



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

FYS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	01-05-2024 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-05-2024 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 FYS390 1 O 2024 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	164
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	4842
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	27
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	150

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Et dypdykk i pasienter med langvarige,  
uspesifikke muskel- og skjelettplagers  
kompleksitet

A deep dive into the complexity of patients with  
chronic, nonspecific musculoskeletal conditions

Et fagessay om hvorvidt fysioterapeuter tar hensyn til pasientgruppens kompleksitet  
i behandling

An academic essay on whether physiotherapists consider the complexity of the  
patient group in treatment

**Kandidatnummer: 150 og 164**

Bachelor fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialfag

15.05.2024

## Sammendrag

Langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager rammer en betydelig del av befolkningen og er blant den vanligste årsaken til nedsatt livskvalitet, sykefravær og uførhet. Til tross for eksisterende retningslinjer, opplever vi betydelig variasjon i pasientenes respons på behandlingen. Evidensbasert forskning viser til kortvarig effekt, men uvisshet når det kommer til langvarige resultater. Et forskningsbasert utgangspunkt for klinisk praksis har vist seg å være anerkjent blant fysioterapeuter. Skal vi fortsette å belage oss på en slik tilnærming, må vi vurdere om vår nåværende tilnærming er for generell til å håndtere pasientenes kompleksitet. Dette for å sikre at fysioterapi forblir en vital del av en stadig mer subspecialisert helsetjeneste. Det betyr ikke nødvendigvis at forskningen i faget ikke er god, men kanskje heller inkludere andre aspekter i forskningen. Å jobbe med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis vil være et godt utgangspunkt for en faglig forsvarlig og effektiv praksis, da man i tillegg til å basere seg på eksisterende forskning også inkluderer kliniske erfaringer og brukermidvirkning. I behandlingen av en kompleks pasientgruppe er det utfordrende å forestille seg en universell tilnærming som er effektiv, uten å ta hensyn til den individuelle opplevelsen av bedring hos hver enkelt pasient. ICF kan i denne sammenheng gi god struktur for å se helse og funksjon i et biopsykososialt perspektiv, men det forutsetter at vi ikke kun fokuserer på enkeltdomener alene. Pasientens subjektive opplevelser og forventninger til behandlingen bør også inkluderes i tilnærmingen vår, da det for denne pasientgruppen er avgjørende aspekter for behandlingsresultatet.

## Summary

Chronic, nonspecific musculoskeletal disorders affect a significant portion of the population and are among the leading causes of reduced quality of life, sick leave, and disability. Despite existing guidelines, there is considerable variation in patients' response to treatment. Evidence-based research indicates short-term effectiveness but uncertainty regarding long-term outcomes. A research-based approach to clinical practice has been recognized among physiotherapists. To continue relying on such an approach, we must consider whether our current approach is too general to handle the complexity of patients symptoms. This is to ensure that physiotherapy remains a vital part of an increasingly specialized healthcare system. This does not necessarily mean that the research in the field isn't good, but perhaps include other aspects in research. Work based on evidence-based practice will be a good starting point for sound and effective practice, as it includes existing research along with clinical experience and

patient involvement. In treating a complex patient group, it is challenging to imagine a universal approach that is effective without considering each patient's individual experience of improvement. In this context, the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) can provide a good framework for viewing health and function from a biopsychosocial perspective, but it requires that we not solely focus on individual domains alone. The patient's subjective experiences and expectations of treatment should also be included in our approach, as these are crucial aspects for treatment outcomes in this patient group.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Dagens behandling og dens potensielle mangel på personlig tilpasning .....</b>	<b>5</b>
2.1 Kan noe spesifikt behandle det uspesifikke?.....	6
2.2 Er vi som fysioterapeuter for opptatt av å vise effekt? .....	6
2.3 Vektlegges pasientenes subjektive opplevelse godt nok i behandling? .....	7
<b>3. Kan ICF omfatte kompleksiteten til pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager på en helhetlig måte? .....</b>	<b>8</b>
3.1 ICF gir struktur for pasientsentrert tilnærming og gode målsettinger .....	9
3.2 Fokuserer vi for mye på enkeltdomenene i ICF? .....	9
3.3 Mennesket i fokus, ikke diagnose eller funn .....	10
<b>4. Den terapeutiske verdien av forventninger .....</b>	<b>11</b>
4.1 Kan pasientenes forventninger brukes som en ressurs i behandlingssammenheng? .....	11
4.2 Vi må unngå å være en hjelper uten grenser.....	12
4.3 Har fysioterapeuter innsikt i sin egen påvirkningskraft? .....	13
<b>5. Kompleksitet, et uunngåelig element i behandlingen .....</b>	<b>14</b>
<b>Referanseliste: .....</b>	<b>16</b>

## 1. Innledning

Som studenter i fysioterapi har vi startet vår reise med å behandle pasienter som lider av langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager, men veien mot smertelindring og bedre funksjon viser seg å være langt fra enkel. Det kan sammenlignes med å navigere på et hav av behandlingsalternativer, hvor horisonten aldri synes å komme nærmere. Selv med et kompass som viser kurs, er vår reise mot smertefrihet og bedre funksjon nødvendigvis ikke et glatt seilas. Studier og oversikter viser små til moderate gevinster på kort sikt, men en tåke av uklarhet når det kommer til langvarig effekt. Hver pasient responderer forskjellig på behandlingen de tilbys. Noen opplever lindring, mens andre føler seg fanget i et farvann av ubehag (Aase, 2018, s. 9).

Langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager er hyppig forekommende i befolkningen, og er blant den fremste årsaken til dårlig helse, nedsatt livskvalitet, sykefravær og uførhet. Bortimot 1 av 4 opplever langvarige smerter tilknyttet muskel- og skjelettsystemet, med en overrepresentasjon av kvinner (Clarsen et al., 2022). Ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) går langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager under kategorien “Chronic primary pain”, og forklares som en kronisk smertetilstand som kan forekomme i en eller flere anatomiske regioner og er assosiert med betydelig emosjonell lidelse eller funksjonshemming. Diagnosen er uavhengig av identifiserbare biologiske- eller psykologiske bidragsyttere. Kronisk smerte blir definert som smerte som varer eller går igjen i mer enn tre måneder, og kan vare i flere år (IASP, u.å.).

Fysioterapeuter er trolig en av faggruppene innenfor norsk helsevesen som møter flest pasienter med smerteproblematikk (Ask, et al., 2023). Likevel sitter mange fysioterapeuter på en følelse av at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å imøtekomme pasientenes behov på en tilfredsstillende måte (Mengshoel, 2018, s. 24). Kliniske retningslinjer tilrår en rekke behandlingsmuligheter, med overordnede mål om å redusere smerterelaterte plager og bedre funksjon (Helsebiblioteket, u.å; Guven et al., 2022; IASP, u.å). Imidlertid er det manglende klarhet på hva som er “beste praksis”. Evidensbasert forskning viser små til moderate resultater i en kort periode, mens det mangler evidens for langvarig effekt (Aase, 2018, s. 9). Som fysioterapistudenter er vi naturligvis nysgjerrige på det brede spekteret av behandlingsmuligheter for langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager, da vi ønsker å kunne tilby pasientene den mest effektive behandlingen som mulig.

Om en måneds tid vil vi ha fullført tre år med fysioterapiutdanning og skal videre ut i den utfordrende, men samtidig spennende, turnustilværelsen. Til tross for eksisterende kliniske retningslinjer kjenner vi på en vedvarende usikkerhet når det kommer til å behandle denne pasientgruppen. I klinisk praksis har vi observert ulike typer behandlingstiltak bli utført, men sitter ikke igjen med en følelse av at noe spesifikt tiltak synes å ha en merkbart høyere suksessrate enn noe annet. Mens noen opplever bedring, forblir andre tilsynelatende upåvirket av de anbefalte intervensjonene. Dette får oss til å fundere over årsakene til faktisk bedring, og om det er noe vi som terapeuter kan gjøre annerledes i behandlingssituasjonen for å påvirke utfallet positivt. Med utgangspunkt i disse refleksjonene, har vi som mål i dette essayet å belyse pasientgruppens kompleksitet, og hvorvidt behandlingen fysioterapeuter tilbyr i dag tar tilstrekkelig hensyn til dette i dagens praksis.

## 2. Dagens behandling og dens potensielle mangel på personlig tilpasning

I dag står vi overfor et mangfold av behandlingsalternativer for langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager. De fleste levert i primærhelsetjenesten av førstekontaktklinikere som leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og osteopater (Babatunde et al., 2017). Fysioterapeuter implementerer i hovedsak ikke-farmakologiske behandlingsmetoder, inkludert rådgivning, opplæring, treningsterapi, manuell terapi og psykososiale intervensjoner (Babatunde et al., 2017; Guven et al., 2022). Komplementær behandling og farmakologiske intervensjoner er alternative løsninger. Studier og systematiske oversikter viser liten til kortvarig effekt, mens det mangler evidens for langvarig effekt. Det ser også ut til å være en bred heterogenitet i responsen blant pasienter (Babatunde et al., 2017). Anbefalingen i dag, med bredest aksept, består av en personlig tilpasset, trinnvis og multimodal tilnærming med bakgrunn i en biopsykososial forståelsesmodell (Babatunde et al., 2017; Guven et al., 2022). Dette har ført til utforskning av mer omfattende behandlingsmetoder, inkludert kognitiv atferdsterapi, smertehåndteringsteknikker og pasientopplæring (Babatunde et al., 2017). Samlet sett understreker dette kompleksiteten av behandling for effektiv smertelindring og funksjonsforbedring. Men hva vil det egentlig si at noe er komplekst? For å sette det i perspektiv kan vi sammenligne komplekst med komplisert. Et fly representerer det kompliserte; det er designet, konstruert og testet i henhold til beste praksis. I hovedsak kan vi demontere og sette det sammen igjen, forutsatt at du forstår forholdet mellom årsak og virkning på forhånd. Du kan følge en prosedyre, analysere og oppnå ønsket resultat uten en mutter eller bolt til overs. Imidlertid, når vi står overfor komplekse muskelskjelettplager er dette scenarioet ikke realistisk.



I slike tilfeller er forholdet mellom intervensjon og effekt kun klart i etterkant (Schlatter, 2022). De fleste av oss fysioterapeuter kan nok finne seg selv i situasjoner overfor denne pasientgruppen hvor vi har iverksatt tiltak, uten å være sikre på utfallet. Med andre ord, vi blir nødt til å handle mot problemløsning, snarere enn å ha en veldefinert løsning. Med dette som utgangspunkt, kan vi argumentere for at det er umulig å generalisere hva som er mest effektivt, da vi opererer i et komplekst landskap preget av etterpåklokskap.

### 2.1 Kan noe spesifikt behandle det uspesifikke?

I vår kliniske praksis søker vi stadig etter en logisk forklaring på bedring når vi observerer positive resultater hos pasientene. Det kan være naturlig for oss som fagutøvere å tilskrive bedringen til spesifikke intervensjoner vi har iverksatt i behandlingen. Imidlertid, med en så kompleks pasientgruppe, må vi stille spørsmål ved sannsynligheten for at enkelte veldefinerte tiltak kan føre til bedring alene. Iverksetting av spesifikke tiltak er nemlig en tenkning som står sterkt i fysioterapi (Mengshoel, 2018, s. 25). I en artikkel skrevet av professor og fysioterapeut Anne Marit Mengshoel (2018), uttrykker informanter som har erfaring med langvarige muskel- og skjelettplager å ha følt seg oversett av fagprofesjonene. De kommer med eksempler hvor de har opplevd at fysioterapeuter har forordnet standardiserte treningsprogram uten hensyn til pasientens individuelle funksjonsproblemer. En av informantene uttrykker dette treffende ved å si: "Man blir ikke bedre av å bli behandlet ifølge en bok fysioterapeuter kan utenat" (Mengshoel, 2018, s. 24 – 25). Dette peker på en tilnærming uten hensyn til pasientens individuelle funksjonsproblemer. Mengshoel (2018) argumenterer for en mer helhetlig forståelse av bedringsprosesser, noe hun refererer til som personlig tilhelning (s. 25). Personlig tilhelning handler om å gjenopprette sammenhengen mellom kropp, hverdagsliv og sosial identitet. Ved uspesifikke muskelskjelettplager kan pasienter oppleve kroppen som ukjent og fremmed (Mengshoel, 2020). Man kan se for seg at den trygge tilværelsen pasientene er vant til, på mange måter blir mer uforutsigbar. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at en tilnærming som tar utgangspunkt i pasientens egne sykdoms- og tilfriskningserfaringer vil være høyst relevant. En pasientsentrert tilnærming inkluderer pasientens individuelle erfaringer og opplevelser av bedring i behandling. Vi ser det derfor spesielt viktig for denne pasientgruppen, som opplever at kroppslige plager ikke kan identifiseres i konkrete funn, å vektlegge tanken om at individuelle faktorer vil være av betydning for behandlingen. Fysioterapeuter må om ikke annet være åpne for at iverksatte tiltak ikke ene og alene er suksessoppskriften til bedring.

### 2.2 Er vi som fysioterapeuter for opptatt av å vise effekt?

En rekke studier har de siste årene dokumentert at fysioterapeuter i stor grad anerkjenner betydningen av å bruke forskning i klinisk praksis (Dannapfel et al., 2013). Ved å jobbe evidensbasert kan vi alltid argumentere for en faglig forsvarlig praksis. Forskningen innen fysioterapi handler derfor i stor grad om å vise at det vi gjør har effekt (Mengshoel, 2022). I den sammenhengen kan vi lure på om vi er for opptatt av å presisere effekten av vår kliniske praksis. Er målt effekt av behandling avgjørende for å bevise fysioterapiens relevans (Mengshoel, 2022)? I en artikkel publisert i "Fysioterapeuten" aktualiserer fysioterapeut Joakim Halvorsen diskusjonen rundt bruken av forskningsresultater som grunnlag for beste praksis. Her utfordrer han med tanken om at dagens praksis ikke er tilstrekkelig evidensbasert. Han viser til det han ser på som en uhensiktsmessig stor variasjon mellom behandlere, og stiller spørsmål ved om dagens behandling i for stor grad er preget av og basert på den enkelte terapeuts personlige oppfatning om hva som fungerer best (Halvorsen, sitert i Mårdalen, 2021). Dette reiser videre spørsmål om hva som egentlig bør danne grunnlaget for klinisk praksis når forskningen ikke gir entydige svar. Randomiserte kontrollerte studier (RCT) blir ofte løftet frem i fysioterapi for å sammenligne og belyse effekt av intervensjoner (Halvorsen & Hellevik, 2023). Vanligvis med en diagnose som et grunnleggende krav for å fastsette inklusjonskriterier. Dette selv om pasienter med samme diagnose kan ha ulike funksjonsutfall (Halvorsen & Hellevik, 2023; Ottesen, 2019). Vi stiller oss derfor kritisk til tanken om det er hensiktsmessig at disse pasientene blir gruppert i samme kategori i en RCT. Som fysioterapeuter behandler vi i første omgang funksjonsproblem, og ikke diagnoser (Ottesen, 2019). Dermed er det rimelig å stille seg kritisk til sannsynligheten for at pasienter med samme diagnose, men med ulike funksjonsproblem, kan forventes å oppnå bedring på bakgrunn av samme type behandlingstiltak. Videre bør vi også vurdere om dette er resultater vi bør basere hele vår kliniske praksis på. Favner forskningen om pasientgruppens kompleksitet? Et bredt omfang av forskning vil ikke automatisk føre til bedre retningslinjer for praksis. Med dette mener vi ikke at forskningen innen faget nødvendigvis er mangelfull, men kanskje er den for generell for å håndtere en så kompleks pasientgruppe som pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

### 2.3 Vektlegges pasientenes subjektive opplevelse godt nok i behandling?

En helsetjeneste av god kvalitet som er effektiv, godt koordinert, trygg og involverer pasienten er assosiert med en kunnskapsbasert praksis. En kunnskapsbasert praksis skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap fra forskning, klinisk erfaring og brukermedvirkning (Bergan et al., 2023). I en praksis hvor forskningen gir sprikende evidens er det spesielt viktig å understreke

betydningen av de to andre dimensjonene av kunnskapsbasert praksis, nemlig erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning (Helsebiblioteket, 2021). Fordi, måten vi opplever kropp, bevegelse og funksjon i relasjon til sykdom og helse er individuelt (Halvorsen & Hellevik, 2023). Både som pasient og terapeut har vi egne objektive og subjektive opplevelser. Det er for eksempel viktig å skille mellom synlig og målbar, objektiv fremgang og pasientens subjektive oppfatning av behandlingen, da disse to aspektene kan være vesentlig forskjellig. I tilfeller der diagnosen er uavhengig av identifiserbare funn trenger ikke objektive endringer nødvendigvis å komme til syne, mens pasientens subjektive opplevelse av behandlingen kan være positiv. I den anledning vil vi benytte muligheten til å peke på utfordringen ved å inkludere pasientens subjektive opplevelse i behandling (Ahlsen, 2021). Subjektive opplevelser har vist seg å sjeldent få oppmerksomhet innenfor medisinsk praksis eller bli dokumentert i journaler. Dette øker risikoen for at de blir neglisjert når behandlingseffekt skal evalueres (Ahlsen, 2021). Det samme kan kanskje sies om oss fysioterapeuter som på den ene siden vektlegger betydningen av brukermedvirkning, mens på den andre siden underkjenner dette aspektet i lys av synlig, målbar objektiv bedring. Et ensidig syn på resultatmål effekt kan nemlig bidra til å undergrave pasientens subjektive opplevelser (Ahlsen, 2021). I behandling av komplekse pasientgrupper er det vanskelig å forestille seg at en evaluering som ikke tar hensyn til pasientens subjektive opplevelse kan defineres som både effektiv og av god kvalitet. Vi våger derfor å påstå at brukermedvirkning er avgjørende for å sikre en effektiv og kvalitetssikret behandling for pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

### 3. Kan ICF omfatte kompleksiteten til pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager på en helhetlig måte?

Den Internasjonale Klassifikasjonen av Funksjon, Funksjonshemming og Helse (ICF), utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO), danner et sentralt rammeverk med den hensikt å gi helsepersonell et felles språk for å kunne studere, beskrive og forstå funksjon og funksjonsnedsettelse i relasjon til helse (Pran, 2007). Ved å inkludere biologiske, individuelle og samfunnsmessige perspektiver tar den sikte på å gi en universell forståelse av helse med bakgrunn i et biopsykososialt perspektiv (World Health Organization, u.å). På sett og vis kan ICF-modellen bidra til å ivareta tanken om at "mennesket er ikke kropp og sjel - psyke og soma, mennesket er alltid begge deler på en gang" (Thornquist, 2008, s. 51). Rammeverket består av fire hoveddeler: kroppsfunksjoner og strukturer, aktivitet og deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Med dette tar ICF sikte på å fange opp og vektlegge flere ulike perspektiver

i forståelse eller behandling av pasienter med ulik funksjon (Høyem & Thornquist, 2010, s. 52).

### 3.1 ICF gir struktur for pasientsentrert tilnærming og gode målsettinger

Begrepet “pasientsentrert tilnærming” synes å være i søkelys hos fysioterapeuter, hvilket innebærer å se hvilken betydning sykdom eller funksjonsnedsettelse har for den enkelte i dens situasjon (Ahlsen, 2021). Blant annet er å identifisere meningsfulle mål vesentlig for en pasientsentrert behandling, og kan anses som en av hjørnesteinene i behandlingsprosessen (Aamundsen et al, 2021). Gjennom fysioterapiutdanningen har vi lært at meningsfulle behandlingsmål bør relateres til aktivitet, og kanskje aller helst deltagelse, fremfor å fokusere på kroppsfunksjon- og struktur (Aamundsen et al, 2021). Deltagelsesperspektivet omhandler personers mulighet til å ta del i blant annet arbeid, familie- eller fritidsaktiviteter (Pran, 2007), som er av stor betydning for livskvalitet (Nes et al, 2021). Til tross for dette ser vi en betydelig variasjon i målene som settes i klinisk praksis når det kommer til inkludering av aktivitet- og deltagelsesaspektet (Gardner et al., 2015; Lohman, et al., 2011). For pasienter med langvarige, uspesifikke muskelskjelettplager vil vi dessuten ikke ha noen spesifikke funn på strukturnivå som kan forklare pasientens funksjonsnedsettelse. Dette gjør at en målsetting med utgangspunkt i andre domener blir desto viktigere. Ser vi nærmere på klassifiseringen av aktivitet og deltagelse, ser vi at domenet videre kan deles inn i to nye underkategorier, “kapasitet” og “opptreden”. Kapasitet refererer til hva individet potensielt kan gjøre, mens opptreden beskriver den faktiske utførelsen. Som fysioterapeuter ønsker vi at pasientene skal nå sitt fulle potensial. Det vil derfor, stort sett alltid, være gunstig for oss å arbeide med bakgrunn i kapasitet (World Health Organization, 2013, s. 28). ICF kan dermed brukes som en slags pekepinn på hvor det vil være gunstig å legge fokuset vårt. I lys av dette kan en argumentere for at ICF er et verdifullt rammeverk som gir god struktur for å formulere mål med fokus på aktivitet og deltagelse (Pran, 2007). Dette fremmer en pasientsentrert tilnærming, noe som vi ser på som spesielt viktig i behandling av denne pasientgruppen.

### 3.2 Fokuserer vi for mye på enkeltdomenene i ICF?

ICF representerer et ambisiøst forsøk på å adressere den omfattende kompleksiteten som er knyttet til menneskets helse og funksjon - noe som er avgjørende i behandling av pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager. Likevel har vår praksis en tendens til å bli begrenset til å fokusere på enkeltstående domener, og spesielt innenfor kroppsfunksjon og

struktur (Pran, 2007). I lys av dette kan vi undre oss over sannsynligheten for at funksjonsdiagnoser, uavhengig av identifiserbare funn på strukturer, effektivt kan behandles ved tiltak iverksatt på kroppsfunksjon og strukturnivå (Mengshoel, 2018). Hva kan vi da basere en slik praksis på? På en annen side kan vi argumentere for at intervensjoner på enkeltdomener kan være en god praksis, ettersom domenene i rammeverket er dynamiske i forhold til hverandre (Børslie & Forsberg, 2019, s. 11). Påvirkning på et område kan dermed påvirke et eller flere andre områder. En fysisk funksjonsnedsettelse kan for eksempel begrense en persons evne til å delta i arbeidslivet, akkurat som at mentale helseutfordringer kan påvirke en persons fysiske funksjon og videre deltakelse i samfunnet. Tilsvarende kan en pasients manglende ønske om å returnere til arbeid ha en innvirkning på opplevelsen av smerte. Norsk Fysioterapiforbund beskriver dessuten oss som en profesjon som jobber med å forebygge, behandle og fremme god funksjon og helse i muskel- og skjelettsystemet. Behandlingen vi tilbyr baseres på undersøkelse og vurdering av pasientens problem, med et mål om å utvikle, gjenvinne eller vedlikeholde funksjonsevne (2024). Med dette som grunnlag tør vi å påstå at funksjon er vår ekspertise. Dermed kan kroppsfunksjon- og struktur være en naturlig "inngangsport" i behandlingssammenheng, selv for pasienter med funksjonsdiagnose uavhengig av identifiserbare funn. Likevel må vi ikke glemme ICFs overordnede forståelse om å se menneskers helse og funksjon i en kompleks sammenheng. Hvis vi ikke klarer å se sammenhengene, frykter vi at rammeverket heller ikke egner seg til å håndtere kompleksiteten hos pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

### 3.3 Mennesket i fokus, ikke diagnose eller funn

ICF er stadig i utvikling. Fokusskiftet fra en diagnosespesifikk tilnærming til en helhetlig forståelse er for vår praksis en viktig del av denne utviklingen. Med grunnlag i dette er det derfor et relevant spørsmål om fysioterapeuter har klart å oppdatere seg på tanken om at vi må ha en helhetlig tilnærming. Dette vil blant annet innebære at vi jobber i flere domener samtidig (Pran, 2007). En oppdatert forståelse om helhetlig tilnærming kan også utfordre fysioterapeuter til å utvide sin kompetanse ved å innhente ny kunnskap fra andre fagområder (Pran, 2007). Ettersom ICF legger til rette for en bredere forståelse, samt bevisstgjør oss på å se både spesifikk og generell funksjon i sammenheng med den enkeltes unike situasjon, vil rammeverket på ett vis oppmuntre til å søke kunnskap utover egne fagområder, slik at vi kan utvide forståelsen vår av andre relevante aspekter. Ved å ta hensyn til alle aspekter av en persons helse og funksjon, kan vi sikre at våre intervensjoner er mest mulig effektive og tilpasset hver enkeltes behov. Vi må samtidig huske at ICF ikke klassifiserer mennesker, men beskriver hver enkelt menneskes

situasjon innenfor et spektrum av helse- og helserelevante domener. Grunnenehetene i klassifikasjonen kategoriseres i definerte helserelevante domener, og det er derfor viktig å merke seg at det ikke er personer som er grunnenehetene for klassifikasjonen i ICF (World Health Organization, 2006, s. 7). Ut fra dette kan en argumentere for at funksjonelle forhold står i fokus for behandling fremfor diagnose eller spesifikke funn - noe som vil være av betydning for en pasientspesifikk tilnærming i behandling av pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager.

#### 4. Den terapeutiske verdien av forventninger

De fleste som oppsøker helsetjenesten, har visse forventninger til hva helsepersonell og deres tjenester kan gjøre for dem. I noen tilfeller ønsker pasientene svar på uopplarte spørsmål, mens andre ønsker et spesifikt utfall av et gitt behandlingstiltak (Opseth et al., 2014). Forventninger til helsetjenester defineres som "forventninger om at gitte hendelser sannsynligvis vil skje under eller som et resultat av medisinsk behandling" (Uhlmann et al., 1984). Dette inkluderer både hva pasientene håper å oppnå med behandlingen, samt hva de forventer av selve rehabiliteringsprosessen (Bialosky et al., 2010). Som helsepersonell er vi automatisk assosiert med visse forventninger som følge av vår profesjon. I gjenkjennbare helseuniformer, med navneskilt som framhever vår yrkestittel, besitter vi kunnskap om helse, kropp og funksjon. Dette kan resultere i høye forventninger til behandlingen fra noen pasienter (Høstmark, 2019). Studier gjort på pasienter med langvarige uspesifikke korsryggsmerter viser at forventninger spiller en betydelig rolle for behandlingsforløpet, prognosen og generelt rehabiliteringen til pasienten (Pichonnaz et al., 2023). Dette sier ikke nødvendigvis noe om hvorvidt forventninger har en positiv eller negativ innvirkning på behandlingen, men åpner opp for tanken om at de kan påvirke utfallet både den ene og den andre veien. Hvordan vi som fysioterapeuter møter pasientenes forventninger vil kanskje være avgjørende for om påvirkningen utspiller seg negativ eller positiv. Dette vekker vår interesse, da det tidligere er synliggjort at fysioterapeuter opplever utfordringer med å imøtekomme forventningene til pasienter med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager (Biddle, 1986). Samt at flere fysioterapeuter føler seg utilstrekkelig forberedt på å håndtere kompleksiteten i behandlingen av denne pasientgruppen (Pichonnaz et al., 2023).

##### 4.1 Kan pasientenes forventninger brukes som en ressurs i behandlingssammenheng?

I en artikkel publisert i Fysioterapeuten deler manuellterapeut og lektor ved Høgskolen på Vestlandet, Pål Alexander Lea, en tankevekkende observasjon om at noen pasienter forventer å bli behandlet til de ikke lengre har vondt noe sted (Lea, sitert i Høstmark, 2019). En forventning om fullstendig smertefrihet er i mange tilfeller urealistisk, ettersom det dessverre ikke er alle som blir smertefrie (Steingrimsdottir et al, 2023). Vi sitter med et inntrykk av at fysioterapeuter ofte ser på denne tankegangen som problematisk. “De må forstå at vi ikke kan fikse problemene deres for dem” sier våre fagfeller. Det har de forsåvidt helt rett i, men vi må for all del ikke glemme å ta vare på den fordelaktige siden forventningene kan føre med seg - nemlig pasientens tro på at behandlingen skal fungere. Dersom pasienten får tillit til, og tror at behandlingen han eller hun får er virkningsfull, vil det ha en gunstig effekt på resultatet (Birkeflet, 2021). Ut fra dette ser vi grunn til å reflektere over muligheten for at fysioterapeuter fokuserer for mye på de negative aspektene behandlingsforventningene fører med seg. Vi tenker at hvordan fysioterapeuter tar tak i og håndterer pasientens forventninger vil være av stor betydning for om vi evner å se dens verdi, eller om de blir et hinder på veien mot bedring. For å illustrere dette kan du se for deg at du skal stelle i en gjengrodd hage. Gresset har vokst seg høyt og uregjerlig, men hovedproblemet er at store deler av hagen er dekket av ugress med dype røtter og lange stengler. Du kan alltid pløye over plenen med en gressklipper, men så lenge røttene har rukket å etablere seg vil ugresset vokse like fort opp igjen. For å få bukt med ugresset er det viktig å få fjernet så mye som mulig av røttene. Det vil være mest gunstig å gjennomføre dette før du tyr til gressklipperen, da det kan være vanskelig å få tak på rotsystemet så fort ugresset ikke er synlig med det blotte øye. Det hadde selvsagt vært en mindre tidkrevende oppgave hvis ugresset ikke hadde rukket å forplante seg, men da skulle du både startet tidligere og gjerne luket litt i hagen innimellom så røttene aldri hadde rukket å få så godt feste. I dette tilfellet symboliserer ugresset pasientens forventninger i en fysioterapisammenheng. Desto lengre tid forventningene har grodd røtter hos pasientene, desto større sannsynlighet vil det være for at vi som terapeuter skuffer pasienten. I dette tilfellet er det realistisk å tenke seg at pasienter med langvarige, uspesifikke muskelskjelettplager kommer med forventninger om å bli smertefri, og jo lengre de har hatt denne forventningen, desto større kan skuffelsen bli. Skuffelsen kan påvirke behandlingsresultatet på en negativ måte. Dette leder oss til å reflektere over hvorvidt vi adresserer pasientens forventninger som en ressurs i behandlingssammenheng, samtidig som vi bekymrer oss over de potensielle negative konsekvensene det kan føre med seg dersom vi ikke håndterer dem tidlig nok i behandlingsforløpet.

#### 4.2 Vi må unngå å være en hjelper uten grenser

Vi reflekterer videre over hva som egentlig skaper tillit til oss som helsepersonell. Tillit defineres som en følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. I praksis innebærer tillit ofte en form for overføring av makt, hvor helsepersonell gis tillatelse til å handle på pasientenes vegne, til deres beste (Fugelli, 2001, s. 3622). Tilliten vi oppnår gjennom uniformen vår er et verdifullt utgangspunkt som gir oss muligheten til å imøtekomme pasientens forventninger og potensielt være med og forme dem. Likevel er det viktig å reflektere over varigheten av denne tilliten. Så fort pasienten føler at vi som terapeuter ikke bruker “makten” vår til deres beste, tror vi veien fra tillit til tillitsbrudd kan være kort. Vi undrer oss over om dette kan skje hvis vi utøver fysioterapi på en måte som strider med pasientenes forventninger. Her står vi som fysioterapeuter overfor et etisk dilemma. Vi ønsker å ivareta de positive sidene ved pasientenes forventninger for å bygge tillit, samtidig som vi vil unngå å bygge opp under forventninger som ikke er realistiske. Mange fysioterapeuter opplever dette utfordrende. Spesielt det å kombinere vitenskapelig evidens med å opprettholde pasientsentrert omsorg som tar hensyn til pasientens forventninger (Pichonnaz et al., 2023; Gardner et al., 2017). Vi skaper nemlig ikke tillit med å love bort for mye (Fugelli, 2001, s. 3623). Vi må unngå å være en hjelper uten grenser, da tillit bygges lik så mye av begrunnede avgrensninger som av uttalt grenseløshet. Klare grenser for pasienters forventninger og grenser for terapeutens muligheter fører til tillit (Fugelli, 2001, s. 3623), og det vil derfor være viktig at vi ikke glemmer å være realistiske. Dette er en balanse fysioterapeuter selv må finne ut av, og uten klare retningslinjer. Det er med andre ord ikke bare pasientgruppen som er individuell, men også hver enkelt fysioterapeuts tilnærming til kompleksiteten av pasientgruppen.

#### 4.3 Har fysioterapeuter innsikt i sin egen påvirkningskraft?

Hos mange pasienter kan vi tydelig se at forventninger til behandling gjenspeiler seg i behandlingsresultatet. Blant annet har det de siste årene blitt en felles enighet om at forventning er en av de viktigste faktorene som bidrar til placeboeffekt (Kristiansen, 2019). Det er vist at helsepersonell kan aktivere placebomekanismene som en del av terapi ved å fremheve gode forventninger til behandlingen (Colloca et al., 2014). På samme måte kan negative verbale antydninger fra helsepersonell skape negative forventninger og kan medføre klinisk forverring, en såkalt noceborespons. Forventninger om ubehag kan derfor føre til økt smerteopplevelse, og optimistiske forventninger kan føre til bedring (Colloca et al., 2014). Situasjonsavhengige stikkord, symboler, meninger og hele ritualet rundt den terapeutiske handlingen er med på å forme pasientens hjerne, og vil derfor påvirke både placebo- og noceborespons (Benedetti et al., 2011). Med andre ord er det fysioterapeuten som utfører den terapeutiske handlingen som



har mulighet til å påvirke responsen. I den sammenheng lurer vi på i hvilken grad fysioterapeuter bevisst optimaliserer de helsefremmende fordelene placeboresponsen kan bidra med?

I ethvert møte med pasienter vil oppdatert kunnskap være høyst relevant for at fysioterapeuter skal kunne gi og utføre best mulig behandling. Vi stiller derfor spørsmål ved hvorfor kunnskap om håndtering av forventninger ikke tar en synlig del i læreplanen i fysioterapiutdanningen. Dette synes vi er påfallende. Spesielt påfallende er det når fysioterapeuter selv uttaler seg om at denne pasientgruppens forventninger er vanskelig å håndtere (Pichonnaz et al., 2023). Hvordan kan vi argumentere for at behandlingen fysioterapeuter tilbyr fanger opp kompleksiteten til pasientgruppen, hvis fysioterapeuter mangler kunnskap om aspekter som kan ha essensiell påvirkning på behandlingen? Tor Johan Ekeland (2000) skriver i Den norske legeforenings tidsskrift at uttrykket "Placebo" for mange har fått et negativt stempel. "Ingen som i egne øyne driver seriøs behandlingspraksis vil bli assosiert med placeboeffekt" (Ekeland, 2000). I lys av dette mener vi at helsepersonell mangler innsikt i den terapeutiske betydningen av placeboeffekten. En må ikke nødvendigvis bedra eller villedde pasienten for å oppnå placeboeffekt, slik som kanskje mange tror. Effekten kan oppnås ved å forklare at bedring kan skyldes andre faktorer enn selve behandlingen, slik som forventninger til bedring (Evers et al., 2018). Helsepersonell kan dermed aktivere placebo mekanismene som en del av terapi ved å fremheve gode forventninger til behandlingen (Colloca et al., 2014). Når vi ser at det kan være utfordrende å håndtere denne pasientgruppens forventninger, blir vi ekstra nysgjerrige på hvorfor undervisning om forventningshåndtering ikke er mer integrert i utdanningen.

## 5. Kompleksitet, et uunngåelig element i behandlingen

Da vi valgte å skrive om dette temaet innså vi på mange måter kompleksiteten til personer med langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettplager, men følte oss på samme tid noe uvitende om dens betydning for vår kliniske praksis. Vi har selv erfart å stå framfor denne pasientgruppen med tusen tanker i hodet, undrende og usikre på hvilke intervensjoner vi skal velge. Fysioterapi er en profesjon i konstant endring, hvilket er bra da det gir oss en grunn til å holde oss oppdaterte og jobbe for å holde oss relevante i den norske helsetjenesten. Skal vi bevege oss videre må vi huske at en praksis som fanger opp pasientgruppens kompleksitet ikke alene burde belages på forskningsresultater, men vel så mye omhandle hvordan vi som fysioterapeuter vurderer om forskningsfunnene passer inn i den enkeltes unike omstendighet. Pasienter med langvarige,

uspesifikke muskel- og skjelettplager befinner seg i en situasjon hvor ingen konkrete funn på strukturnivå kan være med på å forme behandlingen vi som fysioterapeuter kan tilby dem. Hver pasient er unik, med individuelle forutsetninger og forventninger til ønskelig utfall og resultat av behandlingen. Kompleksiteten i pasientenes smertetilstand er derfor overførbar til hvordan hver enkelt terapeut velger å møte behandlingssituasjonen, da ingen spesifikke tiltak alene, med sikkerhet vil føre til bedring. Selv om visse behandlingstilnærminger har vært i bruk over tid, betyr ikke det nødvendigvis at de er mest effektive. Behandlinger med variabel forskningsevidens kan eksempelvis møte en pasients forventninger og skape en subjektiv følelse av bedring som fører til et godt behandlingsresultat. Dette understreker viktigheten av å opprettholde en pasientsentrert tilnærming, både ved målsetting og i møte med pasientens forventninger. Det åpner også opp for spørsmål om hvorvidt forskningen vi belager oss på i dag er godt nok egnet til å fange opp kompleksiteten til pasientgruppen. Det er viktig at vi vurderer essensen i det vi gjør, da vi konstant må navigere mellom kunnskapsbasert og evidensbasert praksis. Det har seg nemlig slik at kompleksiteten gjør det nødvendig for fysioterapeuter å erkjenne at det ikke finnes én universell tilnærming til å behandle disse pasientene.

## Referanseliste:

- Aase, K. (2018). *Effekt av to fysioterapitilnærminger på funksjon hos pasienter med langvarige muskel- skjelettplager – en randomisert kontrollert studie*. [Masteroppgave, Høgskulen på vestlandet]. HVL Open.  
<http://hdl.handle.net/11250/2590573>
- Aamundsen, O., Vøllestad, N, K., Meisingset, I. & Robinson, H, S. (2021). Associations between treatment goals, patient characteristics, and outcome measures for patients with musculoskeletal disorders in physiotherapy practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(182), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04048-4>
- Ahlsen, B. (2021). Pasienten som person i pasientsentrert fysioterapi. *Fysioterapeuten*.  
<https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-pasientsentrert-fysioterapi/pasienten-som-person-i-pasientsentrert-fysioterapi/134533>
- Babatunde, O, O., Jordan, J. L., Van der Windt, D. A., Hill, J. C., Foster, N. E. & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS ONE*, 12(6), 1-30.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178621>
- Bergan, T., Egenberg, E. & Olsen, R, N. (2023). Faktorer som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap blant fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten: En intervjustudie. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-forskningsbasert-fysioterapi/faktorer-som-fremmer-bruk-av-forskningsbasert-kunnskap-blant-fysioterapeuter-i-kommunehelsetjenesten-en-intervjustudie/150544>
- Benedetti, F., Carlino, E. & Pollo, A. (2011). How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology*, 36, 339–354. <https://doi.org/10.1038/npp.2010.81>
- Bialosky, J. E., Bishop, M. D. & Cleland, J. A. (2010). Individual expectation: an

- overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 90(9), 1345–1355. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090306>
- Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual reviews*. 12(1), 67–92. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.12.080186.000435>
- Birkeflet, O. (2021). Sykepleiere bør lære å utnytte placeboeffekten. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/fag/2021/04/sykepleiere-bor-laere-utnytte-placeboeffekten>
- Børslie, E. E. & Forsberg, I. (2019). Å lete i det uspesifikke - en kvalitativ studie. [Bacheloroppgave]. HVL Open. <http://hdl.handle.net/11250/2601862>
- Clarsen, B., Steingrimsdottir, A. O., Holvik, K., & Ørstavik, E. R. (2022, 29. Mars). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/?term=>
- Colloca, L., Jonas, W. B., Killen, J., Miller, F. G. & Shurtleff, D. (2014). Reevaluating the placebo effect in medical practice. *Hogrefe eContent*, 222(3), 124-127. [10.1027/2151-2604/a000177](https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000177)
- Dannapfel, P., Peolsson, A., & Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8(1), 31. Doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-31>
- Ekeland, T. J., (2000). Placebofenomenet: Hvordan kan det forstås? *Tidsskriftet*. <https://tidsskriftet.no/2000/10/diagnostikk-og-behandling/placebofenomenet-hvordan-kan-det-forstas>
- Evers, A. W. M., Colloca, L., Blease, C., Annoni, M., Atlas, L. Y., Benedetti, F., Bingel, U.,

- Büchel, C., Carvalho, C., Colagiuri, B., Crum, A. J., Enck, P., Gaab, J., Geers, A. L., Howick, J., Jensen, K. B., Kirsch, I., Meissner, K., Napadow, V., ... Kelley, J. M. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 204–210.  
<https://doi.org/10.1159/000490354>
- Fugelli, P., (2001). Tillit. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 30(121), 3121-3124  
<https://tidsskriftet.no/2001/12/kronikk/tillit>
- Gardner, T., Refshauge, K., McAuley, J., Goodall, S., Hubscher, M. & Smith, L. (2015). Patient led goal setting in chronic low back pain-What goals are important to the patient and are they aligned to what we measure? *Science Direct*, 98(8), 1035-1038.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.012>
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M., & Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132-143. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>
- Güven, K. S., Hlil, C. K., Celikel, F., Tulgar, S., Cassai, D. A., Akkaya, T. O. & Hernandez N. (2022) Chronic pain: an update of clinical practices and advances in chronic pain management. *Eurasian J Med*, 1(57), 57-61. [10.5152/eurasian.med.2022.22307](https://doi.org/10.5152/eurasian.med.2022.22307)
- Halvorsen, J. M. & Hellevik, M. M. (2023, mars). *Kunnskap og kunnskapens makt*. [Audiopodcast-episode]. Lateralt og mediant.  
<https://open.spotify.com/episode/3pQRBkAHW1kksqshfhDef7?si=glkc4dwWT6i3rSfq9LcYhw>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Langvarige smerter. Fysikalsk medisin og rehabilitering – veileder.*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/muskel-og-skjelettplager/smerter-og-forventninger/langvarige-smerter>

Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis.no.*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Høstmark, C. B., (2019). Høye forventninger til å bli friske. *Fysioterapeuten*.

<https://www.fysioterapeuten.no/overbehandling-overdiagnostisering/hoye-forventninger-til-a-bli-friske/118265>

Høyem, A. & Thornquist, E. (2010). Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell. *Sykepleien*, 5(1), 46-53.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0025>

International Association for the Study of Pain. (u.å) *Pain Management Center – Chapter 1*.

<https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/chapter1/>

Kristiansen, S, K. (2019). Verdien av forventning - Hvordan forventningseffekter påvirker smerte. [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.

<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-71428>

Lohman, S., Decker, J., Müller, M., Strobl, R. & Grill E. (2011). The ICF Forms a Useful Framework for Classifying Individual Patient Goals in Post-Acute Rehabilitation.

*Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 151-155. <https://doi.org/10.2340/16501977-0657>

Mengshoel, A, M. (2022). Kunnskap for å forklare og for å forstå – møte mellom ulike

kunnskapssyn i diskusjonen om psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*.  
<https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-forskning-psykomotorisk-fysioterapi/kunnskap-for-a-forklare-og-for-a-forsta-mote-mellom-ulike-kunnskapssyn-i-diskusjonen-om-psykomotorisk-fysioterapi/144746>

Mengshoel, A, M. (2020). Langvarige muskel- og skjelettplager: Bedring som personlig tilhelingsarbeid. *Fysioterapeuten*, 3(19).

<https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert/langvarige-muskel--og-skjelettplager-bedring-som-personlig-tilhelingsarbeid/125365>

Mengshoel, A, M. (2018). Langvarig muskel- og skjelettplager: Bedring som personlig tilhelingsarbeid. *Fysioterapeuten*. 3(19), 24-28.

<https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/10117/118947/version/1/file/Mengshoel.pdf>

Mårdalen, I. (2021). Er behandlingen fysioterapeuter gir god nok og er den evidensbasert?

*Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/evidensbasert-fysioterapi-fysioterapeut-fysioterapeuter/er-behandlingen-fysioterapeuter-gir-god-nok-og-er-den-evidensbasert/133492>

Nes, B, R., Røysamb, E., Eilertsen, G, M., Hansen, T. & Nilsen, S, T. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>

Opseth, G., Wahl, A. K., Bjørke, G. & Mengshoel, A. M. (2014). Bruk og brukere av

fysioterapi i privat praksis og primærhelsetjenesten. *Fysioterapeuten*, 9(1).

<https://www.fysioterapeuten.no/bruk-og-brukere-av-fysioterapi-i-privat-praksis-i-primærhelsetjenesten/122895>

Ottesen, A. (2019). Direkte tilgang - hensikter og realiteter. *Fysioterapeuten*, 8(2019).

<https://www.fysioterapeuten.no/direkte-tilgang-fagkronikk/direkte-tilgang--hensikter-og-realiteter/125513>

Pran, F. (2007). ICF – et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7(2007).

<https://www.fysioterapeuten.no/icf---et-felles-sprak-for-funksjon/124007>

Pichonnaz, C., Ancy, C., Mbarga, J. & Foley, R. A. (2023). Patients' expectations of physiotherapists before and after an intensive chronic low back pain rehabilitation programme: a qualitative study based on semi-structured interviews and observations. *Disability and Rehabilitation*, 46(9), 1776-

1786. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2205171>

Schlatter, M. (2022). *The cynefin framework: complex vs complicated*. CAST.\_

<https://castintelligence.com/blog/cynefin-framework/>

Steingrimsdottir, A, O., Nilsen, S, C., Handal, M., Odsbu, I. & Skurtveit, O, S. (2023, 14. mars). Langvarig smerte i Norge. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/?term=>

Thornquist, E. (2008). *Lungefysioterapi: Funksjonsvurderinger og klinisk arbeid* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Uhlmann, R, F., Inui, T, S. & Carter, W. B. (1984). Patient requests and expectations: Definitions and clinical applications. *Medical Care*, 22(7), 681–685.

[10.1097/00005650-198407000-00011](https://doi.org/10.1097/00005650-198407000-00011)

World Health Organization (u.å.) *ICF. International Classification of Functioning, disability and health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

World Health Organization. (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the*



International Classification of Function, Disability and Health (ICF). *WHO*, 1- 122.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4)

World Health Organization. (2006). Internasjonal klassifikasjon av funksjon,

funksjonshemming og helse. *WHO*, 3-234.

<https://aktivesammen.no/irisfile/215819/icf-fullversjon-pdf-1pdf.pdf>