyttes til sykehus/poliklinisk virksomhet.

Undervisningsplaner og eksamensfag behandles i skolens organer og godkjennes av Sosialdepartementet.

### **Etterutdanning og spesialisering**

Fysioterapeutene hadde stor læringsvilje. I mangel av formelle videreutdanningsmuligheter hadde Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) utviklet et kursprogram som omfattet alt fra helgekurs, til kursrekker med eksamen, og etter hvert spesialisering. I 1974 inneholder kursoversikten 39 kurs, i 1984 er det 54 med til sammen 1300 kursplasser. Noen sentrale kurstemaer på 1970-tallet er bindevevsmassasje, obstetrisk fysioterapi, psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi, medisinsk treningsterapi, motorisk utvikling og manuell terapi.

Manuell terapi utvikles som en formalisert mester-svenn-basert utdanning, delt opp i to avdelinger. På slutten av tiåret kommer kursrekken som blir utdanningsplattformen i psykomotorisk fysioterapi. Først i 1991 fikk NFF på plass en egen spesialistordning med seks spesialiteter. I 2000 var det 13 spesialistområder.

### **Videreutdanning**

Flere av skolens lærere startet universitetsstudier innenlands og utenlands for å formalisere kompetansen (figur 8).

I 1975 tok Statens fysioterapiskole, Oslo, initiativ til det første tilbudet om videreutdanning i pedagogikk for fysioterapeuter. Den pedagogiske



*Figur 8: Tre engasjerte lærere ved Statens fysioterapiskole i Oslo. Fra venstre Ada Krogh, Berit Heir Bunkan og Helga Ødemark i datidens arbeidsantrekk. Arkivfoto, NFF*

utdanningen satte fart i debatten om fag og faggrenser, om yrkesutøvelsen, fagets verdiforankring og fagets plass i samfunnet. Det ble også en økt bevissthet om terapeutens funksjon som formidler, der målet er å bidra til at pasienten bedre forstår seg selv og sitt bidrag i behandlingen.

Etter hvert etableres flere faglige videreutdanninger som et samarbeid mellom skolene og forbundet (NFF).

### **Nye utdanningsmuligheter**

Etterspørselen etter fysioterapeuter øker. I 1976 åpnet Statens fysioterapiskole, Bergen med 50 studieplasser og 2,5-årig utdanning. Fysioterapeut Jorunn Nerby Vannes (1932–) ble skolens første rektor. Her er de først ute med et preklinisk semester. I 1979 ble Norsk Mensendieck-skole A/S statlig – Statens Mensendieckskole.

Allerede i 1973 forelå det planer om en skole i Tromsø, men denne ble ikke realisert før i 1989. Den baserer seg på PBL-Problembasert læringsmodell, og avdelingsleder ble fysioterapeut Britt-Vigdis Ekeli. I 1992 ble det opprettet fysioterapiutdanning i Trondheim med fysioterapeut Astrid



Nergård som avdelingsleder. Her fokuseres det på bevegelse og funksjon som fysioterapifagets egenart.

Det var seig og langvarig innsats fra så vel enkeltpersoner, skoleledere, fagmiljøer, fagforbund og politikere for å få i gang nye skoler.

Det var ca 6900 yrkesaktive fysioterapeuter i Norge i 1980.

Konkurransen var hard om studieplassene i Norge, karakterene fra gymnasiet avgjør, og andelen som utdanner seg i utlandet øker. I 1996 antar man at det er 540 under fysioterapeututdanning i utlandet, og tallet fortsatte å øke i årene som kom.

### **Endelig høyskole**

I 1981 innlemmes fysioterapeututdanningene i de regionale høyskolene. Utdanningen overføres fra Sosialdepartementet til Kirke- og undervisningsdepartementet. Det blir nye krav til undervisningspersonellens kvalifikasjoner, og skolene får nye navn: Fysioterapihøgskolen i Oslo, Fysioterapihøgskolen i Bergen, Mensendiecks skolen – høyskole i fysioterapi.

I studieinformasjon fra 1980 heter det: «*Det karakteristiske for fysioterapifaget er at det i stor grad bygger på elementer fra ulike disipliner.*» Det er ikke en tilfredsstillende status. Fagets egenart må tydeliggjøres, men presset på økt tverrfaglig samarbeid fortsetter innenfor høyskolesystemet. Det er ulike meninger om hvordan en best utvikler tverrfaglig samarbeid i praksis. Skal tverrfagligheten etableres ved studiestart, eller kreves det trygg faglig forankring i eget fag før en blir en god samarbeidspartner?

Nasjonalt råd for ergoterapi- og fysioterapeututdanning etableres i 1981 under Kirke- og undervisningsdepartementet. Rådet har ansvar for å utarbeide rammeplaner, godkjenne studieplaner og gi råd til departementet.

### **Utfordringer som høyskoler**

Den erfaringsbaserte kunnskapen settes opp mot dokumentasjon og forskningsbasert kunnskap. Forskning i fysioterapi er fortsatt et nesten blankt ark.

Skal man blindt følge naturvitenskapelige metoder, eller finnes det andre alternativer? NFF startet opp de første kursene som introduserte forskning for fysioterapeuter på 1980-tallet. NFF og Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter går sammen om å etablere NFFs Kompetansesenter i 1989. Senteret eksisterte i ti år og hadde som formål å drive vitenskaps-teoretisk og forskningsmetodisk skoloring av fysioterapeuter. Fondet bisto i forskningsprosjekter og formidling fra Kompetansesentret.

## Reformene kom på rekker og rad.

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) som ble vedtatt i 1982 og iverksatt i 1984, skapte rystelser i fagmiljøet. Det var behov for ny kunnskap, og nye måter å arbeide på. Fysioterapeutens rett til fritt å ta ut refusjon fra trygden forsvant, kampen om kommunale driftstilskudd ble hard og tverrfagligheten stilte nye krav. Høgskolene måtte utdanne fysioterapeuter mot et nytt arbeidsmarked med tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten.

I 1987 ble utdanningen treårig. Turnustjenesten videreføres. Fysioterapihøgskolen i Oslo flyttet i 1988 endelig inn i større lokaler i Pilestredet 56, ikke langt fra der utdanningen i sin tid startet.

## Rammeplan for treårig utdanning

Rammeplanen fra 1990 kan oppsummeres i følgende fag og vektall:

- Samfunn og helse, 6 vektall
- Menneske og helse, 15 vektall (herunder anatomi, fysiologi, bevegelseslære, sykdomslære)
- Fysioterapi teori og praksis, 36 vektall
- Fysioterapi i dagens helse- og sosialtjeneste, 5 vektall

25 % av studietiden er praksisstudier, 60 % av praksis knyttes til kommunehelsetjenesten, 40 % til institusjon/sykehus. Rammeplanen gir rom for at de enkelte utdanninger kan utvikle egne særtrekk og godkjennes av Kirke-, utdanning- og forskningsdepartementet. Nå er timerammene historie.

## Utdanningen omorganiseres

I 1990 slås 98 profesjonsutdanninger sammen til 25 høgskoler. Det er 188 studieplasser for fysioterapeuter. Både fysioterapeut- og mensendieck-utdanningene ble innlemmet i Bislet høgskolesenter i 1992, og fra 1994 i Høgskolen i Oslo. Det betyr at fysioterapeututdanningene blir ulikt organisert i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Det kommer ny lov om høgskoler og universiteter i 1996. Det er ikke bare ulike disipliner som er utfordringen. Faget utsettes også for et akademiseringspress som Britt Vigdis Ekeli, avdelingsleder i Tromsø formulerte slik i 1995:

*«Ut fra min vurdering er det en viktig utfordring for utdanningsinstitusjonen å sørge for at den manuelle delen av fysioterapifaget fortsatt får en sentral plass i kompetanseutviklingen. I en tid hvor faget er utsatt for hva jeg vil kalle et akademiseringspress, og det stilles krav om objektiv dokumenterbare metoder, har den sansende, kommuniserende og støttende fysioterapihånden trange kår.*

*Den er ikke et valid eller reliabel nok redskap overfor naturvitenskapens strenge krav til standardisering og reproduksjon. Derimot har den evnen til å tilpasse seg til den tilstanden som til enhver tid er i pasientens vev, og fanger opp de signaler og budskaper som formidles via kroppen.»*

### **Hovedfag i fysioterapi**

Det er et stort behov for å markere og få respekt for at fysioterapi er et eget fagområde som trenger dokumentasjon og forskning. Det er derfor en stor dag når hovedfag i fysioterapi åpner ved Universitetet i Bergen i 1991.

I 1995 åpner et felles hovedfag i helsefag ved flere høyskoler/universitet. Flere fagspesifikke videreutdanninger startet opp ved høyskolene på 1990-tallet. Med det nedlegges de private, forbundsbaserte utdanningene i manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi. Disse videreføres som masterstudier fra 2005 i henholdsvis Bergen og Tromsø. Med dette kom også kravet om mastergrad som en del av de fagspesifikke spesialistordningene som er etablert innen Norsk fysioterapeutforbund.

### **Kvalitetsreformen for høyere utdanning**

I 2003 kommer kvalitetsreformen for høyere utdanning. Den baserer seg på St.meld. 27 (2000–2001) *Gjør din plikt-krev din rett*, som i stor grad legger til grunn at høyskolene først og fremst skal være dyktige på yrkes- og profesjonsutdanningene.

Nå skal all høyere utdanning innordne seg i tre nivåer – Bachelor, Master og PhD-nivå – og underlegges samme lov som universitetene.

Det innføres studiepoeng: 60 studiepoeng/studieår istedenfor 20 vekt-tall/studieår. Dette medfører også at kravet til formell akademisk utdanning for ansettelse som undervisningspersonell fastsettes. Praktisk klinisk kompetanse ble mindre verdsatt i dette systemet. I 2012 kom St. meld 13 (2011–12) *Utdanning for velferd*. Her kommer gamle tanker igjen frem i lyset – styrking av tverrfaglighet og mindre vekt på fagspesifikk kvalifisering.

### **En utdanning i bevegelse**

Dette er et sveip gjennom mer enn 100 års historie med utdanning av fysioterapeuter i Norge: Fra privat til offentlig utdanning. Fra legens medhjelper til selvstendig yrkesutøvelse. Fra en mester-svenn- og erfaringsbasert opplæring til en grads- og institusjonalisert utdanning med krav om forskningsbasert kunnskap. Men gjennom det hele dreier det seg om menneskets kropp, helse og sykdomsforståelse i møte med tidens samfunn.

## Litteratur

Bjørke G. *Eit steg attende. Pedagogisk utdanning for helsepersonell 1976–1996*. Oslo: Høgskolen i Oslo 1997.

Haugen KH. *En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget 1997.

Hårstad L, Bilberg I, Buene TB red. *Sterk-stolt-synlig. Norsk fysioterapeutforbunds første 80 år 1936–2016. Et jubileumsskrift*. Oslo: Norsk fysioterapeutforbund, 2016.

*Tidsskriftet Sykegymnasten/Fysioterapeuten* fra 1934 til 2015.

Wulfsberg C. *Den norske Mensendieck-skoles historie*. Oslo: Universitetsforlaget 1982.

*Toril Bergerud Buene*

*toril@buene.com*

*Seljeveien 23*

*0575 Oslo*

*Toril Bergerud Buene er utdannet ved Statens fysioterapiskole, Oslo 1969. Hun har vært lærer både ved mensendieckskolen og fysioterapiskolen. Hun var forbundsleder for Norske Fysioterapeuters Forbund 1989–1995.*

# Medisin i stort

*Michael* 2021; 18; 220.

I dette nummeret av *Michael* anmeldes 11 bøker, i forrige utgave var det ti. Bokanmeldelser er godt og viktig stoff (1). I vår oppdaterte forfatterveiledning står det at «Tidsskriftet *Michael* inviterer forfattere til å sende inn artikler om medisinsk historie, medisinsk humaniora, samfunnsmedisin og helsepolitikk» (2). Denne profilen ønsker vi skal avspeiles også i bøkene som anmeldes.

Steinar Westin anmelder en bok om velferdsstaten, Geir Sverre Braut om norsk helseforvaltning og Øivind Larsen om sykdommers sosiale røtter. Dette er medisinen i stort. Men perspektivet er like viktig nedenfra. Johan Torgersen omtaler en bok fra pasienten i sykesengen, Per Stensland pårørendes kamp mot systemet og Christian Grimsgaard om en sykepleiers analyse av et helsevesen på bristepunktet. Eksempler på det store spennet i helsehistorien får vi i anmeldelsene av praktbøker om Dikemark sykehus og om gamle forlørningsinstrumenter i det medisinhistoriske museet i Uppsala. Mindre er heller ikke spennet innen psykisk helsevern. Ingegerd Frøyshov Larsen melder en bok om alkoholmisbruk og kunst og Cecilie B. Hartberg om psykisk helse hos eldre.

Vi mottar gjerne forslag til bøker som bør anmeldes, men vil ikke ha spontant innsendte bidrag. Ta kontakt på [michael@dnms.no](mailto:michael@dnms.no) dersom du har tips.

## Litteratur

1. Hem E. Anmelderi. *Michael* 2021; 18: 91.
2. Larsen Ø, Hem E, Nylenna M. Tidsskriftet *Michael* – en programmerklæring. *Michael* 2021; 18: 7–11.

*Erlend Hem*

*erlend.hem@medisin.uio.no*

*Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet*

# I Anne-Lise Seips fotspor

Anne Lise Ellingsæter, Aksel Hatland, Per Haave, Steinar Stjernø  
*Den nye velferdsstatens historie: ekspansjon og omdanning etter 1966*  
Oslo: Gyldendal, 2020  
438 s. Pris NOK 499  
ISBN 9788205498693

*Michael 2021; 18: 221–2.*

Det er ingen tilfeldighet at denne boken er tilegnet Anne-Lise Seip, «for hennes pionerarbeid om velferdsstatens historie». Denne mursteinen av en bok kan ses som en påbygning av de to bøkene Anne-Lise Seip tidligere har utgitt om hvordan den norske velferdsstaten ble til (1, 2). Hun skrev seg fram til 1975, og det har åpenbart vært et behov for å forlenge denne fortellingen, som er så viktig for vår egen forståelse av hvordan velferdsstaten og «den norske modellen» har utviklet seg i årene etterpå. De fire forfatterne starter riktig nok med et tidsmessig overlapp, når de begrunner at folketrygdloven av 1966 var en milepæl i den norske velferdsstatens historie, og at de derfor tar sats fra dette året.

Forfatterkollektivet har bygget opp boken med 33 kapitler i seks deler. Overskriftene er talende for tematikken og angir en periodemessig kronologi: I Innledning, II Velferdspolitikk i de radikale 1970-åra, III Vendepunktet: høyrebølge, markedstenking og arbeidslinje, IV Mellomspill: en mer verdikonservativ velferdspolitikk, V En rik og reorganisert velferdsstat, VI Avslutning.

Bokens underliggende budskap er at den norske velferdsstaten er i god form, til tross for mange meldinger gjennom årene om dens snarlige død. Og at den fortsatt i hovedsak er basert på universelle ordninger, altså at ytelser skal gjelde for alle, som med barnetrygden, og ikke være behovsprøvd etter inntekt. Flere forslag om dette er gjennom årene blitt avvist av Stortinget. Universalismen lever fortsatt som hovedlinjen.



Forfatterne peker ut 1970-årene som det mest ekspansive tiåret i det som etter hvert blir den nye velferdsstaten. Sterke sosiale bevegelser, som kvinnebevegelsen og fagbevegelsen, krevde sosiale reformer og ble drivkrefter på ulike områder av velferdspolitikken. Kvinnebevegelsen drev velferdsreformene videre også etter at fagbevegelsen hadde mistet mye av sin kraft. En ny familiepolitikk i 1970-årene, basert på likestilling mellom kvinner og menn, la også grunnlaget for en senere omdanning av velferdsstaten.

Fra slutten av 1970-årene endres det politiske klimaet i hele den vestlige verden. Tilliten til statens evne til å styre samfunnsutviklingen blir svakere, og troen på privatiseringer og markedsløsninger tiltar. Høyrepartiene får større oppslutning, og også sosialdemokratiet legger om sin politikk i mer markedsbasert retning. Vi er kommet til nyliberalismens gjennombrudd, med Ronald Reagan og Margaret Thatcher. Den nye velferdsstaten preges fortsatt av sterkere sammenveving av staten og markedet.

Forfatterne anfører også at innføring av den moderne «arbeidslinja» i første del av 1990-årene ble et vendepunkt i velferdspolitikken. Tidligere hadde man forutsatt at folk flest ønsket å være i jobb, men nå – med innflytelse fra økonomifagene – fikk man et større innslag av økonomiske incentiver. De skriver at ombyggingen av den norske velferdsstaten senere har stått i arbeidslinjas tegn.

Anseelsen for de nordiske velferdsstatene det siste tiåret har vært økende. Den norske har i det minste vist seg som en robust samfunnsmodell, både gjennom den internasjonale finanskrisen fra 2008, og nå – kan vi føye til – også under dagens plagsomme og lammende pandemi.

Boken har en ganske omfattende detaljrikdom, som tidvis truer med å overskygge det store perspektivet. Men som referanseverk vil den ha sin store verdi, også ved et vell av fotnoter og en litteraturliste på hele 37 sider, samt et ti siders sakregister.

Anne-Lise Seips bøker har her fått en verdig etterfølger!

## Litteratur

1. Seip A-L. *Sosialhjelpsstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo: Gyldendal, 1984.
2. Seip A-L. *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920–1975*. Oslo: Gyldendal, 1994.

*Steinar Westin*

*steinar.westin@ntnu.no*

*Fakultet for medisin og helsevitenskap*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

# Med respekt og balansekunst om helseforvaltninga

Ole Berg

*Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltningens utvikling fra 1809 til 2009. Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat*  
Oslo: Statens helsetilsyn, 2020

928 s. Pris gratis, også tilgjengelig i fulltekst på internett: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/ole-berg-spesialisering-og-profesjonalisering-del-2/>

ISBN 9788293595380 (trykt versjon)

ISBN 9788293595373 (elektronisk versjon)

*Michael 2021; 18: 223–6.*

Dette er eit storverk av ei bok, både som forteljing om helseforvaltninga, og i omfang med sine over 900 tekstsider. Ho handlar om tidsrommet 1983–1994. Dette var ei viktig brytningstid i utviklinga av den norske helsetenesta og helseforvaltninga. Ei dekkjande helseteneste var ein vesentleg del av dei velferdsordningane som blei utvikla i tiåra etter den andre verdskrigen. Tidleg på 1980-talet var helsetenesteyesystemet i ferd med å finna si form i velferdsstaten. Ansvaret for yting av både spesialist- og primærhelsetenester gjekk då klårt fram av lovgivinga. Gjennom sjukehuslova av 1969 og kommunehelsetenestelova av 1982 hadde Stortinget gitt tydelege oppgåver til fylkeskommunane og kommunane.

Behovet for sterk styring frå sentralt hald, var svekka. Regionale og lokale styringsordningar hadde kome på plass. Tilbake sat eit statleg styringsapparat som måtte bruka tid og krefter på å finna fram til nye roller og arbeidsmåtar. Helsedirektoratet, som gjennom mange tiår hadde vore ein meir eller mindre integrert del i det dåverande Sosialdepartementet, blei både kamparena og konflikttema i dette omstillingsarbeidet.

Boka har gode, grundige og analytiske kapittel om hovuddraga i helsepolitikken og utviklinga av helsetenesta. Likevel er det framstillinga av





grunnforteljinga om Helsedirektoratet som er den raude tråden gjennom teksten. Den absolutte kortversjonen av denne, finn vi i omtalen av forholdet mellom departementsråd Jon Ola Norbom (1923–2020) og helsedirektør Torbjørn Mork (1928–1992) på side 865 med den treffande overskrifta: «To lederskjebner og hvordan de preget hverandre».

### **Grundig og truverdig**

Dette er den andre boka Ole Berg har skrive om utviklinga av den norske helseforvaltninga i tida frå 1809. Den første boka kom i 2009 og handlar om perioden fram til 1983 (1). I begge desse bøkene har Berg brukt eit stort sett av kjelder, både av skriftleg art og i form av intervju med sentrale personar. Han gjer svært nøye greie for opphavet til dei opplysingane han legg til grunn for framstillinga si. Slik sett er arbeidet truverdig.

I den nye boka har han dessutan lagt til ein epilog med omfattande teoretiske, metodiske og etiske vurderingar av arbeidet. I dette kapitlet viser han grunnlaget for analysen sin ved å trekkja fram det fundamentale skiljet mellom lekmannspolitisk logikk og fagstyrelagikk. Dette er eit skilje som forfatternen i stor grad nyttar i oppbygginga av forteljinga gjennom heile boka. Det er ikkje vanskeleg å forklara valet av denne teoretiske tilnærminga. Ho gir eit godt grunnlag for ikkje berre å forstå det som skjedde i den tida denne boka omhandlar. Eit tilsvarande analytisk grunnlag kan nyttast for å sjå nærare på dei utfordringane ikkje berre helsetenesta, men også resten av samfunnet, står overfor no når pandemiens siste del skal møtast på ein klok måte. Teorivalet er såleis robust.

Dette skiljet har ikkje berre verknad på forståinga av dei sentrale spenningane, og den knallharde debatten mellom politikk og fag på sentralt hald i dette tidsrommet. Det handlar også om nasjonal politikk og forvaltning i forhold til det lokale styringsrommet. Berg kjem innom dette fleire stader i teksten, til dømes når det gjeld forholdet mellom Helsedirektoratet og Rogaland fylkeskommune (sidene 299–300) og om sentralisering og desentralisering (sidene 637–638). Likevel kjem relasjonen mellom staten på eine sida og fylkeskommunane og kommunane på andre sida, noko i skuggen av det som skjedde på sentralt hald. Men sjølv om Berg ikkje har trekt dei store linene her med same empirisk grundigheit som når det gjeld dei sentrale kampane, gir denne boka ei god forståing av dei prinsipielle debattane som rådde også langs sentralmakt-lokalstyre-aksen.

### **Respekt og nysgjerrigheit**

I og med at denne boka handlar om åra då eg gjekk «læretida» mi i helseforvaltninga, kjenner eg i stor grad att både hendingar og personar. I fram-

stillinga si legg Berg stor vekt på å trekkja dei større linene gjennom å omtala handlingar og synspunkt ut frå perspektiva til einskildmenneske. I mange tilfelle går han svært nært innpå både faglege vurderingar og personlege forhold. Dei etiske vurderingane bak dette, gjer han greie for i epilogen. Her er eg imponert over Berg. Han får fram ulike trekk ved personane, både slike som kan oppfattast som positive og negative, utan dette blir brukt som eintydige merkelappar på dei. I all sin ulikskap, går Berg kvar person i møte med ein kombinasjon av djup respekt og positiv nysgjerrigheit. Det er ikkje Berg som definerer «helt» eller «skurk» i denne historia. I den grad det er aktuelt, let han lesaren sjølv ta seg av det.

Eg har ikkje vore i stand til å finna direkte faktiske feil i teksten. Men eg merker meg at Berg, trass i den store detaljrikdommen og nærleiken til einskildpersonar, nokre stader har vald å unngå å ta med hendingar som han ganske sikkert har kjent til. Det handlar til dømes om slikt som krangler som ytra seg utåt og om korleis dei sentrale konfliktilinene også forplanta seg nedover i organisasjonen og ut over til fylkeslegeembeta. Mange av desse hadde eit tydeleg personleg preg, og var både tilspissa og utfordrande gjennom lang tid. Mangelen på desse rokkar på ingen som helst måte ved den grunnforteljinga som blir presentert. Der slike forhold har noko å seia for den store forteljinga, er dei tatt med. Dette gjeld til dømes framstillinga av forholdet mellom helsedirektør Mork og fylkeslege Kolbjørn Øygard (1927–2014) i Finnmark (sidene 568–569).

### **Både tekst og intervju**

Som grunnlag for tolkingane sine, kombinerer han materiale frå intervjuar med tekstar frå samtida. I det vesentlege brukar han tekstar frå forvaltning og politikk. Til ein viss grad koplur han det også opp mot dei budskapane som kom fram i massemedia på den tida. Eg tykkjer det er spennande å sjå at massemedia i stor grad makta å fanga opp realitetane i det som skjedde, men i mindre grad fekk fram grunnlaget for dei skarpe synspunkta som blei fremja.

Berg presenterer også ein brei gjennomgang av helselovgivinga. Der trekkjer han linene bakover til før den aktuelle tidsperioden, og viser til vesentlege moment som peikar inn mot den nye lovgivinga som kom fram mot tusenårsskiftet. I denne delen brukar han stor sett berre skriftlege kjelder, noko som medfører eit stilskifte i teksten. Frå å ha eit munnleg preg, slik at vi nesten kan høyra røysta til Ole Berg, blir det i denne delen ei meir ordinær, statsvitskapleg og dels juridisk prega historieforteljing. Teksten er på ingen som helst måte uinteressant. Den er svært relevant, men litt tørrare å lesa. Desse meir allmenne omtalane og tolkingane kunne i og for seg vore tatt ut til ei eiga bok.

Sidan det ikkje er intervjustoff i denne delen, får forfattaren sine egne tolkingar stå meir åleine. Men stort sett treff Berg godt der også. Kanskje undervurderer han sprengkrafta i dei endringane som kom inn i legelova av 1980, samanlikna med den frå 1927? Eg tenkjer at både den utvida plikta til øyeblikkeleg hjelp og kravet om forsvarleg verksemd, kan lesast som eit kraftig signal frå samfunnet om å ønskja seg eit djupare innsyn i det som legane dreiv med og måten legane og helsetenesta organiserte arbeidet sitt på.

### **Kan vi ønskje meir?**

Når verket alt er i overkant omfangsrikt, er det sikkert dårskap å peika på at noko manglar. Det er eit godt namneregister, men eit stikkordregister manglar. Ut frå perspektivet mitt kunne eg også ønskt meg noko meir refleksjon rundt forholdet mellom Helsedirektoratet og det dåverande Statens institutt for folkehelse. Slik sett saknar eg Bodolf Hareide på intervjuista.

I lys av den årelange debatten vi har hatt om tryggleik i petroleumsverksemda, hadde det også vore interessant med ei drøfting av Helsedirektoratets kontinentalsokkelkontor og samarbeidet med Oljedirektoratet. Mykje av den konkrete tenkinga bak utviklinga av tilsynsmetodikken på 1990-talet, stammar truleg frå kontakten mellom Helsedirektoratet og Oljedirektoratet sidan seint på 1970-talet. Her kunne Marit Kromberg vore eit godt tidsvitne. Like eins er Helsedirektoratets viktige rolle i beredskapsarbeidet knapt nemnd anna enn når det gjeld lækjemiddelforsyninga.

Dette peikar på forhold som andre kan gå vidare på, og då vil dei i Ole Bergs store og grundige arbeid finna ei vesentleg og strukturerande sekundærkjelde. Denne boka har eit innhald som burde interessera alle helsepolitikarar, tillitsvalde og leiarar i helsetenesta. Omfanget gjer nok at den likevel berre er interessant for «dei spesielt interesserte». Men når det er sagt, er det flott at dette arbeidet er gjort. Ikkje minst dei delane der intervju-materialet er aktivt brukt, gir slike innblikk i utviklinga i helsetenesta som elles fort ville ha blitt borte for framtida.

### **Litteratur**

1. Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltningens utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrappport8\\_2009.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrappport8_2009.pdf) (30.3.2021).

*Geir Sverre Braut*

*geir.sverre.braut@sus.no*

*Stavanger universitetssjuehus og Høgskulen på Vestlandet*

# Nesten samfunnsmedisin

John Gunnar Mæland, red.

*Sykdommers sosiale røtter*

Oslo: Gyldendal, 2020

281 s. Pris NOK 449

ISBN 978-82-05-52394

*Michael 2021; 18: 227–9.*

Tidligere professor i sosialmedisin og forebyggende helsearbeid ved Universitetet i Bergen, John Gunnar Mæland, har et stort forfatterskap bak seg om sammenhengen mellom samfunn og helse. Denne boka er en antologi hvor Mæland har vært både redaktør og kapittelforfatter. Han har tatt med seg ni andre sentrale fagpersoner. Sammen gir de leseren en oppdatering om det boktittelen tilsier, sykdommers sosiale røtter.

Boka har fire hoveddeler. Del 1 er en generell innføring og ser sykdom og helse i et sosialt perspektiv. Tre kapitler, skrevet av Mæland selv, Steinar Krokstad og Øyvind Næss, gir en oversikt over sammenhengene, inkludert noen eksempler på etablerte risikofaktorer. En hønnør til Næss for at han har trukket fram Anders Forsdahl (1930–2006) fra Tromsø, en av dem som var opptatt av de lange linjene i folkehelsen og fikk navnet sitt knyttet til Forsdahl-Barker-hypotesen om kopling mellom levekår i tidlig alder og sykkelighet og dødelighet senere i livet.

Del 2 *Sosiale helsedeterminanter* drøfter store spørsmål i livet i fem kapitler, forfattet av Mæland selv, Frode Thuen, Esperanza Diaz og Jon Ivar Elstad. Betydningen av en trygg og god barndom, foruten et godt nettverk seinere i livet er greit beskrevet, likeledes kjønnsforskjeller. Diaz' kapittel 7 heter, ganske lovende, *Migrasjon som helsedeterminant*. Det er oppdatert og veldokumentert om innvandrere. Men migrasjon er mye mer enn innvandrere. Helseeffektene ved den langt større migrasjon som består i de flyt-



tinger de aller fleste nordmenn foretar i løpet av livet, styrt av utdanning, arbeidsmuligheter, økonomi og mange faktorer de selv bare i liten grad styrer, er knapt berørt. Leseren blir derfor særlig interessert ved å bla videre til kapittel 8, Jon Ivar Elstads *Makrobetingelser for helse: Hva betyr velferd, inntektsfordeling og økonomisk krise for folkehelsen?* Her er det mye, god og oppdatert informasjon. Leserinteresser er selsagt ulike, men for denne anmelder framstår drøftingene i Elstads kapittel som noe av det beste i boka.

Del 3 *Hvordan kommer det sosiale under huden?* med to kapitler av Mæland selv, Anna Luise Kirkengen og Elling Ulvestad, går i dybden om blant annet livserfaringer og biologi.

Del 4 *Sunne samfunn: Kan folkehelsearbeidet bidra?* har to kapitler. *Politikk for et sunnere samfunn* er skrevet av Mæland selv. Sammen med Dag Helge Rønnevik behandler han lokalt folkehelsearbeid under omstilling.

Dette er en god bok. Dyktige forfattere har skrevet kunnskapsrikt. Kapitlene har rikelig med henvisninger til videre lesning. Men likevel – man åpner boka med forventning og lukker den med forbauselse: Faktorer som påvirker helsen – er det ikke mer? Hvor er resten av faktorene?

Forklaringen på hvorfor viktige temaer mangler, antydes allerede i kapittel 1. Der står det (side 21) at de første spirene til våre dagers sosialepidemiologi kan spores i 1960- og 1970-årene i USA. På side 22 står det hvordan man i 1980- og 1990-årene gjenoppdaget sosiale ulikheter i helse. Videre står det at den gamle sosialmedisinske innsikten på denne tiden var falt ut av oppmerksomheten. Det er feil. Gammel innsikt var ikke falt ut. Den var blitt aktivt skjøvet ut.

Sosialhygienisk tenkemåte, tilnærming til folkehelsen på bred front, og samfunnsforhold som medisinsk anliggende, har i Norge lange røtter. I etterkrigstiden ble dette helhetssynet paradoksalt nok nedbygd, både i medisinstudiet og i samfunnet. Ved Universitetet i Oslo ble det store hygienefaget i 1952, den gang sikkert velment, splittet i en befolkningsrettet sosialmedisin og en miljørettet hygiene. I årene som fulgte ble sosialmedisinen gradvis dreid til å bli svake grupper medisin. Hygienen skallet av sentrale deler av miljømedisinen til andre fagfelt. Ved fakultetene ble hygienen på den ene siden rendyrket epidemiologi, på den annen side individsentrert forebyggende medisin. Legers kompetanse om sosiale og fysiske miljøfaktorer ble svekket. Det vokste fram en legerolle som var snevrere enn før. Det er nå den reorienteringen Mæland beskriver, kommer inn.

Men mye var og ble borte. Derfor er den i og for seg velskrevne del 4 om sunne samfunn påfallende tafatt i forhold til resten av boka. Det er observatørens røst vi hører, ikke den ansvarlige aktørens. Infrastrukturen i

samfunnet, fra skoleverk til søppelhåndtering, er menneskeskapt. Helsehensyn kan, bør og må tas med hele veien.

Bare ett eksempel på stoff som savnes i en bok om sykdommers sosiale røtter: Stedsplanlegging og folkehelse er et svært område med en enorm litteratur. Hvordan norske byer og steder blir utformet, griper dypt inn i folks livsform, økonomi, trivsel og helse. Hele fagfeltet *Helse i plan* får i denne boka bare femten forholdsvis intetsigende linjer på sidene 256–257.

I neste utgave bør Mæland legge til kapitler om emnene som mangler. Da vil han ha fullført rehabiliteringen av den samfunnsmedisinske tenkemåten.

*Øivind Larsen*

*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Institutt for helse og samfunn*

*Universitetet i Oslo*

## En usedvanlig god bok

Liv Bjørnhaug Johansen

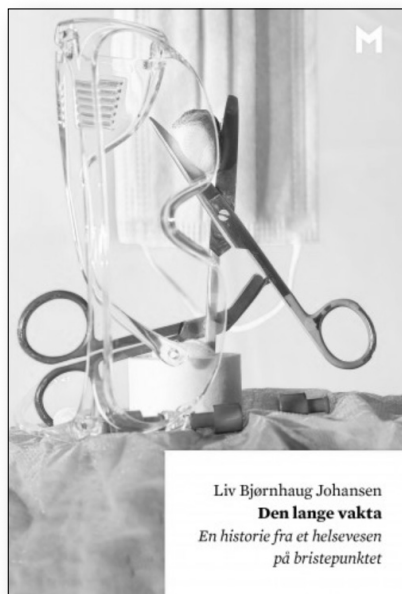
*Den lange vakta: en historie fra et helsevesen på bristepunktet*

Oslo: Forlaget Manifest, 2021

205 s.

ISBN 9788283421118

*Michael 2021; 18: 230–1.*



Sykepleier Liv Bjørnhaug Johansen har skrevet en usedvanlig god og rikholdig bok om å være sykepleier i dagens helsevesen. Hovedmotivet er sykehusenes møte med pandemien. Men boka rommer mye mere og favner så vidt mye at pandemien blekner. Det er nemlig ikke småtterier Bjørnhaug Johansen setter seg fore. Hun vil bruke egne erfaringer fra sykepleien til å tegne et bilde av pasientmøtene og virket som sykepleier i avdelingen og sykehuset. Fra dette perspektivet gjør hun seg refleksjoner om sykehusenes og den øvrige helsetjenestens betingelser i dag. Underveis blir vi innført i helsetjenestens organisering og indre liv. Hun skildrer både de helt overordnede perspektiv og de små og nære detaljer. Vi får trukket opp de overordnede rammene for dagens organisering, og hun legger ut om systematiske undersøkelser av ansattes opplevelser.

Det er altså en variert tilnærming hvor undersøkende journalistikk og analyse kombineres med nære erfaringer og refleksjoner. Og oppi alt dette kommer en pandemi. Forfatteren trår inn i ulike terreng som har sine ulike grøfter; de nære skildringene kunne blitt påtrengende eller svulstige, de overordnede perspektivene kunne blitt kjedelige og ambisjonen om å dekke over det hele kunne blitt heseblesende. Men slik er ikke boken blitt. Hun styrer klar av alle grøfter. Hennes mange og vekslende tilnærminger spiller fint opp mot hverandre, og skaper en variert, nyansert og rik fortelling.

Enkelte passasjer er så sterke at det stikker i brystet. Møtene med de ensomme og redde, de døende og de forvirrede. Opplevelsen av ikke å strekke til. Redselen for å injisere feil medikament. Og omformingen – fra fortellerens sivile og reserverte jeg – til hennes hvitkledde alter ego. Den som bruker kroppen som sitt verktøy, som stryker engstelige hender og vasker de mest intime stedene. Hud mot hud. Kall meg gjerne pretensios, skriver Bjørnhaug Johansen. Hun trenger ikke uroe seg. Det er makeløst ærlig og modig skildret, og en gripes.

Boka er full av nærvær. Forfatteren oppfattes nærværende i skildringen, med sine tolkninger og betraktninger. Det er nærvær blant de ansatte på postene, og ikke minst er det nærhet til pasientene. Nærværet mellom de som er ute i tjenestene kontrasteres av det ledelsesmessige fraværet. Ikke bare er de konkret fraværende i fortellingen. De er også fraværende i tanke settet. De tar ikke del i det sterke fellesskapet mellom pleierne og pasientene. De tar ikke del i omsorgen og omtanken. Fraværet merkes godt i teksten, det er som om huset mangler en vegg, som om de jobber i vær og vind. En ødslig himmel over det meningsrike.

Og skulle en redusere boka til et enkelt tema er vel kontrasten mellom verdsettene blant de ansatte og deres oppdragsgivere i helsehierarkiet mest påtrengende. Flere av de intervjuede gjør seg tanker om de vil fortsette i jobben, også fortelleren. Skiftarbeid, tidspres og manglende anerkjennelse for jobben kommer frem i ulike former. Opplevelsen av å utnyttes trer tydeligere frem i pandemien. Fortellingen etterlater et inntrykk av et helsevesen i en langsom krise, og at mange er i ferd med å gi opp.

En kunne sikkert finne ting å sette fingeren på i en anmeldelse. Men *Den lange vakta* er blitt en så sterk og god fortelling. Og når et så vidløftig prosjekt lykkes så godt, da fortøner det seg som smålig å jakte på innvendinger. Hvem passer boka for? I utgangspunktet oss alle. Vi er alle i berøring med helsetjenesten. Som pasienter kan vi varmes av omtanken som driver mange i helsetjenesten. Helsearbeidere kan få satt ord på egne erfaringer og ta del i kloke refleksjoner. En del leger kan kanskje forstå litt mere av den verden de trer inn i på postene. Og administratorene kan oppdage at virksomheten er så mye mer kompleks og rikere enn Excel-arkene. Viktigst er det nok at Ole Bergs mange disipler i «det industrialiserte helsevesenet» leser boka. Da vil de kanskje få øynene opp for hva de står i fare for å rasere.

*Christian Grimsgaard*  
*christiangrimsgaard@gmail.com*  
*Oslo*



## Skarp analyse fra sykesengen

Timothy Snyder

*Vår sykdom: lærdommer om frihet fra en sykehusseng*

Oslo: Forlaget Press, 2020

174 s. Pris NOK 299

ISBN 9788232803835

*Michael 2021; 18: 232–3.*



Begrepet *malaise* beskriver en tilstand av sykdom og utmattelse hvor håpet om at noe kan gjøre tilstanden bedre, svinner. Timothy Snyder forteller i sin bok om tre tilfeller av *malaise*: sin egen sykdom, sykdomstilstanden i den amerikanske befolkningen og sykdomstegnene i det amerikanske helsesystemet.

Snyder er historiker og holocaustforsker og har fordypet seg i totalitære regimers tankesett og verdigrunnlag, eller mangel på dette. Hans eget nylig gjennomgåtte alvorlige sykdomsforløp med peritonitt, sepsis og leverbetennelse etter for seint behandlet blindtarmbetennelse, er en rød tråd gjennom boken. I tillegg har han slitt med ulike sykdommer siden han var ung voksen. I store deler av livet har han bodd i Europa – England, Tyskland, Frankrike og Østerrike – og har dermed brukt helsetjenester i flere land.

Snyder bruker sin bakgrunn som historiker, pasient og kosmopolitt til å beskrive grunnleggende forutsetninger for god helse. Videre gir han oss en komparativ helsesystemanalyse beskrevet fra en ikke-medisiners ståsted. Vi kan nok kalle han en brukerstemme med særdeles godt erfarings- og kunnskapsgrunnlag.

Frihet, eller mangel på frihet, står helt sentralt i Snyders analyse. Slik Snyder ser det, slo den amerikanske konstitusjonen fast individets frihet, men har så sviktet i å bygge institusjoner som sikrer den amerikanske borgeren denne friheten. WHO slo under sin etablering fast at *helse er en*

*menneskerettighet*. Snyder peker på paradokset at europeiske land, som bygget sine grunnlover på den amerikanske konstitusjonen, har klart å gå videre ved å gi borgerne rett til helsetjenester. Vissheten om at kollektivet tar vare på helsen din bidrar til trygghet og dermed frihet. Individet som må kjempe for egen helse, er ufritt. Rett til helse forutsetter rett til helsetjenester, og mangelen på dette i USA har gjort befolkningen sykere med eskalerende fedmeepidemi, opioidkrise, økende spedbarnsdødelighet og utflating av forventet levealder, til og med fallende forventet levealder i visse befolkningsgrupper.

Snyder betegner den negative helseutviklingen i USA som samfunnsykdommen og han trekker linjene tilbake til antikken og antikkens filosofer for å beskrive demokratets bærende rolle for å gi borgerne frihet. Han sammenlikner Trump med den klassiske tyrannen hvis maktmidler blant annet var å holde tilbake informasjon, spre falsk informasjon og ikke minst omgi seg med dem som sier det tyrannen ønsker å høre. Dette kjenner vi vel alle igjen fra Trumps håndtering av covid-19, og dr. Anthony Fauci har blitt et symbol på hvordan vitenskapsbasert kunnskap ikke passer tyrannens mål og mening.

Et annet eksempel på demokratisk forfall som Snyder beskriver, er forvitring av journalistikken og særlig lokaljournalistikken med redusert ytringsfrihet som resultat. Amerikanerne vet ikke lenger hva som skjer rundt dem og det er vanskeligere å gjøre opprør. Resultatet kjenner vi. USA har det høyeste antall smittede og de høyeste dødstallene som følge av pandemien. Tyrannens behov for sannhetsforvringning fører til død, sykdom og tap av frihet.

Om man skal ha fullt utbytte av boken er det en fordel å kjenne til grunnleggende elementer i amerikansk helsepolitikk, men den historiske og filosofiske tilnærmingen er logisk og godt bygd opp. Det blir en del gjentakelser når Snyder vender tilbake til egen sykdomshistorie og den er mindre viktig for leseren enn den har vært for han for å få inspirasjon og innsikt. Men vi savner gode og tydelige brukerstemmer, så det bør vi tåle! Snyder har en god problemforståelse og belyser problemene fra sitt ståsted, men han gir oss ingen løsninger. Elisabeth Warren og Bernie Sanders ga oss det. Begge røk ut av den amerikanske presidentvalgkampen – og det var kanskje nettopp derfor?

*Johan Georg Røstad Torgersen*  
*johan.georg.rostad.torgersen@helsedir.no*  
*Helsedirektoratet*

# Fins det et humant brukergrensesnitt?

Hans-Magnus Ystgaard

*Noreply: om en samfunnskontrakt som smuldrer*

Oslo: Spartacus, 2020

92 s. Pris NOK 199

ISBN 9788243013520

*Michael 2021; 18: 234–5.*



Hans-Magnus Ystgaard er bonde, forfatter og kulturarbeider og har tidligere gitt ut en rekke bøker. Denne boka tar utgangspunkt i forfatterens møte med Folkeregisteret! Ystgaard har en voksen sønn som er psykisk utviklingshemmet. Sønnen fikk med årene økende helseproblemer og dermed et omsorgsbehov som ikke lot seg ivareta i hjemmet der han hadde bodd hele livet sammen med foreldrene. Han fikk tildelt et godt botilbud av kommunen. Men i all viraken rundt etablering av det nye hjemmet hans, glemte foreldrene å melde flytting for ham. Og som eldre folk, var deres siste erfaring med flyttemelding et personlig oppmøte på kommunehuset. Denne gang skulle de erfare flere og annerledes møter med [www.skatteetaten.no](http://www.skatteetaten.no).

Etter hvert har de fleste av oss vent oss til digitale møter med offentlige kontorer. Ystgaard har også digital erfaring, men han greier å tydeliggjøre hvordan selv trente «brukere» i slike møter kan snuble i byråkratiets sosiolekt. Og når du som bruker svikter i denne kommunikasjonen, møter du mer av det samme i form av e-post fra [noreply@xyz.no](mailto:noreply@xyz.no). E-postenes innhold er gjengitt i boka. Og merkelig nok synes jeg boka her er på sitt beste når den omtalte sosiolekten avkler seg selv. Ystgaard blir minnet om at han, på vegne av sønnen,

snart fortjener straffegebyr. Han er ikke i posisjon til å melde flytting for sin sønn – han er ikke korrekt oppnevnt verge. Kommunikasjonen forflytter seg mot Fylkesmannens (nå: Statsforvalterens) vergemålsavdeling. En kunne forvente at kommunikasjonen løste seg opp ved samtale, men den bryter i stedet helt sammen når Fylkesmannens representant anklager den aldrende faren med livslang omsorgserfaring for lovbrudd og straffeansvar. Her synes jeg boka nærmer seg pensumnivå for byråkrater i helse- og sosialfeltet.

Jeg skal ikke klandre Ystgaard for at han etter dette taper tiltro til den digitaliserte samfunnsutviklingen. Men jeg synes boka i de følgende kapitlene blir springende kritisk uten at temaene er like godt illustrert. Teksten får preg av at det meste var bedre før. Det var det vel neppe.

Ystgaard gjenvinner grepet på meg som leser når han skildrer sitt eget behov for hjelp i møte med helsetjenesten etter et beinbrudd. Han får godt fram egen sårbarhet og hvordan helsepersonells evne til å bygge tillit er avgjørende for gode møter med den som er sårbar. Han tydeliggjør hvordan tillit er grunnlaget for samfunnskontrakten i en velferdsstat. For den som er «bruker» må det være mulig å delta i en samtale med hjelpere og også med offentlige institusjoner. Her ligger bokas viktige budskap. Eksemplene tåler å tas fram i diskusjoner i helse- og sosialtjenesten, i Nav og Skatteetaten og hos statsforvalterne. Det er et problem når potensielt store digitale fremskritt til de grader legger grunnlag for avmaktfølelse hos dem som trenger tjenestene.

*Per Stensland*  
*per.stensland@uib.no*  
*Oslo*

# Grunnbok om psykisk helse hos eldre

Johanne Tonga, Martin Bystad, red.

*Psykisk helse hos eldre: mestring og behandling*

Oslo: Gyldendal, 2020

349 s. Pris NOK 479

ISBN 9788205531352

*Michael 2021; 18: 236–7.*



Redaktørene skriver i forordet at målgruppen for boken er helsepersonell med spesiell interesse for Eldres psykiske helse, i alle delene av helsevesenet. Målet er å gi forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om feltet, og tilby praktiske verktøy i behandling og for å fremme mestring. De ønsker å fylle et tomrom i litteraturen ved å fokusere på «normalitet og mestring» fremfor sykdom.

Boken består av 14 kapitler skrevet av ulike forfattere, som har bred erfaring fra klinisk arbeid og forskning. Aldersbetingede endringer i personlighet, søvn og seksualitet vies plass innledningsvis. Deretter følger kapitler om de vanligste sykdomskategoriene som depresjon, angst, selvmordsatferd, kognitiv svikt, traumer og rusproblemer. Til slutt handler det om å leve med langvarige smerter, bruk av avspenningsteknikker og arbeid med pårørende.

Ambisjonen om å dekke helseområder som ikke er omtalt i andre fagbøker, er delvis oppfylt. Særlig er kapitlene om søvn, smerter og bruk av avspenningsteknikker for å mestre ulike plager friske innslag og godt skrevet. Kapitlene om psykisk sykdom, som depresjon, angst og selvmord, fremstår godt forankret i kunnskapsbasert behandling. Et lite unntak må være bruk av tvang med hjemmel i psykisk helsevernloven ved suicidfare. Her burde forfatteren ha presisert at farekriteriet kun kan komme til anvendelse der hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse foreligger.

Boken fremstår variert i oppbygningen, noe som kan gi leseglede, men som kan begrense utbyttet noe. Man kunne ønske seg en mer enhetlig oppbygning av kapitlene og tydeligere beskrivelse av hvem man henvender seg til underveis. Her har forfatteren av depresjonskapitlet på forbillig vis beskrevet de ulike handlingsrommene helsepersonell har, avhengig av arbeidssted og rolle.

Boken anbefales som innføring for helsepersonell som har lite erfaring med temaet fra tidligere og vil nok passe best for dem som arbeider i kommunehelsetjenesten med lettere psykiske plager og lidelser blant eldre.

*Cecilie Bhandari Hartberg  
c.b.hartberg@medisin.uio.no  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Oslo*

# Praktbok om Dikemark

Aina Skoland, Vibeke Glosli

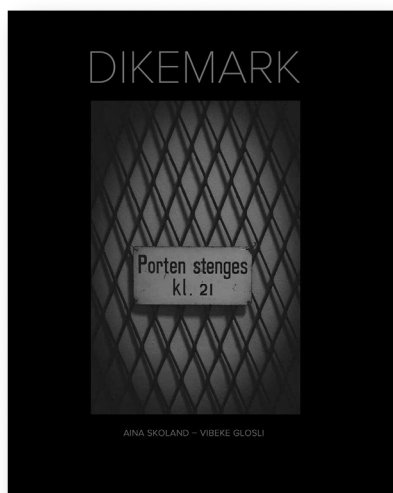
*Dikemark: porten stenges kl. 21*

Asker: Aina Skoland og Vibeke Glosli, 2020

264 s. Pris NOK 369

ISBN 9788269206401

*Michael 2021; 18: 238–9.*



I 1905 åpnet Kristiania kommunale sindssygeasyl dørene til sitt flotte nye anlegg på Dikemark i Asker. I dag er det stillhet og forfall som preger de vakre bygningene. Nå har journalisten Aina Skoland og fotografen Vibeke Glosli utgitt en praktbok om sykehuset.

Forfatterne mener at det er skrevet mye om norsk psykiatrichistorie generelt og Dikemark spesielt, men at mesteparten føltes lite tilgjengelig og skrevet for spesielt interesserte. De ønsket derfor å utgi en bok som tilgjengeliggjør Dikemarks historie for folk flest.

Boka er virkelig flott. Design, innbinding og bildekvalitet er fremragende. Den er lettlest, layouten luftig og fotografiene lekre. Mange vil ha

stor glede av den. Ifølge utgiverne har arbeidet tatt to år. Den har ingen referanser, men bakerst står en liste over ti publikasjoner, som er brukt som informasjonskilder i tillegg til mange nettsider og «utallige historiske avisartikler».

Boka er bygd opp av seks kapitler. I det første er spørsmålet hvorfor myndighetene i det hele tatt bygde et asyl på Dikemark. Avgjørelsen ble tatt i 1898. En av grunnene, får vi vite, var ønsket om å få de sinnssyke ut av bykjernen i hovedstaden. Stort sett gikk klagen på fyll, bråk og ubehageligheter, men av og til ble det verre. Så fortelles historien om «Ullevolds-mordet».

En ung kvinne ble drept 3. juledag 1894 i nærheten av Vestre Aker kirke. Det var overlegen ved Ullevål sykehus, P.H. Aaser (1848-1923), som fant henne. Drapsmannen ble dømt til straffarbeid på livstid (1). Forfatterne hevder at til tross for at alle landets «sindssygelæger» var enige om at mannen var alvorlig syk, fant man ingen plass til ham i psykiatrien. Men dette er feil. Under rettssaken ble det konkludert med at mannen var tilregnelig, men etter kort tid ble han overført til Kriminalasylet i Trondheim. Psykiateren Johan Scharffenberg (1869–1965) skrev i 1935 at saken var en «plet på norsk rettspsykiatri». Den burde prinsipielt vært gjenopptatt, mente han, da den dømte «utvilsomt var sinnssyk på gjerningstiden og lenge før» (2). Det var altså de sakkyndige som hadde kommet til gal konklusjon. Det var kanskje ikke så merkelig, ettersom en av dem var «helt inkompetent», ifølge Scharffenberg (2). Saken er nylig omtalt i flere bøker og avhandlinger (3–7).

Skoland & Glosli har gjort et fint arbeid. Jeg skulle ønske meg at neste gang noen går i gang med Dikemarks rike historie, blir det i form av en grundig historisk analyse.

## Litteratur

1. «Bødkeren» for Lagmansret. Dagbladet 27.3.1895: 2. <https://www.nb.no/items/8b7f1f105a0d316327e7d908e73b29ca?page=1> (20.12.2020).
2. Scharffenberg J. Harbitz: Lærebok i rettspsykiatri. Arbeiderbladet 21.10.1935: 8. <https://www.nb.no/items/c7038842fb74cf597ff9ed6f2a946a07?page=7> (20.12.2020).
3. Sæther MA. «Kastrer dem, sperr dem inde!» En studie av kvinnebevegelsens tilnærming til seksualforbrytere 1895–1934. Masteroppgave i historie. Trondheim: NTNU, 2014: 9–17. <http://hdl.handle.net/11250/244426> (20.12.2020).
4. Warberg S. Den fødte forbryter: diskursive brytninger i fremstillinger av kriminalitet og degenerasjon i norsk litteratur og offentlighet 1890–1910. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU, 2016: 279–89. <https://www.nb.no/items/ddcbd0f3cb9621f674e101468a0f0139?page=289> (20.12.2020).
5. Skålevåg SA. Utilregnelighet: en historie om rett og medisin. Oslo: Pax, 2016: 117. <https://www.nb.no/items/b142c587e3957b9048b16d1a0fa8164e?page=119> (20.12.2020).
6. Lorenz A. Fra de frimodiges leir: Ragna Nielsen, født Ullmann: skolearkitekt og kvinneverdikator. Oslo: Aschehoug, 2014: 269–74. <https://www.nb.no/items/9e6a8993067d7cc0b75ae2bacdcb68a1?page=279> (20.12.2020).
7. Jonassen M. Livet er et pust: Ragna Nielsen: en biografi. Oslo: Aschehoug, 2011: 142–8. <https://www.nb.no/items/11ee13668b0ebf24328a209f250ccb16?page=145> (20.12.2020).

*Erlend Hem*

*erlend.hem@medisin.uio.no*

*Universitetet i Oslo og Legeforskningsinstituttet*



# Fra begavet barn til spennende kunstner med mye alkohol

Sverre Koren Bjertnæs

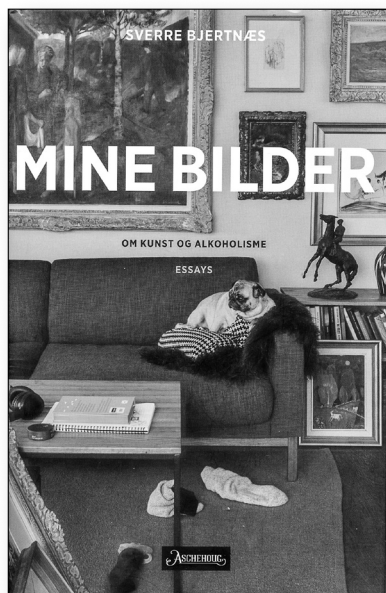
*Mine bilder. Om kunst og alkoholisme*

Oslo: Aschehoug, 2021

220 s. Pris NOK 332

ISBN 978-82-05-26870-0

*Michael 2021; 18: 240–1.*



Sverre Koren Bjertnæs er en av landets mest kjente yngre malere og grafikere. Han har skrevet en selvbiografisk bok, som består av 24 lettleste essays, ganske fikst oppbygget, nesten kronologisk, basert på malerier på hans egne vegger. Han beskriver seg selv fra ungdommen av, sin utvikling både som kunstner og alkoholmisbruker, i forhold til bildene og dermed til kunstnerne som blir hans forbilder. Til tross for økende alkoholbruk i mange år greier han likevel å arbeide seriøst med sin egen læring som kunstner.

Bjertnæs er kjent som elev av Odd Nerdrum, men hans første lærer fra 14-årsalderen i Trondheim var den naturalistiske maleren og billedhuggeren Tore Bjørn Skjølsvik. Da Bjertnæs var 16 år gammel, brente han skolebøkene og flyttet til Oslo, hvor han i flere år bodde hos Nerdrum som han beundret og lærte mye av.

Senere samarbeidet han med Bjarne Melgaard i flere perioder. Bjertnæs gjør i boken også et forsøk på å forsvare Melgaards «A house to die in», som Melgaard hadde planlagt på Ekely, Munchs tidlige eiendom i Oslo.

Bjertnæs beskriver en svært positiv reaksjon på alkohol. Han begynte å drikke som tenåring: «det å drikke for første gang hadde vært altoverskygende forandrende». Han har en påfallende analytisk holdning til drikkingen. «Ingen av kameratene mine som var der og drakk sammen med

meg den dagen hadde følt på noe av det samme da jeg spurte dem etterpå. «Det jeg hadde følt var at livet endelig hadde startet» og «Selvsikkerheten og tryggheten alkoholen ga meg kom øyeblikkelig». Men bieffekten var at han ikke greide å stoppe å drikke og heller ikke å beherske sin oppførsel. «Det er ingenting jeg savner mer enn å våkne med abstinens, for så å drikke den bort». Bjertnæs har for øvrig et negativt forhold til dopbruk.

Foreldrene gjorde mange forsøk på å få ham til å slutte å drikke. De snakket med kameratene, og de prøvde antabus. Han ble etter hvert innlagt både kortvarig og langvarig på forskjellige avrusningsklinikker, som han beskriver som «leirskole for voksne». Først med kontakt med Anonyme Alkoholikere møtte han en behandler og et system som fikk han til å greie å ta tak i problemene.

Bjertnæs skriver om myten kunstnere som drikker. Jeg venter hele tiden at han skal skrive om Munchs alkoholbruk og sammenbrudd, men det gjør han ikke, selv om det er klare paralleller.

Hans venner, familie og ekteskap omtales med respekt og velvilje: «Jeg var gift i seks kaotiske år på Kløfta». Det var mye fyll, og det var også barn der.

Boken er en kunstners malende beskrivelse av livet som alkoholiker. Da han skrev boken, hadde han vært tørrlagt i ti år. Men leserne lurer stadig på hvordan det går.

Boken anbefales for alle som er interessert i behandling av alkoholisme. Den gir også korte og interessante glimt inn i moderne kunsthistorie. Men det er den personlige beskrivelse av alkoholisme som gjør den god.

*Ingegerd Frøyshov Larsen*  
*ifro-lar@online.no*  
*Oslo*

# Engasjerande om framtidsmennesket

Sigrd Bratlie, Hallvard Kvale

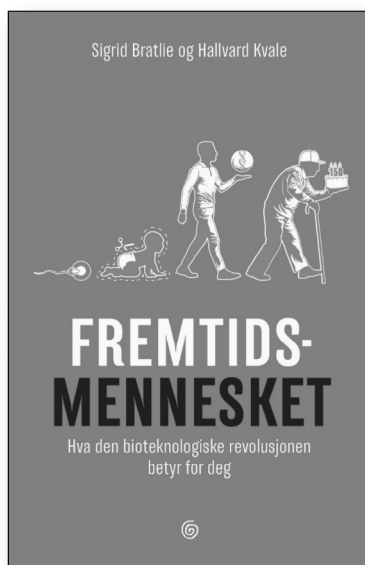
*Fremtidsmennesket. Hva den bioteknologiske revolusjonen betyr for deg*

Oslo: Kagge Forlag, 2020

207 s.

ISBN 978-82-489-2610-8

*Michael 2021; 18: 242–3.*



Utviklinga av ny bioteknologi skjer i stor fart. Mykje godt har kome ut av det, og det er knytt stor spenning til alle dei potensielle mirakla vi kan ha i vente, til dømes når det gjeld behandling av arvelege sjukdomar. Men utviklinga tvingar også fram ei rekkje vanskelege etiske spørsmål.

Forfattarane meiner at vi no har nådd eit punkt der bioteknologien er i ferd med å endre sjølve «spelereglane» for livet. Med slik teknologi kan ein no «overstyre biologien». Grenser blir stadig kryssa eller flytta på, og ifølgje Bratlie og Kvale hastar det å kome på banen dersom ein ynskjer å vere med på å påverke diskusjonen og avgjerdene om kva for retningar utviklinga skal få ta. Men å ta stilling til slike kompliserte spørsmål utan å ha tilstrekkeleg grunnleggande kunnskap, er ikkje enkelt. Målet med boka er difor todelt: Å spreie kunnskap om «det utrolige maskineriet som

menneskekroppen er», og samstundes engasjere lesaren til debatt om vegen vidare.

Boka har tre hovuddelar, som tematisk sett samlar seg rundt ulike livsfasar. I fyrste delen, *Livets begynnelse*, får vi innsikt i nokre av debattane som knyter seg til bruken og utviklinga av reproduksjonsteknologi. Vi får eit fascinerande – og tidvis litt skremmande – innblikk i korleis framtida kan bli. Andre delen, *Midt i livet*, famnar om eit vidt spekter av tema, frå meir kuriøse døme som gentestbasert nettdating, til alvorleg genetisk sjuk-

dom og moglegheiter for å «hacke» og redigere biologien vår slik at vi kanskje kan unngå slike lidningar i framtida. Den tredje delen, *Livets slutt*, tek mellom anna føre seg kva aldring er biologisk sett, gode råd for sunn aldring, og korleis bioteknologi i framtida kanskje kan nyttast for å motverke aldring.

Jamnleg vender forfattarane seg direkte til lesaren med spørsmål som: Skal vi kunne velje kva for eigenskapar barn blir fødde med, også når det ikkje gjeld sjukdom? Kor mykje vil du eigentleg vite om genene dine og det som eventuelt måtte vente deg av sjukdom i framtida? Og kor gammal ynskjer du eigentleg å bli, dersom du kan velje fritt og alt er mogleg?

Forfattarane kjem sjeldan med eigne, bastante svar; i staden let dei lesaren tenkje sjølv. Undervegs gjer dei alt dei kan for å gje lesaren ei lettfat-teleg, grunnleggande innføring i biologi og teknologi. Til dømes opnar fyrste kapittel med eit «kræsjskurs» i genetikk, og gjennom heile boka veks-lar dei mellom slike korte «naturfagtimar» og å stille spørsmål som skal få lesaren til å stoppe opp og tenkje. Denne oppbygginga fungerer godt.

Noko av det mest imponerande er at forfattarane har greidd å gjere tungt og komplisert fagstoff så lettlese, fengjande og tidvis underhaldande. Dei greier å halde på lesaren gjennom heile teksten utan ein einaste illustrasjon. Derimot gjer dei flittig bruk av metaforar og andre språklege bilete, på ein måte som eigentleg er verd ein studie i seg sjølv.

Begge forfattarane er erfarne populærvitskapsformidlarar. Dei når i høgste grad målet om å spreie kunnskap om menneskekroppens maskineri, og dei gjer det på ein føredømeleg måte. Vonleg vil vi også sjå at dei lukkast med å nå det andre målet: Å engasjere til meir opplyst samfunnsdebatt om dei vegvala som vi alle må vere med på å ta. Ein føresetnad er at så mange som mogleg les boka, som med dette er tilrådd på det varmaste!

*Kristine Lillestøl*

*lillek@ous-hf.no*

*Avdeling for medisinsk genetikk*

*Oslo universitetssykehus*

## Glimrende historiefortelling

Bo S. Lindberg

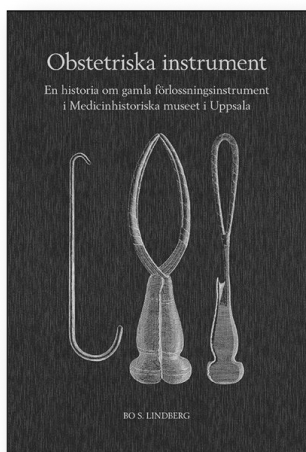
*Obstetriska instrument. En historia om gamla förlossningsinstrument i Medicinhistoriska museet i Uppsala*

Uppsala: Uppsala universitet, 2019

169 s.

ISBN 978-91-506-2973-0

*Michael* 2021; 18: 424–5.



Medicinhistoriska museet i Uppsala eier en stor samling forløsningsinstrumenter, blant annet fødselstenger, bekkenmålere, cervixdilatatorer og fostermutilerende instrumenter. Kjernen i samlingen ble anskaffet i 1862, da professor i kirurgi og obstetrikk ved Uppsala universitet, Carl Benedict Mesterton (1826–89), kjøpte samlingen til professor i obstetrikk ved Karolinska Institutet i Stockholm, Magnus Christian Retzius (1795–1871). Ingen vet hvordan *hans* samling ble anskaffet, men Retzius var en høyt skattet lege med mange utenlandsopphold og tette forbindelser til ledende europeiske fødselsleger. Senere er det kommet til flere gjenstander i Uppsala som gaver fra leger og jordmødre.

Det er denne samlingen fødselslegen og medisinhistorikeren Bo S. Lindberg har skrevet om. Men han har gjort mer enn å lage en fortegnelse over forskjellige obstetriske instrumenter. Boken er samtidig en innføring i fødselshjelpens historie med hovedvekt på tengenes fremvekst og utvikling fra Chamberlens første tenger og gjennom 1700- og 1800-tallet. Den nyeste er Kristianialegen Christian Kiellands (1871–1941) fra 1908. Tangkonstruktørens navn og tang ledsages av korte, instruktive biografier, som gir en innføring i problemene i datidens fødselshjelp. Det forsterkes ytterligere ved et kapittel om de vansker som måtte overvinnes hvis bekkenet var for trangt eller hodet for stort til at barnet kunne fødes. Mors liv kunne stå i fare hvis hun ikke ble forløst, og dette var en tid der keisersnitt ikke var et alternativ. Fødselen kunne vare i dager med smertefulle rier, før en grep inn med perforatorier og diverse embryotomimetoder, noen av disse redskapene er også gjengitt i boken.

Museet eier over 90 tener, men navnelappen var forsvunnet på nesten en fjerdedel. I boken er 17 fotografert, men ikke identifisert, til tross for intens innsats. Det er ikke vanskelig å forstå. Det er beskrevet over 600 tener, fra de lange og store kontinentale til de korte, engelske. Tengene varierte i hode-, bekken- og perinealkrumning, i størrelse, skjeer, hals, lås, håndtak, osv. Noe av dette var reelle fremskritt, men de fleste var varianter uten praktisk betydning. Arbeidene for å lage bedre tener skal imidlertid ikke underkjennes, en stor del av denne perioden var tungen det eneste redskap som kunne redde både mor og barn, når fødselen stoppet opp, og indikasjonfeltet var mye bredere enn det vi kjenner fra de siste 50 år. Utviklingen fremgår tydelig i boken, og det er gledelig og imponerende at godt over 70 av museets tener er klassifisert. Foruten fotografiene, de aller fleste tatt instruktivt av Lindberg selv, er det gjengitt illustrasjoner fra opphavsmannens originalpublikasjoner, der de finnes, og fra annen relevant litteratur. Grégoires tang, som har en spesiell nordisk interesse, presenteres fra en annens bok fra 1746. Jens Bing (1707–54), som la den første tang i Danmark, og Johan Gottfried Erichsen (1713–68), som la den første i Norge, var begge elever av Grégoire (?–1751?) i Paris. I fotnoten til denne tungen viser Lindberg overbevisende sitt nøyaktighetsnivå.

Boken er en glede å lese. Den er oversiktlig, grundig og informativ. Fotografier og øvrige illustrasjoner er teknisk gode og får god plass. Når noe er så bra, ønsker man seg alltid mer. Jeg skulle ønsket et mer detaljert register, ikke bare et navnerregister. Til gjengjeld fikk jeg noe jeg ikke hadde ventet. Boken ligger fritt tilgjengelig på nettet (<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1367545/FULLTEXT01.pdf>). Men det er en større fornøyelse å lese teksten mellom to permer. Boken er så flott satt opp, at også det tjener forfatter og forlag til stor ære.

Den obstetriske samlingen ved Universitetet i Oslo, deponert i Nasjonalt medisinsk museum, inneholder også et stort antall forløsningsinstrumenter. Det ville være en drøm å få en like kompetent presentasjon av den norske, som Lindberg her har gitt av den svenske samlingen.

*Per E. Børdahl*  
*pbordahl@online.no*  
*Høvik*

## Jacob Birger Natvig

*Michael 2021; 18: 246–8.*

En velkjent skikkelse i norsk medisin og en pioner i norsk immunologi er gått bort. Professor Jacob Birger Natvig døde den 2. april 2021 etter et langt og aktivt liv. Han var født i Oslo 6. desember 1934 og tok medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Oslo i 1959. I den første del av sin medisinske karriere arbeidet han ved Gades institutt og Broegelmans forskningslaboratorium i Bergen. Etter doktorgrad i Bergen i 1966 om gammaglobuliner i humant serum hadde han studieopphold ved Rockefeller University i New York, før han samme år ble instituttsjef og overlege ved Rikshospitalets institutt for generell og revmatologisk immunologi. Han bygget opp dette instituttet fra bunnen av og skapte et dynamisk og svært produktivt forskningsmiljø. Forskningen ble publisert i de mest prestisjetunge internasjonale tidsskrift, blant annet flere i *Nature*. Han fikk mange hedersbevisninger for sin forskning, en av dem var Jahre-prisen for yngre forskere sammen med Kaare Norum i 1972. Natvig var professor i klinisk immunologi ved Karolinska Institutet og avdelingsoverlege ved Huddinge sjukhus i Stockholm 1977–1978. I årene 1978–1986 var han Rikshospitalets direktør, og deretter fram til pensjonsalder i 2004 professor i immunologi ved Universitetet i Oslo. Han hadde en lang rekke verv, blant annet som president i *International Union of Immunological Societies* og var invitert medlem i flere internasjonale faglige foreninger.

Natvig hadde også et stort engasjement for medisinsk historie, spesielt den museale delen av fagområdet. Han var ikke minst opptatt av Rikshospitalets historie og var medredaktør for jubileumsboka *De tre Riker* som ble gitt ut ved hospitalets 175-årsjubileum i 2001.

Da det ikke ble noe av et nasjonalt medisinsk museum på det gamle Rikshospitalet, tok Jacob Birger Natvig initiativet til å opprette Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum i 2002. Under hans mangeårige ledelse ble Stiftelsen en medisinhistorisk arena med mange ulike aktiviteter for å ta vare på kunnskaper, erfaringer og fysiske minner fra norsk medisin og helse-



*Jacob Birger Natvig takker for æresmedlemskapet i Stiftelsen  
16. november 2019 (Foto: Øivind Larsen)*

vesen. Han la stor vekt på helsetjenesten som en tverrfaglig arbeidsplass, der alle profesjoner skulle med.

Ved den internasjonale medisinhistoriske kongressen i Oslo i 2003 var Natvig en krumtapp i å bygge opp en meget vellykket utstilling i glassgaten på det nye Rikshospitalet. Denne utstillingen ble stående i mange år. Han mente at medisinhistorien burde bringes ut til dit hvor helsearbeiderne og pasientene var. I 2009 var han medredaktør for boka *Historier om helse*.

Natvig klarte gjennom vedholdende innsats å forhindre at Norges første kvinneklinikk ble solgt til boliginvestorer da Rikshospitalet flyttet. Den skulle bevares som et medisinsk minne. I 2006 ble bygningen tildelt Kulturvernprisen i Oslo. Han ble hedret som æresmedlem av Stiftelsen i 2019.

Natvig var også et sentralt medlem av den arbeidsgruppen som satte i gang med aktørseminarer i 2008, der aktører så tilbake på viktige hendinger



innen medisin og helsevesen, senere referert i spesialnumre av tidsskriftet *Michael*.

Norsk medisin har mistet en ildsjel som alltid brant for de oppgavene han kastet seg over.

*Øivind Larsen, Erlend Hem, Magne Nylenna*