

Sjukgymnast; utbildning och verksamhet

Bente Thrane Sundén

Bente Thrane Sundén är leg sjukgymnast, lic med vet och högskoleadjunkt vid institutionen för sjukgymnastik, Lunds universitet.

1913 - 1959

Utbildning till frisk- och sjukgymnast startade i Sverige vid Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet (GCI) i Stockholm i början av 1800-talet. Per-Henrik Ling (1776-1839) fick 1913 genom ett kungligt brev inrätta ett gymnastikinstitut. Utbildningen var 2-årig för kvinnor medan männen som också utbildades i militär gymnastik fick studera i tre år (1). Inträdeskraven var för männen maturitetsexamen och för kvinnorna examen från högre läroverk för kvinnor. "Skola några särskilda egenskaper framhållas som behövliga för en sjukgymnast, så böra i främsta rummet nämnas: god kropps-konstitution, en kraftig anlagd och väl uppöfvad muskulatur, medfödd lätthet och förvärfvad smidighet i alla rörelser, uthållighet i arbetet och en i allo god hälsa, utpräglad benägenhet att vårda denna samt derjämte ett jemt, godt och friskt lynne" (s216, 1).

Ling hade utvecklat gymnastik för olika syften och klassificerat dem i fyra områden; pedagogisk-, medicinsk-, militär- och estetisk gymnastik. Det "Lingska systemet" innebar att man via konstruerade rörelser kunde genomarbeta kroppens alla muskler och på så sätt uppnå balans och harmoni (2). P H Ling anses vara den svenska sjukgymnastikens fader. Den medicinska gymnastiken, sedermera sjukgymnastiken, omfattade i huvudsak manuell behandling såsom aktiva och passiva rörelser samt massage. Till en början användes få och enkla hjälpmedel men under 1800-talets senare hälft introducerades även mekanoterapin.

Sundhetskollegiet, Socialstyrelsens föregångare, hade insyn i verksamheten. I början av 1900 tillkom ytterligare två utbildningsmöjligheter. Arvedsons Gymnastik Institut (AGI) i Stockholm, ett privatinstitut där utbildningen pågick från 1902 till 1937 och Sydsvenska Gymnastik Institut (SGI) i Lund grundat 1909 av marna Thulin. Verksamheten där avsåg utbildning till

gymnastikdirektör (kombinerad frisk- och sjukgymnastutbildning) för kvinnor.

Förutom teoretiska ämnen ingick också praktiska moment i utbildningen. Den patientanknutna verksamheten var endast förlagd till "öppen" vård. Först 1917 började man i Lund få tillträde till den "slutna" vården. Då fick de studerande där utföra behandling på patienter vid medicinsk och sedermera även ortopedisk samt gynekologisk avdelning. Efterhand utvidgades verksamheten till att omfatta flertalet avdelningar vid sjukhuset. Det dröjde dock ända till 1931 innan man tilläts bedriva "lek och rytmiska övningar" för psykiskt sjuka vid St Lars sjukhus i Lund (3).

Av organisatoriska skäl dröjde det ytterligare några år innan de studerande i Stockholm (1) fick motsvarande tillgång till behandling av ineliggande patienter. Den kombinerade frisk- och sjukgymnastutbildningen pågick till 1935. Då beslutades om en delning av utbildningen. Friskgymnastutbildningen skulle förbli 2-årig och knytas till högskolan. Sjukgymnastutbildningen däremot fick gymnasial status och blev under protester ett 1/2 år kortare. Efter några år fick man dock gehör för kravet om en förlängning med 1/2 år, till ånyo 2 år. Studenternas behov av att hinna "smälta" det teoretiska kunskapsstoffet och tillgodogöra sig detta i det praktiska patientarbetet var ett av argumenten (3).

Kunskapsutvecklingen inom det medicinska området ökade behovet av fort- och vidareutbildning. Kvinnliga Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (KLSR) som grundades 1943 uppmanade kollegorna redan året därpå i sin förbundstidning att i fortbildningssyfte bedriva studiecirklar. Förbundets målsättning var bl a att integrera facklig och professionell verksamhet. Man började snart organisera fortbildningsdagar och efterhand ökade förbundets betydelse för fort- och vidareutbildning.

Kunskapsutvecklingen inom det medicinska området ökade behovet av fort- och vidareutbildning

Förbundet var också en av initiativtagarna till den världsorganisation som bildades 1952. World Confederation of Physical Therapy (WCPT) strävade efter att stödja forskning och befordra ett internationellt utbyte. Organisationen har i dag drygt 50-talet medlemsstater.

Det ökade kravet på sjukgymnastens kunskap och kompetens gjorde att man 1954 framlade ett betänkande angående förbättring och förlängning av sjukgymnastutbildningen, men det skulle dröja ända till mitten av 70-talet innan ytterligare 1/2 år lades till de två. Nya behandlingsformer ansåg man kunna rymmas inom de två åren genom att öka antalet timmar och förlänga terminerna (4).

Under tiden (1958) flyttade GCI till Karolinska Institutet och året därpå blev den privata utbildningen i Lund statlig. Från 1887 till 1937 fick endast de som utbildades vid GCI, AGI, SGI legitimation med rätt att utöva sjukgymnastisk verksamhet. I dag utfärdar Socialstyrelsen legitimation till sjukgymnaster enl Kungl Maj:ts kungörelse från 5 november 1937 (5).

Sjukgymnaster hade i början av 1900-talet svårigheter att få arbete på sjukhus. Endast ett fåtal tjänster fanns tillgängliga. Under 30-talet ändrades dessa förhållanden men av ekonomiska skäl fick man dryga ut lönen med privat verksamhet. Extra svårt var det för de kvinnliga utövarna av yrket. Många arbetsgivare var ovilliga att förhandla med en ensam kvinna. Särbehandling förekom både vad gällde löner och anställningsförhållanden. Först mot slutet av 40-talet blev förhållandena bättre. 1948 började också sjukvården att betala ersättning för behandling som utförts av legitimerad sjukgymnast (1).

1959 -1983

I samband med att staten tog över ansvaret för sjukgymnastutbildningarna i Lund och Stockholm bildades två fristående institut, Sjukgymnastinstitutet i Stockholm (SIIS) och Sydsvenska Sjukgymnastinstitutet (SSGI). Båda instituten var direkt underställda Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och löd under Karolinska Institutet respektive Lunds universitets medicinska fakultet (6). Studieplanerna fastställdes av

Utbildningsinnehållet jämfört med läroplanen från 1939, hade ökat med 70% utan förlängning av utbildningstiden

UKÄ. Redan före 1959 hade de båda utbildningarna nära anknytning till de medicinska disciplinerna. Lärare i medicinska ämnen hämtades från kliniska och präkliniska institutioner.

1964 beslöt riksdagen att en sjukgymnastutbildning skulle förläggas till Göteborg. Denna skulle ha kommunal huvudman och bli en högre specialkurs inom gymnasieskolan. Läroplanen fastställdes av Skolöverstyrelsen (SÖ) som också var tillsynsmyndighet. Först i början av 70-talet fick de tre utbildningarna en gemensam läroplan fastställd av UKÄ och SÖ gemensamt. Planen var naturvetenskapligt och medicinskt inriktad.

Beslutet om denna nya utbildning i Göteborg föregicks av diskussioner om såväl huvudmannaskap som behörighetskrav. Förbundet LSR, numera utan K (kvinnlige) eftersom manliga medlemmar tillkommit, gjorde ett eget förslag till postgymnasial 3-årig sjukgymnastutbildning vilket överlämnades till regeringen. Utredarna som bl a var ansvariga läkare från de två statliga utbildningarna samt sjukgymnaster involverade i densamma, konstaterade att utbildningsinnehållet jämfört med läroplanen från 1939, hade ökat med 70% utan förlängning av utbildningstiden (7). Förutom denna komprimering av utbildningen påpekade man att kunskapsmängden dessutom var otillfredsställande. Speciellt psykiatri och psykologi var underrepresenterade ämnen men även rehabilitering med socialmedicin, neurologi och neurokirurgi samt delar av invärtesmedicin. Ergonomi, biomekanik och pedagogik saknades helt. Med nya rön inom forskning och ett ökande antal medicinska specialiteter skedde en fortlöpande förändring av behandlingsprinciper. Likaså behövde den intensifierade akutsjukvården och den önskade rehabiliteringen av fysiskt och psykiskt handikappade kunniga och kompetenta sjukgymnaster. För att motsvara hälso- och sjukvårdens krav var det nödvändigt att utbildningens innehåll och uppläggning förbättrades. Visserligen ordinerade läkare sjukgymnastik per remiss, men då läkare i allmänhet hade mycket begränsade kunskaper inom ämnet fysikalisk medicin, innehöll remissen i regel endast en diagnos men ingen ordination. Sjukgymnaster arbetade mycket självständigt

Extra svårt var det för de kvinnliga utövarna av yrket. Många arbetsgivare var ovilliga att förhandla med en ensam kvinna

och ansvarade själva för funktionsanalys, bedömning av patientens behov, uppläggning och genomförande av behandling samt utvärdering.

Utredarna delade in sjukgymnastik i fyra funktionsområden, rörelse- och stödjeorgan, centralt och perifert nervsystem och muskler, andning och cirkulation samt psyke. Med funktion avsågs bl a rörlighet, koordination, balans, styrka och ADL-förmåga. Behovet av kontinuerlig fort- och vidareutbildning poängterades liksom behovet av forskartjänster för sjukgymnaster då forskning inom sjukgymnastik var angeläget. Många sjukgymnaster fick söka kompletterande utbildning utomlands. Sjukgymnastens verksamhetsfält breddades alltmer och behovet av fördjupade kunskaper inom speciella områden togs tillvara genom bildandet av intresseföreningar inom LSR (4). Sektionen för manuell terapi kom först (1966) kanske beroende på den intensiva utbildnings- och kursverksamheten som bedrivits till en början i Norge. Sedan följde sektionerna för habilitering (1971) samt företagshälsovård och neurologi (1973). I dag har de ökat till 11.

Först i samband med högskolereformen 1977 förlängdes utbildningen med en termin till 2,5 år. Samtidigt slopades inträdeskravet på tre månaders vårdpraktik. Detta utbildningsmoment lades in i utbildningen vilket i realiteten innebar en begränsning av förlängningen.

Vid denna tidpunkt rådde stor brist på sjukgymnaster. De yrkesverksamma hade en låg verksamhetsgrad. 1976 var antalet arbetsmånader per registrerad sjukgymnast 5,01 och året därpå hade antalet sjunkit till 4,73 månader (8).

Nu ökade utbyggnaden av studieplatser. Vid den nya utbildningen i Uppsala (1976) fick man dispens att använda den nya läroplanen som skulle träda i kraft året därpå i samband med högskolereformen. Planen byggde på Utbildningsutredningens (U68) förslag. U68's uppdrag omfattade dimensionering, lokalisering och organisation av grundutbildning inom "eftergymnasial" utbildning, dit bl a sjukgymnastutbildningen hörde (9).

Även om alla medellånga vårdutbildningar blev högskoleutbildningar "över natten" 1/7-77 ville inte Landstingsförbundet släppa ifrån sig utbildnings-

Den första sjukgymnasten som disputerade fick söka dispens för att få göra sin forskarutbildning inom medicinsk fakultet

ansvaret för sin blivande personal. Staten vill å andra sidan inte ikläda sig utbildningskostnaderna för dessa varför resultatet blev att landstingskommunala vårdhögskolor inrättades. Här fick även de landstings/kommunala sjukgymnastutbildningarna sin hemvist.

Det vårdpersonalprogram som Socialstyrelsen gjorde 1978 prognostiserade en brist på 600 sjukgymnaster 1982. Tillgången antogs vara 4.800 sjukgymnaster. Utan en ökad dimensionering av studieplatserna och med bibehållen verksamhetsgrad antogs bristen först vara avvecklad på 90-talet (8,10). De utbildningar som därför inrättades spreds enligt U68 intentionerna över landet, Umeå 1987, Boden 1983 och Linköping 1984.

Högskolans utbildningsmål gällde nu för sjukgymnastutbildningen. Enligt högskolelagen skulle utbildningen bygga på vetenskaplig grund och verksamheten bedrivas så att samband skulle finnas mellan utbildning, forskning och utvecklingsarbete. Visserligen fick man nu med sjukgymnastexamen allmän behörighet till forskarutbildning men avståndet mellan den allmänna behörigheten och kravet på särskild behörighet var stort. Detta uppmärksammades och genom reformen skapades möjlighet till "överbyggande" kurser.

Med inträdet i högskolan blev även fristående kurser en resurs för sjukgymnaster. Påbyggnadslinjen inrättades först efter 1983.

Den första sjukgymnasten som disputerade (1977) fick då hon ej var medicinare, söka dispens för att få göra sin forskarutbildning inom medicinsk fakultet. Möjligheterna för disputerade sjukgymnaster att få högre tjänst/forskningsinriktad tjänst var obefintlig. De första som avlade doktorsexamen fortsatte sin utbildning till läkare eller flyttade utomlands. Det fanns endast en professur i sjukgymnastik i landet. Den inrättades vid institutionen för sjukgymnastik Lunds universitet 1979. Enbart vid denna institution kunde man doktorera i ämnet sjukgymnastik. vid övriga universitetsorter började sjukgymnaster sin forskarutbildning vid andra institutioner framför allt inom medicinsk fakultet, t ex ortopedi, pediatrik, geriatrik, anatomi, fysiologi, medicinsk rehabilitering och fysikalisk medicin.

Av vårdpolitiska skäl tillsattes 1977 utredningen om översyn av vissa vårdutbildningar i högskolan (Vård --

Sjukgymnaster arbetade mycket självständigt och ansvarade själva för funktionsanalys, bedömning av patientens behov, uppläggning och genomförande av behandling samt utvärdering

-77). Behov fanns att reformera vårdens innehåll, arbetsformer och dess inre organisation.

De hälso- och sjukvårdspolitiksa målen spelade en stor roll för utbildningarnas utformning. "Utbildningen är ett av de viktigaste redskapen för att genomföra önskade förändringar inom ett yrkesområde" (s 6,11). Inriktningen mot förebyggande insatser och medverkan i samhällsplaneringen ställde bl a krav på ökad samverkan mellan hälso- och sjukvård och social service.

Patienten skulle ej betraktas som en passiv konsument utan vara en aktiv medlem i vårdlaget. Man skulle ha en holistisk syn på patienten och överhuvudtaget krävide omvårdnadsarbetet en större medmänsklighet från personalen (11).

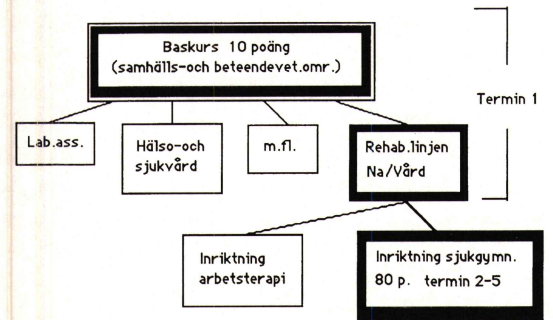
Vård -77s mål för utbildning sammanföll till stora delar med högskolans mål. Utredningen förordade också att utbildningen skulle ge breda baskunskaper vilket skulle underlätta för en flexibel yrkesfunktion. Genom att ge vissa utbildningsmoment gemensamt för medellånga vårdutbildningar (*figur 1*) skulle de studerande få en gemensam referensram. Man föreslog vidare att utbildningar som var "närbesläktade" kunde utöka de gemensamma utbildningsmomenten (*figur 1*).

Många remissinstanser förordade ånyo en förlängning av sjukgymnastutbildningen bl a med hänsyn till ökade krav på sjukgymnastens yrkeskunskaper och en breddning av verksamhetsområdet. SÖ framhöll att utbildningen redan var mycket komprimerad med många studieavbrott.

Riksdagen beslöt 1979 att från och med 1/7 1983 inrätta en Rehabiliteringslinje med två inriktningar, en mot sjukgymnastik och den andra mot arbetsterapi. Vardera utbildningen skulle omfatta 100 poäng.

Trots att ingen förlängning av studietiden hade skett

Figur 1. Sjukgymnastutbildningens uppläggning 1/7 1983-30/6 1993.



skulle nya moment fogas till utbildningen.

1983 -1993

Före 1/7 1983, då benämningen var "sjukgymnastlinjen", fick man fritt fördela utbildningsinnehållet över samtliga fem terminer. Inom nuvarande Rehabiliteringslinje gavs denna möjlighet däremot endast under de fyra sista terminerna. Termin 1 blev mycket "centralstyrd" (*figur 1*). Baskursen var enligt politisk vårdiedologi och ekonomiska intentioner, gemensam för flera vårdutbildningar. Dessutom lade man in gymnasiekomplettering beroende på gymnasiekompetens, i sjukgymnastutbildningen (alternativkurserna naturvetenskap (NA)/Vård.

Rehabiliteringslinjens tillkomst nödvändiggjorde en översyn av utbildningsinnehållet. Utan att förlängas skulle utbildningen tillföras mycket nytt kunskapsinnehåll. Framför allt gällde det ämnen från det samhälls- och beteendevetenskapliga kunskapsområdet (*figur 1, tabell 1*).

Innehållet i termin 1 ändrades alltså ganska radikalt. Sjukgymnastik liksom anatomi och fysiologi vilka för många studerande var de ämnen man först förväntade

Tabell 1. Fördelning av ämnesinnehållet i poäng vid sjukgymnastutbildningen i Lund 1977-1994 (1 poäng motsvarar 1 veckas heltidsstudier).

	Sjukgymn. utbildn 1977	Sjukgymn. utbildn 1983 (Rehab linj)	Sjukgymn. utbildn 1994
Sjukgymn. inkl ex. arb.	60,8 p	56,5 p 4 p	75 p 10 p
Humanbiologi	12,2 p	11 p	20 p
Med. ämnen	15,9 p	10 p	10 p
Sam. o bet.vet. ämnen	5,1 p	16,5 p	10 p
Vård (resp Na 1983)	6 p	6 p	-
Elektiv kurs	-	-	5 p
TOTAL	100 p	100 p	120 p

sig att stifta bekantskap med, förflyttades till termin 2. Klinisk praktik påbörjades ytterligare en termin senare.

Sålunda var en omfördelning inom ämnesblocken nödvändig för att "få plats till det nya". Valet stod mellan att använda "kniv" eller "osthyvel". Det sista alternativet segrade men då "nödvändiga kunskaper" utgjorde begränsning i "hyvlandet" blev resultatet en än mera komprimerad utbildning (*tabell 1*).

I en undersökning (13) som omfattade 2/3 av utbildningsplatserna framkom att ca 20% avbröt sjukgymnaststudierna. Merparten avbröt under den första terminen. En annan studie (14) som omfattade samtliga sjukgymnastutbildningar inom Rehabiliteringslinjen gav samma resultat. I sistnämnda studie där både enkäter och djupintervjuer användes, analyserades förutom studieavbrotten också de studerandes syn på utbildningen.

Man ansåg allmänt att alternativkurserna borde minska om de överhuvudtaget skulle finnas kvar. Utbildningens uppdelning (figur 1) i Basdel (termin 1, alternativkurs och baskurs) respektive fortsättningsdel (termin 2-5) fann flerparten också vara ganska/mycket dålig. Överhuvudtaget tog termin 1 "död på entusiasmen". Det var sjukgymnast man ville bli "- och läsa sådana ämnen. Man missar på detta viset den viljan när den är som starkast". "Man är motiverad i början men basdelen blir som en hink tjära".

Eftersom sjukgymnasten skulle ta hand om hela människan var man motiverad till att läsa de beteendevetenskapliga ämnena och önskade dessutom att de skulle öka i omfattning men de skulle spridas/komma senare i utbildningen.

De studerande hade förväntat sig stifta bekantskap med ämnen såsom anatomi, fysiologi och sjukgymnastik redan i början av utbildningen. Med en omfördelning av ämnena skulle dessa förväntningar kunna infrias och motivationen höjas.

Arbetsbelastningen skulle också bli mer jämt fördelad. Hittills var termin 2 och 3 de i särklass mest arbetsamma medan termin 1 var absolut minst belastande. Ändrade krav på förkunskaper till 3-årig studieförberedande gymnasielinje torde enligt resultatet också kunna ge betydligt fler studerande möjlighet att fullfölja studierna.

På uppdrag av Universitets och Högskoleämbetet (UHÄ) i december 1990 gjordes en översyn av bl a sjukgymnastutbildningen (15). Återigen förordas här en förlängning av utbildningen dels mot bakgrund av den oerhört snabba och expansiva utvecklingen på senare tid inom yrkesområdet dels som en anpassning till omvärlden, framförallt Europa och EG. Det fanns skäl att peka på att svensk sjukgymnastutbildning var den kortaste i den västliga världen.

1983 startade de första fördjupnings- /forskarförberedande kurserna för sjukgymnaster och 3 år senare inrättades påbyggnadslinjen. Båda gavs på halvfart och omfattade 20 poäng. För att antas till den för-

1987 hade 11 sjukgymnaster avlagt doktorsexamen och två licentiatexamen

sta fanns krav på såväl 2-års yrkesverksamhet som 10 poäng forskningsmetodik.

Ett års yrkesverksamhet var kravet till påbyggnadslinjen. Denna tillsammans med grundutbildningen gav en utbildning om 120 poäng vilket motsvarade en Bachelor of Science. Det sistnämnda kunde ha betydelse om man önskade arbeta utomlands då man där ofta angav den svenska sjukgymnastutbildningens bristande längd som orsak till att man ej kunde få arbete som sjukgymnast.

Sökande till påbyggnadslinjen översteg vida antalet utbildningsplatser medan brist på behörighet i forskningsmetodik begränsade antalet sökande till fördjupningskursen. 1987 hade 11 sjukgymnaster avlagt doktorsexamen och två licentiatexamen. Samma år höll WCPT en världskongress i Sydney, Australien. Temat "Physioterapy towards 2000" hade lockat 2000 sjukgymnaster från hela världen. I de knappa 300 föredrag, posters m m som hölls var förhållandevis många (15) svenska sjukgymnaster engagerade.

Regeringsskiftet 1991 ledde till turbulens såväl inom universitet och högskola som inom hälso- och sjukvården.

För att Sverige skulle kunna hävda sig internationellt behövdes en avancerad utbildning och forskning. "Frihet för kvalitet" blev regeringens ledmotiv vilket innebar att pendeln ånyo slog mot en decentralisering av universitet och högskola i kombination med avreglering, konkurrens och kvalitetskrav.

För hälso- och sjukvårdens del skulle denna effektiviseras och millioner sparas. Ädel-reformen där kommunerna återigen fick ansvar för de äldres och handikappades hälso- och sjukvård, infördes 1992. Statliga bidrag till företagshälsovården upphörde året därpå samtidigt som större ansvar för rehabilitering av anställda ålades arbetsgivaren. Diskussioner om distriktsvårdens avskaffande på bekostnad av husläkeriets införande tog också fart.

Ett antal utredningar om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, prioritering av vården samt den tidigare debatterade frågan om huvudmannaskapet för de medellånga vårdutbildningarna, tillsattes av regeringen. Samtliga påverkar sjukgymnaster både med avseende på verksamhet och på utbildning inom alla

Efter ofantliga utredningar under de 180 år som utbildningen funnits förlängdes grundutbildningen f o m 1 juli, till 3 år, 120 poäng

nivåer i högskolan.

1993 -

Under våren 1993 fattade regeringen beslut om förlängning av sjukgymnastutbildningen med en termin. Efter ofantliga utredningar under de 180 år som utbildningen funnits förlängdes grundutbildningen f o m 1 juli, till 3 år, 120 poäng (tabell 1).

Många av önskemålen som de studerande givit uttryck för (14) har kunnat förverkligas. Ingen styrning finns av utbildningens innehåll och uppläggning endast målen för att erhålla sjukgymnastexamen, anges (17). Den missvisande och i många sammanhang vilseledande benämningen "Rehabiliteringslinjen" - med inriktning mot sjukgymnastik" upphörde.

Reformen gav även möjlighet för varje universitet och högskola att själva besluta om särskilda behörighetskrav till bl a sjukgymnastutbildningen. Resultatet har i dag blivit skilda behörighetskrav i landet till samma utbildning. Detta kan påverka bedömningen av utbildningen internationellt då högskoleutbildning t ex i Europa i allmänhet baseras på 3-årigt gymnasium/12-årig grundskola.

Med reformen infördes förutom yrkesexamina dessutom kandidat- och magistrexamina om 120 respektive 160 poäng. Kvalitetskrav ställdes på utbildningens innehåll liksom också på lärarnas kompetensnivå vad gällde examinationsrätten till sjukgymnastexamen/kandidatexamen respektive magistrexamen. Detta kan få betydelse för de sjukgymnastutbildningar som fortfarande har landstings/kommunal huvudman (18). Huvudmannaskapsutredningen är klar men något beslut har ej tagits av regeringen.

Det finns i dag disputerade sjukgymnaster på samtliga sjukgymnastutbildningar, dock saknas inrättade lektorat/fou-tjänster till alla. Sjukgymnaster med docentkompetens är än så länge ett fåtal, samtliga knutna till de två sjukgymnastutbildningarna med statlig huvudman, Karolinska Institutet i Stockholm och universitetet i Lund. Intresset för forskarutbildning är stort inom professionen men bristen på docentkompetenta sjukgymnaster begränsar tillgången på handledare. Drygt 50 har hittills forskarutbildning, varav ca 40 avlagt

doktors- och 10 licentiatexamen. Betydligt fler är inskrivna som doktorander vid landets universitet. Förutom vid universitet och högskolor finns disputerade sjukgymnaster också i den offentliga hälso- och sjukvården samt inom företagshälsovården. Merparten av dessa bedriver forsknings- och utvecklingsarbete i tjänsten.

Kvalitetssäkring/kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården är f o m i år (1994) ett obligatorium som visserligen arbetsgivaren formellt ansvarar för men som även den egna professionen har intresse av att utöva i det dagliga arbetet. Detta göres också såväl inom den egna verksamheten som i tvärfackligt arbete.

Redan 1991 initierade socialstyrelsen ett nationellt projekt om kvalitetsutveckling för sjukgymnastik där 12 sjukgymnastenheter deltog (19). Sjukgymnastförbundet (LSR) som till viss del samverkade med socialstyrelse i projektet har dessutom i olika former drivit frågan om kvalitetssäkring/kvalitetsutveckling under de senaste åren.

Turbulensen inom hälso- och sjukvård liksom företagshälsovård med bl a arbetslöshet som följd har också drabbat sjukgymnaster om än i förhållandevis ringa omfattning. Sjukgymnastik i förebyggande, habiliterande och rehabiliterande syfte är väl etablerat. Prognosstudier tyder också på att efterfrågan på sjukgymnastisk kunskap och kompetens kommer att öka.

Sjukgymnastisk verksamhet bidrar också till ökad livskvalitet för individen och ekonomiska vinster för samhället.

Resurser för en fortlöpande utveckling av professionen finns idag inom det egna ledet.

REFERENSER

2. *Holmström E et al (red): Sjukgymnastik i historisk belysning. Studentlitteratur, Lund 1993.*
 9. Högskolan, betänkande av 1968 års utredning. SOU 1973:2.
 12. Ny vårdutbildning. SOU 1978:50.
 13. *Sundén B: Studieavbrott i sjukgymnastutbildningen i Lund. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 47, 1987.*
 14. *Sundén Thrane B: Sjukgymnastutbildningen i Sverige - en undersökning av studie- och yrkesval, studerandes syn på utbildningen och studieavbrott. Licentiatavhandling Lunds universitet 1992.*
 15. *Aldskogius M et al: Behov av förändring av de medellånga vårdutbildningarna - en probleminventering. UHÄ-rapport 1991:9.*
 18. Frihet Ansvar Kompetens - Grundutbildningens villkor i högskolan. SOU 1992:1
 19. Socialstyrelsens nationella projekt för sjukgymnastik: Kvalitetsutveckling i Vården. SoS-rapport 1993:4.
- Fullständig referenslista kan fås från författaren.