



# Fysioterapi

Profession och vetenskap

Antogs av Fysioterapeuternas  
förbundsstyrelse 14 december 2016





# Fysioterapi

## Profession och vetenskap

**Catharina Broberg**, fysioterapeut, MSc, Göteborg.  
**Raija Lenné**, fysioterapeut, docent, Stockholm.

Februari 2017 © Fysioterapeuterna  
Grafisk form: Rickard Örtegren



# Förord

VI ÄR GLADA ÖVER att kunna publicera denna skrift, Fysioterapi – profession och vetenskap. Den ersätter Sjukgymnastik som vetenskap och profession, som publicerades 2009. Fysioterapi som profession och vetenskap är stadd i ständig utveckling och viktiga framsteg har gjorts sedan 2009, såväl inom fysioterapivetenskapen som inom professionen.

Den första januari 2014 är ett historiskt datum för Sveriges fysioterapeuter. Sedan dess är fysioterapeut ny skyddad yrkestitel för sjukgymnaster och den benämning som ska användas i första hand för professionen. Den ändrade yrkestiteln speglar väl fysioterapeuters ökade bidrag till folkhälsan genom engagemang och insatser när det gäller promotion och prevention. Den kunskapsbas som vetenskapen och professionen vilar på har fördjupats och breddats och kunskapen om rörelsens hälsobringande effekter har fått genklang i hela samhället. Mot denna bakgrund är det uppenbart att behovet varit stort av en ny och uppdaterad skrift.

I skriften blir det tydligt att fysioterapi utgörs av en bred kunskapsbas och att fysioterapeuter är verksamma inom många olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och samhället i stort. Samtidigt utmärks fysioterapi av en kärna med enhetlig och gemensam kunskap. Fysioterapeuter har en gemensam förståelse för hur rörelse bidrar till hälsa.

Vår förhoppning är att denna skrift ska utgöra en viktig inspirationskälla för såväl studenter, lärare vid våra lärosäten som alla yrkesverksamma fysioterapeuter. Det är viktigt att vi har en samsyn om var vi står och

vart vi är på väg. Med en gemensam kunskapsgrund som utgångspunkt, är vi bättre rustade att förverkliga Fysioterapeuternas vision att alla ska kunna leva ett hälsosamt liv i rörelse. Syftet med skriften är att beskriva och förtydliga fysioterapi som profession och vetenskap som grund för reflektion internt inom professionen och som ett underlag för extern information.

Vi vill varmt tacka författarna Raija Lenné och Catharina Broberg som lagt ned ett stort arbete på denna angelägna och välformulerade skrift. Författarna har mångåriga och varierade erfarenheter som kliniker, forskare, lärare och chef. Genom sitt engagemang och sin kunskap har de bidragit till fysioterapins utveckling i såväl Sverige som internationellt. Båda författarna är hedersledamöter i Fysioterapeuterna. Vi vill även tacka den referensgrupp som på ett ovärderligt sätt bidragit under arbetet med denna skrift: Charlotte Häger, Mari Lundberg, Anne Söderlund och Cecilia Winberg.

Slutligen vill vi tacka alla fysioterapeuter som deltog i den workshop som genomfördes i juni 2016 då innehållet i skriften diskuterades. Vid workshopen deltog representanter för våra lärosäten och Fysioterapeuternas sektioner. Era konstruktiva synpunkter har haft stor betydelse för utformandet av denna skrift, Fysioterapi – profession och vetenskap.



Stefan Jutterdal  
Förbundsordförande  
Fysioterapeuterna





# Sammanfattande beskrivning av fysioterapi

FYSIOTERAPI ÄR en profession och ett vetenskapsområde vilka är integrerade i varandra. Fysioterapi omfattar kunskap om människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet i ett hälsoperspektiv. I centrum för kunskapen står förståelse av kroppen, dess rörelse och funktion samt interaktion med andra och med miljön. Rörelse utgör en grund för människans funktion och är också ett medel för människan att nå sina mål och därmed hälsa och livskvalitet. Genom medvetenhet om kroppen och om adekvat rörelse kan människan utveckla tillit till sig själv och påverka sin egen hälsa.

Fysioterapi syftar till att främja hälsa, minska lidande och till att behålla eller återvinna optimal rörelseförmåga och rörelsebetende. Detta gäller särskilt när en människas funktion, aktivitet och delaktighet begränsas eller hotar att begränsas av sjukdom och skada, ålder eller fysiska och psykosociala omgivningsfaktorer. Professionen baseras på akademisk utbildning, specifik kompetens och autonomi i yrkesutövningen.

Fysioterapi sker i en personcentrerad klinisk resonerandeprocess som innefattar utredning, diagnos, intervention och utvärdering i samklang med klienten och andra involverade. Interventioner kan vara såväl hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande som terapeutiska och habiliterande/rehabiliterande.

Det vetenskapliga underlaget för fysioterapi kan omfatta biomekaniska, fysiologiska, psykologiska, sociala och existentiella perspektiv på människan. Forskning inom fysioterapi handlar om människans hälsa med kropp, rörelse, patientupplevelse, lärande och interaktion med andra och med miljön som grund. Forskning sker både inom den egna disciplinen och i samverkan med andra discipliner. Klinisk verksamhet utvecklas i takt med den ökande vetenskapliga evidensen för fysioterapeutiska interventioner.





# INNEHÅLL

- 8** INLEDNING: HÄLSOPROFESSION  
OCH VETENSKAPSOMRÅDE
- 10** FYSIOTERAPINS HISTORISKA  
UTVECKLING
  - Medikal gymnastik
  - Legitimation
- 12** FYSIOTERAPINS INTERNATIONELLA  
UTVECKLING
- 14** UTBILDNING TILL FYSIOTERAPEUT
  - Äldre utbildning
  - Utbildning till fysioterapeut i dag
  - Specialisering
- 16** FYSIOTERAPI SOM PROFESSION
  - Fysioterapins tillämpning och verksamhetsområden
  - Kliniskt resonerande i fysioterapi
- 21** FYSIOTERAPI SOM VETENSKAP
  - Paradigm
  - Modeller och teorier
  - Centrala begrepp
  - Forskning inom fysioterapi
- 28** REFERENSER

# Inledning: Hälsoprofession och vetenskapsområde

FYSIOTERAPI ÄR en hälsoprofession och ett vetenskapsområde och dessa är integrerade i varandra. Fysioterapeuter är den tredje största professionen inom hälso- och sjukvården i västvärlden efter läkare och sjuksköterskor. Fysioterapin har en lång tradition och historia i Sverige och var den första hälsoprofessionen efter läkare i landet som erhöll legitimation. Det finns i dag 17 500 legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster i yrkesverksam ålder i Sverige (1).

Fysioterapin som profession har ansvar för att beskriva sitt kunskapsområde och sin roll i samhället och att sprida information om sin kompetens till klienter/patienter, myndigheter och beslutsfattare samt till andra professioner och samarbetspartners. Vidare finns det inom professionen ett behov av en plattform för interna diskussioner om villkoren för fortsatt kunskapsutveckling av fysioterapi och dess olika specialiteter och verksamheter.

Syftet med denna skrift är därför att beskriva och förtydliga fysioterapi som profession och vetenskap, i första hand för reflektion och ökad självförståelse inom professionen och i andra hand för information om fysioterapi externt.

World Confederation for Physical Therapy (WCPT), fysioterapeuternas världsförbund, antog år 1999 Description of Physical Therapy som svar på ett uttalat behov från medlemsländerna av en internationell gemensam beskrivning av fysioterapi (2). Sverige deltog aktivt i arbetet med utformningen av denna. Beskrivningen ingår i WCPT:s ”Policy Statement” och reviderades senast 2011. I denna anges att nationella förbund har ansvar för att enligt nationella lagar och förordningar definiera fysioterapins ställning och autonomi vad gäller yrkesutövningen. Fysioterapeuterna (före detta Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund) hade redan tidigare en kort definition av yrket och ämnet, utarbetad av dess vetenskapliga råd.

År 2009 beslutade förbundsstyrelsen att, med utgångspunkt tagen i den internationella beskrivningen, anta en ny, mer utförlig beskrivning av vad som kännetecknar svensk fysioterapi: ”Sjukgymnastik som vetenskap och profession”. Namnbytet till fysioterapi och den intensiva utvecklingen inom området kräver nu en revidering av skriften, och det är av värde att denna skrift vidare revideras efter ca fem år för att den ska vara aktuell och svara mot den snabbt växande forskningen och mot patienternas/klienternas och samhällets krav på kunskap.





Den internationella benämningen av fysioterapi är i brittisk engelska "physiotherapy" och i amerikansk engelska "physical therapy", och de båda benämningarna är synonyma. Benämningarna har sitt ursprung i de grekiska orden "physio" och "physicos", som betyder natur, respektive som har med kroppen att göra. Terapi kommer från det grekiska ordet "therapeia", som ursprungligen betyder vård eller behandling.

I Sverige är sedan 1 januari 2014 den lagstadgade yrkesbenämningen fysioterapeut och denna benämning används huvudsakligen i denna skrift. Beslutet om ändrad yrkestitel förgicks av en flera decennier lång debatt om att ändra en historisk titel som sjukgymnast till en mer modern och internationell benämning som fysioterapeut, där den senare till slut vann gehör. Yrkesbenämningen sjukgymnast finns dock kvar för dem som har tidigare legitimation. Båda titlarna är skyddade enligt lag (3).

Fysioterapi eller fysioterapivetenskap är också benämning på huvudområdet eller den akademiska disciplinen vid universitet och högskolor. Professionen och disciplinen är invävd i varandra, vilket utgör förutsättning för kunskapsutveckling och forskning. Fysioterapi ger viktiga bidrag till samhället vad av-

ser förståelse av kroppen och av rörelsens och betydelse för att främja hälsa och att förebygga och behandla olika hälsoproblem. Dagens utmaningar för hälso- och sjukvården och således för fysioterapin är ökad globalisering, ändrad åldersstruktur i samhället, ökning av levnadsvanerelaterade hälsoproblem, krav på patienters delaktighet och medbestämmande samt ökade krav på tillämpning av informations- och kommunikationsteknik.



# Fysioterapins historiska utveckling

INOM VARJE PROFESSION finns en strävan att definiera sig själv och att kunna beskriva kunskapen i förhållande till omvärlden. I denna strävan ingår att beskriva kunskapens historia och grundläggande perspektiv, vilket kan användas för fortsatt vetenskaplig och professionell utveckling. Medvetenhet om professionens historia är en viktig del av dess identitet.

I detta avsnitt används benämningen sjukgymnast synonymt med fysioterapeut eftersom den från senare delen av 1800-talet och fram till i dag var den etablerade yrkesbenämningen i Sverige.

## Medikal gymnastik

Fysioterapins föregångare i Sverige, den så kallade medikala eller medicinska gymnastiken, utvecklades i början av 1800-talet av Per Henrik Ling, också kallad den svenska gymnastikens fader. Gymnastikens filosofi var grundad i rådande naturromantiska och nationalistiska strömningar i Europa, som Ling lärt känna genom studier i Köpenhamn. Ling startade år 1813 Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet, nuvarande Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH). Gymnastik var en övergripande term för hälsofostran, och utbildningen bestod av fyra grenar: medikal, militär, pedagogisk och till en mindre del estetisk gymnastik (4). Den medikala grenen av gymnastiken, också kallad hälso- eller

rörelsekuren, utvecklades under andra delen av 1800-talet. Behandlingen bestod av rörelser och massage, som ansågs utnyttja ”naturliga medel” i form av kroppens inneboende läkande krafter till skillnad från att som läkaren ge ”droger” som kunde vara skadliga. Nämnas bör att den medicinska vetenskapen vid denna tid var i sin linda och att det således fanns utrymme för etablering av denna nya hälsoteori bland flera andra (5, 6).

Svensk sjukgymnastik spreds från mitten av 1800-talet till många länder i Europa och även till USA (6). En gren av sjukgymnastiken, mekanisk gymnastik, utvecklades av läkaren Gustaf Zander under andra hälften av 1800-talet. För att minska behovet av personer som utförde manuella rörelser konstruerade han apparater för behandling av en mängd olika åkommor. Apparatbehandlingen blev mycket populär och gymnastiska institut inrättades i hela Europa. Zanderska apparater blev föregångare till dagens träningsredskap.

Genom internationella influenser inlemmades efter hand olika så kallade fysikaliska metoder i sjukgymnastiken såsom hydroterapi och behandling med värme, kyla och elektricitet. Rörelsebehandling, vare sig den skedde manuellt eller mekaniskt, var dock kännetecknande för yrkesutövningen och är alltså kärnan i den svenska fysioterapin (5–7).



## Legitimation

Efter utbildning vid Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet kunde man arbeta både som gymnastiklärare och som sjukgymnast. Från att först ha vänt sig bara till män fick efter hand även kvinnor tillträde till utbildningen. Yrkesutövning som sjukgymnast etablerades under andra delen av 1800-talet och sjukgymnaster fick år 1887 legitimation i Sverige. Samtidigt ställdes det krav på skriftlig ordination från läkare för behandling av sjuka patienter. Sjukgymnaster arbetade som egna företagare vid privata institut. Först på 1920-talet började sjukgymnaster få anställning på sjukhus. Förebyggande arbete bedrevs framför allt i skolan, men också genom olika samhällsinriktade insatser.

I takt med medicinens utveckling under 1800-talets senare del uppstod konflikter mellan läkare och särskilt manliga sjukgymnaster, främst inom de nyinrättade specialiteterna ortopedi och fysikalisk medicin. Allt färre män sökte sig till yrket, och kvinnliga sjukgymnaster fick ofta rollen som assistenter åt läkare, vilket understödde kraven på ordination av läkare för behandling (6).

Sjukgymnastikens förhållande till medicinen och till den pedagogiska gymnastiken blev under början av 1900-talet föremål för långvarigt utredande, som ledde fram till delning av utbildningen i en ”friskgymnast” och en sjukgymnastgren. Genom internationella

influenser fanns det också kortare kurser i massage, och massörer utgjorde allvarliga konkurrenter till sjukgymnasterna. Detta gjorde att legitimerade sjukgymnaster sökte sig till och också fick bekräftelse av läkarna. År 1937 antogs en ny förordning om legitimation av sjukgymnaster enligt Medicinalstyrelsens kungörelse 1937:864. I och med det var delningen av gymnastiken ett faktum.

Kvinnliga Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, nuvarande Fysioterapeuterna, bildades 1943. Benämningen ”kvinnliga” togs bort i slutet av 1950-talet då också män fick tillträde till förbundet. Sjukgymnastiken/fysioterapin etablerades successivt i takt med den mycket stora utbyggnaden och specialiseringen inom hälso- och sjukvården.



# Fysioterapins internationella utveckling

ENLIGT BESKRIVNINGAR av den historiska utvecklingen av fysioterapi i internationell litteratur anses utvecklingen av fysioterapi ha börjat först vid tiden för det första världskriget och polioepidemierna i början av 1900-talet. Trots att den svenska gymnastiken, såväl den pedagogiska som den medikala, långt innan dess hade spritts i många länder, verkar den vara mindre känd bland de som beskriver professionens historia i till exempel Storbritannien och USA. Sverige förlorade sin ställning som föregångsland och den fortsatta utvecklingen av fysioterapin skedde efter hand helt i takt med den internationella utvecklingen. Efter andra världskriget befäste fysioterapin alltmer sin ställning inom hälso- och sjukvården. Framväxten av nya medicinska specialiteter och rehabiliteringskliniker innebar en kraftigt ökad efterfrågan på fysioterapeuter (7).

Genom att den svenska fysioterapin är grundad i såväl ett hälsoorienterat som ett medicinskt perspektiv har de senaste årens ökade fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården och samhället i övrigt lett till ytterligare efterfrågan på fysioterapeutisk kompetens.

Internationellt samarbete utvecklades i och med bildandet av WCPT 1951. Professionsförbunden i de nordiska länderna fanns bland initiativtagarna. Sedan starten anordnar WCPT världskongresser regelbundet. Utöver dessa ordnas löpande europeiska, nordiska och nationella kongresser för utbyte och spridning av kunskap inom fysioterapi. Fysioterapeuter deltar också aktivt i internationella medicinska och andra vetenskapliga kongresser. Det utvecklas också kontinuerligt nya nätverk för samverkan inom forskning och utbildning samt för att tillvarata olika specialiteters intressen. Samverkan bedrivs också inom arbetsmarknadspolitik i syfte att främja internationell rörlighet och att säkerställa att kompetenskrav och utbildning harmonieras mellan länderna.





# Utbildning till fysioterapeut

## Äldre utbildning

Utbildningen skedde först vid Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet, numera GIH (Gymnastik- och idrottshögskolan). Utbildningen var för män tre år, och innefattade ett års militär gymnastik, och för kvinnor två år. Examensbenämningen blev för både män och kvinnor gymnastikdirektör. Utbildning till gymnastikdirektör erbjöds senare också vid två privata skolor: Arvedsons Gymnastiska Institut mellan åren 1887 och 1938, samt Sydsvenska Gymnastikinstitutet i Lund från år 1909 – båda öppna endast för kvinnor. Efter delning av den pedagogiska gymnastiken och sjukgymnastiken 1934 förlades sjukgymnastutbildningen till sjukhus och undervisningen av sjukgymnaster bedrevs då till stor del av läkare. De praktiska övningarna leddes av sjukgymnaster och så kallade instruktionsgymnaster vid sjukhus och mottagningar.

Utbildningen av sjukgymnaster/fysioterapeuter förstatligades 1959 och knöts då närmare till Karolinska Institutet i Stockholm respektive medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Utbildningen har därefter utvecklats till en akademisk yrkesutbildning som ger grund för en bred professionell verksamhet. Genom högskolereformerna 1977 inlemmades utbildningen i högskolan och nya utbildningar startades. 1985 tillkom

påbyggnadsutbildning i två steg, det första med inriktning mot yrkesverksamhet och det andra mot forskningsförberedelse och formell behörighet för forskarutbildning.

## Utbildning till fysioterapeut i dag

Grundutbildningen blev år 1993 treårig och ledde förutom till sjukgymnastexamen till en generell akademisk examen, *kandidatexamen*, i sjukgymnastik/fysioterapi, med möjlighet till fortsatt utbildning på avancerad nivå till magisterexamen, och från år 2007 *masterexamen* i fysioterapi. Fysioterapeutexamen ges för närvarande vid åtta lärosäten som alla också erbjuder fortsatta studier till *doktorexamen* inom fysioterapi, vilken ger kompetens som kan användas inom olika verksamhetsområden och samhällssektorer. Andelen disputerade fysioterapeuter i förhållande till antalet legitimerade fysioterapeuter är hög jämfört med andra hälsoprofessioner i Sverige. År 2016 finns det drygt 30 professorer i fysioterapi och över 400 disputerade fysioterapeuter och antalet ökar stadigt. Fysioterapeuter bedriver forskning också inom andra discipliner.

Grundutbildningen innehåller kurser i huvudområdet fysioterapi, vilka inkluderar verksamhetsintegrerat lärande inom olika fysioterapeutiska arbetsområden. I utbild-



ningen ingår också kurser i humanbiologiska, medicinska och samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen. De olika lärosätena kan ha något olika pedagogisk profil, men de nationella målen för yrkesexamen är gemensamma. Kompetensutveckling sker genom fortsatt utbildning inom högskolan, externa kurser och kontinuerligt lärande i praktiken.

## Specialisering

Den starkt ökande kunskapsmängden inom fysioterapins olika områden och ökade krav i samhället har lett till behov av specialisering. I avsikt att en statligt reglerad specialistutbildning inrättade Fysioterapeuterna år 1996 en specialistordning för sjukgymnaster (8). För erhållande av specialistkompetens krävs bland annat minst magisterexamen och handledd erfarenhet i två år inom aktuellt område. En fysioterapeut kan erhålla specialistkompetens inom 16 olika områden. År 2016 hade cirka 1 000 fysioterapeuter erhållit specialistkompetens och allt fler tjänster som specialistfysioterapeut har inrättats. Den snabbt ökande akademiseringen och kompetensutvecklingen inom yrket har lett till att fysioterapeuter i dag kan erbjuda tjänster med högt ställda krav på evidensbaserad praktik inom olika verksamhets- och specialistområden.



# Fysioterapi som profession

FYSIOTERAPI SYFTAR TILL att främja hälsa och att minska ohälsa och lidande. Vidare syftar fysioterapi till att vidmakthålla eller återvinna optimal rörelse och funktionsförmåga och delaktighet i samhällslivet hos personer som drabbats av sjukdom eller skada. Fysioterapeuten har till sitt förfogande en bred arsenal av terapeutiska och beteendevetenskapliga interventioner för att aktivera människans inneboende resurser för att uppnå ökad hälsa.

Fysioterapi är en integrerad del av hälso- och sjukvårdens och samhällets utbud av olika hälsoinriktade interventioner. Fysioterapeutisk yrkesutövning uppfyller de klassiska kriterierna för en profession. Dessa innefattar en formaliserad vetenskapligt grundad kunskapsbas, akademisk utbildning, specialisering, forskning samt etiska regler. Det innebär vidare att fysioterapeuter har självständigt yrkesansvar och autonomi i yrkesutövningen, och att de tillämpar evidensbaserade metoder till gagn för klienter och det allmänna bästa samt har eget ansvar för kunskapsutveckling och forskning inom sitt område (9).

Fysioterapiverksamhet utövas av legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster. Legitimation utfärdas enligt patientsäkerhetslagen (3) och innebär en garanti om behörighet att utöva ett visst yrke och det ansvar och de skyldigheter det medför för den som är legitimerad. För att få legitimation och för att arbeta som fysioterapeut krävs fysioterapeutexamen mot-

svarande kraven för akademisk kandidatnivå. Utbildningen förbereder för självständig yrkesverksamhet, och den legitimerade fysioterapeuten ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Tidigare krav på att man måste ha remiss av läkare för att få komma till en fysioterapeut har sedan 1990-talet successivt tagits bort. I Sverige kan således alla som upplever behov av fysioterapi söka fysioterapeut direkt som första instans. Dock samverkar fysioterapeuter ofta med läkare och med andra professioner, såväl som med patientorganisationer och andra samhällsinstanser.

## Fysioterapins tillämpning och verksamhetsområden

Fysioterapeuter verkar självständigt eller tillsammans med andra aktörer inom olika samhällssektorer och är engagerade i ledning och administration, eget företagande samt forskning och utbildning. Fysioterapi utövas med vägledning av gällande lagstiftning. Enligt de prioriteringslinjer som fastställts av riksdagen krävs ställningstagande till vilka personer som har störst behov så att dessa i första hand erbjuds interventioner (10).

Fysioterapeutisk yrkesutövning grundar sig på kunskaper i huvudområdet och i andra ämnen som erhålls genom grundutbildning och fortsatt utbildning. Till detta kommer lärande genom erfarenhet i praktiken och dessa





tillsammans bildar grund för ett livslångt lärande. Den samlade kunskapen utgörs således av ett yrkesparadigm och på modeller och teorier som är specifika för professionen (11). (Se vidare sid. 21–27.) Enligt Törnebohm (12) kännetecknas alla yrken av specifika paradigmen och att ha ett yrke innebär att ha ett till yrket relevant paradigm. Yrkesspecifika paradigmen förvärvas genom utbildning och utvecklas genom praktisk verksamhet. Paradigmen är inte alltid explicita eller tydligt verbaliserade av yrkesutövaren själv, men de kan bilda grund för studier av professionell kompetens (11, 13).

Inom hälso- och sjukvård kan fysioterapeuters uppgifter delas in i olika tillämpningar såsom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, terapeutiska och habiliterande/rehabiliterande insatser. Dessa kan ske var för sig eller i kombination beroende på verksamhetens art. Exempel på verksamhetsområden är primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, specialistsjukvård samt olika former av rehabilitering. Ett viktigt område inom vilket fysioterapeuter är engagerade är e-hälsa, som kan bidra till en mer jämlik och effektiv hälso- och sjukvård.

*Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande* arbete har fått allt större fokus genom att vi fått ökad kunskap om livsstilsrelaterad ohälsa och hur den kan förebyggas (14). Det innefattar folkhälsoarbete i vid mening och specifikt arbete med beteendeförändringar

avseende levnadsvanor såsom otillräcklig fysisk aktivitet och stillasittande, tobaksbruk, riskbruk av alkohol samt ohälsosamma matvanor (15). Detta kan också handla om hantering av stress och sömnsvårigheter. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete kan riktas mot både enskilda och grupper av individer. Genom det hälsofrämjande förhållningssätt som kännetecknar fysioterapeutens yrkesutövning kan samtal om levnadsvanor och anpassad träning naturligt integreras i mötet med klienter oavsett aktuellt hälsoproblem och verksamhetsområde.

Sjukdomsförebyggande arbete, så kallad primär prevention, kan rikta sig till enskilda eller grupper av personer som inte nödvändigtvis har något definierat hälsoproblem. Det kan till exempel gälla hälsa i arbetslivet och arbetsmiljöarbete. Det kan också rikta sig mot att förhindra ytterligare problem då det redan föreligger ett hälsoproblem, så kallad sekundär prevention, exempelvis gällande personer med smärttillstånd, hjärt-kärlsjukdom, diabetes och stroke. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett verktyg för både sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling av olika patientgrupper och det ingår även i fysioterapeutens terapeutiska arbete.

Det *terapeutiska arbetet* innefattar utredning och behandling av personer i alla åldrar med ohälsa och olika sjukdomar som söker hjälp för sina besvär inom hälso- och sjukvården och andra verksamheter. Stora målgrupper



för fysioterapi är personer med funktionsnedsättningar i rörelse- och stödjeorganen, smärta, stresstillstånd, depression, ångest och fysisk inaktivitet liksom personer med kardiovaskulära och metabola sjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska sjukdomar, ortopediska och reumatologiska sjukdomar samt tumörsjukdomar. Fysioterapeuter arbetar också med djur inom veterinärmedicinsk verksamhet.

Terapeutiskt arbete bedrivs enligt en klinisk resonerandeprocess i dialog med klienten enligt principerna för personcentrerad vård (16). Fysioterapeuten kan tillsammans med klienten välja olika interventioner såsom anpassad fysisk träning, olika former av kropps- och rörelsemedvetandeträning, avspänning, beteendeinriktade metoder samt manuella och fysikaliska metoder. Behandling och pedagogiska insatser riktas specifikt mot funktionsnedsättningar som rör andning, cirkulation, neuromuskuloskeletal funktion, fysisk prestationsförmåga och mental hälsa. Insatser riktar sig också mot aktiviteter och delaktighet, såsom träning av funktioner i det dagliga livet, utbildning och arbete samt samhällsgemenskap, rekreation och fritid.

*Habilitering och rehabilitering* innebär samordnade insatser från olika kompetensområden och kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art. De definieras enligt Socialstyrelsen som interventioner som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad/respektive förvärvad funktionsnedsättning, utifrån hans behov och förutsättningar, utvecklar/återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda

villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (17).

Fysioterapeutens arbete inom habilitering och rehabilitering riktar sig till barn, vuxna och äldre med olika funktionsnedsättningar och innefattar interventioner såsom manuella behandlingar, funktions- och aktivitetsträning, aktiviteter och delaktighet samt anpassning av miljön. I detta ingår förskrivning av och träning med olika typer av hjälpmedel. En stor och viktig del av fysioterapeuters arbete med rehabilitering riktar sig mot de äldre i samhället. En viktig aspekt av fysioterapeutens arbete inom området gäller bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga som grund för ställningstagande till sjukskrivning och interventioner som syftar till att en person ska kunna återgå till tidigare eller önskad sysselsättning såsom skola och arbete.

### Kliniskt resonerande i fysioterapi

Det finns olika modeller som belyser hur en fysioterapeut handlar i praktiken. Vanligen beskrivs det klientrelaterade arbetet som ett kliniskt resonerande och en beslutsprocess, som benämns fysioterapiprocessen eller den kliniska resonerandeprocessen (18–20). Denna kännetecknas av ett etiskt och kritiskt resonerande, grundat på specifik kunskap och reflektion som underlag för utförande av personcentrerad vård. I processen ingår utredning, analys, fastställande av fysioterapi- eller funktionsdiagnos och prognos, målsättning och planering av interventioner, genomförande av dessa och utvärdering av resultatet. Alla faser i processen sker i dialog med klienten. Processen gäller såväl hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande



som terapeutiskt och (re)habiliterande arbete och genomförs utifrån personens behov och mål. Processen gäller även vid arbete med arbetshälsa och arbetsmiljö där bedömning av arbetsplatser och organisation ställs i relation till personens resurser och interventioner riktas mot såväl personen som arbetsplatsen/organisationen.

Alla faser i den kliniska resonerandeprocessen dokumenteras löpande i patientjournalen eller motsvarande dokument i enlighet med patientdatalagen (21). Dokumentationen används för att säkerställa att klienten får en god och säker vård och för kommunikation, uppföljning och kvalitetsutveckling. Den utgör också en informationskälla till klienten. Dokumentationen synliggör såväl utredning, interventioner som process, och kan därmed även utgöra underlag forskning.

För den närmare beskrivningen av det kliniska resonerandet används här dels fysioterapeutisk terminologi som bygger på rörelsehierarkimodellen enligt Tyni-Lenné (22, 23), dels på WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF (24). Rörelsehierarkin specificerar fysioterapins förståelse av människans rörelse i ett hälsoperspektiv i tre nivåer: rörelseförutsättningar, rörelseförmåga och rörelsebeteende. (Se vidare sid. 23–24.) ICF har sin grund i systemteori och i ett biopsykosocialt perspektiv och de båda modellerna kan därmed komplettera varandra. ICF är användbar vid multiprofessionell kommunikation och dokumentation inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Men då olika professioners fackspråk och vardagsspråket inte alltid stämmer överens ställs det krav på närmare reflektion över

språkbruk vid alla former av kommunikation såväl internt inom professionen som externt med klienter och andra. Den kliniska resonerandeprocessen kan innehålla följande faser:

### **Utredning**

Utredning av en persons hälsotillstånd innefattar intervju där klienten inbjuds att berätta om sina hälsoproblem utifrån sitt perspektiv samt klinisk undersökning genom verbal och ickeverbal kommunikation. Utredningen kan även gälla sociala faktorer och omgivningsfaktorer. Den kliniska undersökningen sker med standardiserade observations- och mätmetoder som grund för analys och bedömning av klientens problem och resurser. Stor vikt läggs vid personens egen beskrivning av dessa. Resultaten av utredningen utgör grund för fastställande av diagnos och prognos. Utredningen kan också leda fram till beslut om egenvård eller att klienten hänvisas till eller själv väljer annan vård. Utredningen sker genom kontinuerlig interaktion med klienten under processens gång och innebär att såväl diagnos som mål, interventioner och utvärdering kan behöva revideras beroende på förändringar i klientens hälsotillstånd och upplevelse av eller reaktion på aktuell intervention.

### **Diagnos**

Utredningen leder fram till en sammanfattande beskrivning av personens aktuella rörelse- eller funktionsproblem i form av en fysioterapi- eller funktionsdiagnos som innefattar hur personen själv uppfattar sin situation. Diagnosen kan uttryckas i termer enligt rörelsehierarkin eller ICF enligt ovan och kan innefatta omgivningsfakto-



rer och personliga faktorer. Diagnosen kan även uttryckas enligt medicinsk terminologi (ICD 10-SE) i de fall fysioterapeuten har kompetens för detta (26). Diagnosen ligger till grund för ställningstagandet till prognosen, dvs. vilka förutsättningar det finns för läkning, utveckling, återinlärning av nedsatta eller förlorade funktioner och förbättring av en persons funktionstillstånd och hälsa.

### **Målsättning**

Diagnosen och prognosen bildar underlag för att gemensamt med klienten formulera mål för vad som ska åstadkommas. Målen ligger till grund för planering av specifika hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande interventioner. Övergripande mål och delmål kan innefatta beskrivning av vilka förändringar som ska åstadkommas enligt rörelsehierarkin och/eller ICF. Målen anges i mätbara termer och med angivande av en tidsram för uppnåendet. Målen utgör grund för beslut om kriterier för utvärdering av resultat och av målpuppfyllelse.

### **Intervention**

Fysioterapeutiska interventioner baseras på utredningen, diagnosen och målsättningen och omfattar samtal, specifika pedagogiska och terapeutiska åtgärder samt åtgärder som gäller omgivning. Val av interventioner sker tillsammans med klienten. Exempel på sådana är träning av kropps- och rörelsemedvetande, inlärning och träning av vardagsaktiviteter, anpassad fysisk träning, manuella behandlingar, ergonomiska åtgärder och hjälpmedelsförsörjning. Därtill ingår rådgivande samtal, handledning och undervisning riktad till klienten och till när-

stående samt till annan personal. Interventionerna kan ändras under processens gång beroende på personens reaktion på dem eller på ändrat funktionstillstånd och målsättning.

### **Utvärdering**

Utvärdering innebär att tillsammans med klienten och andra berörda göra en systematisk analys av resultaten av genomförda interventioner och av om målen uppnåtts. Utvärderingen sker genom löpande kommunikation med klienten under processens gång och genom uppföljning med hjälp av adekvata mätmetoder, observationer och intervjuer omkring olika aspekter av de problem som är föremål för åtgärder. Detta kan innefatta analys av hur olika komponenter enligt rörelsehierarkin och/eller ICF påverkas och förändrats, samt hur de förhåller sig till varandra. Utvärderingen ligger till grund för bedömning och beslut om fortsatt eller avslutande av interventionen och om eventuell uppföljning eller vid behov hänvisning till annan vårdgivare/verksamhet.

Sammanfattningsvis innebär den kliniska resonerandeprocessen en systematisering av fysioterapeutens klientrelaterade arbete och utgör stöd för genomförande av en personcentrerad och evidensbaserad praktik. Processen bidrar till ett ömsesidigt lärande hos klient och fysioterapeut och därmed till kontinuerlig kunskapsutveckling genom erfarenhet. I det kliniska resonerandet integreras patientens perspektiv, erfarenheter och kunskap med fysioterapeutens professionella kompetens och fysioterapins vetenskapliga grund. Relationen mellan teori och praktik synliggörs därmed och blir föremål för kritisk granskning och utveckling.



# Fysioterapi som vetenskap

VETENSKAP DEFINIERAS enligt Nationalencyklopedin som ”organiserad kunskap; som verksamhet med ett systematiskt och metodiskt inhämtande av kunskap inom ett visst område”. Fysioterapi/fysioterapivetenskap är ett huvudområde inom den svenska högskolan och internationellt, och är därmed en akademisk disciplin. En disciplin kännetecknas av att ha ett specifikt objekt eller område för forskningen, specialiserad kunskap inom området, teorier och begrepp som kan organisera kunskapen på ett adekvat sätt, ett specifikt fackspråk anpassat till forskningsområdet, forskningsmetoder som svarar mot behoven av ny kunskap, tillhörighet till institutioner vid universitet eller motsvarande akademiska institutioner och professionella organisationer knutna till dessa (27).

## Paradigm

Paradigm definieras enligt Svenska Akademiens ordbok som ”ett system av antaganden och tankemönster som är allmänt erkända inom ett vetenskapligt område”. Som en relativt ung vetenskap har det varit en stimulerande utmaning att nå konsensus om vad som kännetecknar fysioterapivetenskapen. Förståelse av paradigms roll i vetenskap i allmänhet och dess roll i den fysioterapeutiska forskningen i synnerhet, kan bidra till identifiering av viktiga frågor för fortsatt vetenskaplig utveckling av fysioterapi (11, 13).

Vetenskapsteoretikerna Kuhn (28) och Törnebohm (12) visar att den vetenskapliga kunskapsprocessen består av fyra nivåer: paradigm, modell, teori och observation/data. Således skapas den vetenskapliga kunskapen via en interaktion mellan modell och teori, vilka för sin tillkomst förutsätter ett bestämt paradigm. Detta har som konsekvens att det inte finns någon vetenskaplig kunskap som är objektiv i betydelsen frånvaro av alla förutsättningar.

Enkelt beskrivet är paradigmet enligt Kuhn ett gemensamt synsätt hos ett kollektiv av forskare som tillhör samma vetenskapliga tradition. Törnebohm anser att paradigm är styrande i all verksamhet i den sociokulturella världen genom människor som är bärare av dessa paradigm, således såväl i forskning som i praxis (12). Törnebohms paradigmbegrepp är sammansatt av fyra komponenter eller faktorer: intresse, kompetens, världsbild och verksamhetssyn/vetenskapssyn.

*Intressefaktor* är den faktor som visar vad man vill med sin verksamhet och betyder i fysioterapivetenskapens paradigm bland annat att man vill bidra till människans hälsa och genom utvärdering av effekter och konsekvenser av fysioterapi utveckla evidensbaserad praktik och bidra till fysioterapiens teoriutveckling.



*Kompetensfaktor* innebär hur man kan bedriva forskning och genom forskning få kunskap.

*Världsbildsfaktor* innebär hur forskaren uppfattar det verklighetsområde man i sin disciplin studerar, såsom människan, hälsan och hur hälsa kan påverkas. Baserat på fysioterapins paradigm ses människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet som verkar i sin fysiska och sociokulturella omgivning. Denna förståelse innefattar att människan har förmåga till aktivitet, delaktighet, förändring och utveckling och därmed hälsa. I fysioterapins syn på verkligheten har människan inneboende resurser och kan själv eller med hjälp av andra bibehålla och främja sin hälsa.

*Vetenskapssyn* eller synen på kunskap (epistemologi) inom ett visst område innehåller uppfattningar om egna och andras strategier såsom metodologier man vill använda och ideal beträffande resultat. När forskare från olika traditioner är oense om fundamentala metodologiska frågor beror det ofta på deras olika paradigm.

Enligt Törnebohm är samklang mellan vetenskapsparadigm och yrkesparadigm en förutsättning för vetvård kunskap inom ett praxisorienterat forskningsfält som fysioterapi. Fysioterapivetenskap kan betraktas som mångvetenskap med fokus på forskning som direkt kan bidra till praktisk tillämpning. Mycket tyder på att fysioterapi som praktisk verksamhet och fysioterapivetenskap som teoretisk verksamhet är relaterade till varandra bland annat genom synen på människan och på hälsa och hur dessa kan påverkas i fysioterapiverksamhet.

## Modeller och teorier

Enligt Nationalencyklopedin definieras modell i detta sammanhang som ”ett förenklat, åskådligt tankeschema för beskrivning av komplicerad abstrakt företeelse”. Syftet med en modell är att stödja tänkandet.

Med ”teori” kan man å ena sidan mena vetenskapliga hypoteser och å andra sidan kunskap som tagits fram genom prövning av vetenskapliga hypoteser. Teori förutsätter paradigm i ontologisk mening. Det finns en koppling mellan teori, eller kunskapen om något, och dess praktiska tillämpning, vilken i sin tur ger erfarenheter som bidrar till teori (29,11). Det som karakteriserar en teori är att den klargör hur de olika uppfattningar och begrepp som ingår i den hänger ihop med varandra.

Fysioterapi har beskrivits som en ”bricolage”, det vill säga fysioterapeuter använder olika teorier och verktyg som finns till hands och som är lämpliga för att fullgöra en viss uppgift (30). Det finns alltså olika modeller som kan ligga till grund för fysioterapivetenskapen, varav några redovisas nedan.

I fysioterapi tillämpas ett biopsykosocialt perspektiv vilket innebär att ett naturvetenskapligt, ett humanvetenskapligt och ett samhällsvetenskapligt perspektiv lever sida vid sida och kombineras beroende på verksamhet. Fysioterapin kan sägas ha ett tvetydigt förhållande till sin förståelse av människans egna erfarenheter av sammanhang mellan kropp och själ och till hälsa och sjukdom, som skiljer sig från medicinens, samtidigt som fysioterapi till stor del är inordnad i medicinen (7). Medvetenhet om denna tvetydighet kan bidra till ställningstagande till



valet av perspektiv och därmed grund för utveckling och forskning i fysioterapi.

Det finns få så kallade ”grand theories” eller generella teorier, som på ett övergripande plan beskriver förhållandet mellan teori, kliniska modeller och forskning i fysioterapi (31). Dock finns det flera modeller och teorier som kan falla inom så kallade ”middle-range theories”, som behandlar teoretiska aspekter inom ett avgränsat område såsom ortopedisk manuell terapi, sensomotoriska eller beteendeterapeutiska terapier.

Gemensamt för modeller och teorier i fysioterapi är att de utgår från rörelse som både mål och medel. En av de första övergripande teorierna inom fysioterapi beskrevs av Hislop 1975 (32). Hennes artikel är troligen den mest refererade och diskuterade skriften i fysioterapi någonsin, men den har också kritiserats, främst för att den betonar en ”patokinesiologisk” snarare än en hälsoorienterad ansats.

Tyni-Lenne beskriver i ”Fysioterapins kunskapsområde” en övergripande teori för fysioterapi benämnd rörelsehierarkin (22). Den utgår liksom Hislops teori från en systemteoretisk syn på rörelse, men skiljer sig från den genom att beskriva rörelse i ett hälsoperspektiv. Rörelsehierarkin beskriver tre nivåer av rörelse av relevans för fysioterapi: rörelseförutsättningar, rörelseförmåga och rörelsebeteende och hur de samspelar med varandra. Rörelseförutsättningar definieras som de anatomiska, fysiologiska och psykologiska villkor som är nödvändiga för mänskliga rörelser. Ledrörlighet, muskelstyrka, blodcirkulation och motivation är exempel på rörelseförutsättningar. Rörelseförmåga kan betraktas som integrerade, koordinerade

funktioner i det neuromuskuloskeletala systemet och som produkten av samspelet mellan människans vilja, kognition, kroppsliga resurser och miljö. Rörelseförmåga utgörs av de meningsfulla rörelser som utvecklats genom barnets motoriska utveckling och i interaktion med den fysiska och sociala omgivningen. Ett exempel på rörelseförmåga är att kunna gå och att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Rörelsebeteende definieras som hur individen anpassar sin rörelseförmåga i relation till sin omgivning och sina centrala livsmål. Rörelsebeteende är en nödvändig men inte tillräcklig betingelse för hälsa. Anpassning av personens kvalitativa rörelser, med andra ord typ av rörelse, och kvantitativa rörelser, med andra ord dosen av fysisk aktivitet för att nå hälsomål, är exempel på rörelsebeteende ur fysioterapeutiskt perspektiv. Fysisk aktivitet är ett komplext beteende och definieras som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver viloförbrukningen. Dosen kan beskrivas med hjälp av duration, intensitet och frekvens av rörelse (33).

”The Movement Continuum Theory of Physical Therapy”, publicerad i Canada, utgör ytterligare en övergripande teori för fysioterapi som även den bygger på Hislop (31). Teorins nyckelbegrepp är rörelse och utgår från att fysioterapeuters sätt att uppfatta och använda detta begrepp skiljer sig från andra professioners. Rörelse ses som ett kontinuum som integrerar olika nivåer av rörelse från mikroskopisk nivå till individ- och samhällsnivå och som påverkas av fysiska, psykiska, sociala och miljömässiga faktorer. Analys av olika aspekter av rörelse och av förhållandet mellan en persons aktuella och önskade rörelseförmåga utgör underlag för fysioterapeutiska interventioner och uppföljning av dessa.



Modellen bidrar till reflektion och ställnings-tagande till olika aspekter av rörelse i fysioterapi i ett personcentrerat perspektiv.

Ett exempel på en teori på lägre nivå är Human Movement System, utvecklad av Sahrmann sedan 1980-talet (34). Modellen innebär en strävan att förtydliga fysioterapiens identitet genom att rikta intresset mot hela människans rörelsesystem, inte bara rörelse som generellt begrepp. Teorin erbjuder underlag för diagnosticering av funktion/dysfunktion vad gäller muskulära, skeletala och neurologiska aspekter av rörelse. Den erbjuder även beskrivning av interventioner som är direkt riktade mot rörelsesystemet och kan sägas vara en bekräftelse på fysioterapiens roll och uppgifter vid omhändertagande av personer med neuromuskuloskeletal funktionsnedsättning.

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF – är en modell och klassifikation som utgår från ett biopsykosocialt perspektiv som används inom olika samhällssektorer (24, 25). ICF syftar dels till att ge en grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dels att skapa ett gemensamt språk för dessa. Detta är särskilt viktigt i dagens digitaliserade värld för att man ska kunna identifiera tillstånd och dokumentera samt följa upp olika interventioner på ett systematiskt sätt. ICF har fått stort genomslag som terminologi inom fysioterapi, men beskriver inte interventioner, utan dessa beskrivs utifrån individens mål och behov samt specifik professionell kompetens.

Beteendemedicin är ett område som inrymmer teorier som tillämpas i fysioterapi. Beteendemedicin kan definieras som ett tvärvetenskapligt område som ägnas åt utveckling och integration av kunskap kring psykosociala, beteenderelaterade och biomedicinska frågor, relevanta för hälsa och sjukdom samt för tillämpning av denna kunskap för prevention, etiologi, diagnos, behandling och rehabilitering. Centralt i beteendemedicin är individens upplevelse av hälsa eller ohälsa. Beteendemedicin rymmer teorier om beteende och beteendeförändring på såväl intra- och interpersonell nivå som på organisations- och samhällsnivå (35).

Det tvärvetenskapliga området ”Movement Science” eller rörelsevetenskap har bidragit med ökad kunskap om rörelse inom områdena motorisk kontroll, utveckling och inläring av betydelse för fysioterapi sedan början av 1990-talet (36). Kännetecknande för rörelsevetenskap är den så kallade dynamiska systemteorin, som bland annat beskriver att människans rörelser kommer till stånd inte bara genom kroppsliga och kognitiva funktioner utan också genom påverkan från omgivningen. Kunskap om motorisk inläring har lett till utveckling av nya modeller för interventioner som rör habilitering och rehabilitering främst för personer med sensoriska funktionsnedsättningar.

Psykologiska och psykoterapeutiskt inriktade kroppsterapier började tillämpas inom fysioterapi i Sverige och Norge under 1970-talet (37). Basal kroppskänedom, utvecklad av Gertrud Roxendal, utgår från teorier inom kroppsfilosofi och zenmeditation (38). Norsk Psykomotorisk Fysioterapi tar sin utgångspunkt i en helhetssyn på kroppen med





tonvikt på förståelse av sambandet mellan kroppsfunktioner såsom andning, hållning, muskelspänning och emotioner. Exempel på andra teorier inom fysioterapi hämtas inom pedagogik och psykologi såsom sensomotorisk terapi, kognitiv beteendeterapi och ACT (Acceptance and Comittment Therapy) (37).

## Centrala begrepp

Genom att fysioterapivetenskapen har sin grund i praxis är en del av dess fackspråk hämtat i vardagspråket. De centrala begreppen är ofta vardagliga ord som har fått en specifik mening i fackspråket. Fysioterapivetenskap använder språkbruk och terminologi från andra vetenskaper såsom medicin och psykologi, men även då kan begrepp ha en specifik mening i fysioterapin. Även inom fysioterapivetenskap kan det finnas olika förståelse av begrepp och terminologi beroende på verksamhetens komplexitet och specialisering samt personliga erfarenheter. Begrepp som vanligen refereras till som centrala är inte alltid entydiga och behöver därför bli föremål för närmare reflektion och definition.

Att identifiera och definiera centrala begrepp inom en disciplin bidrar till att klargöra denna (5, 7). Det i sin tur utgör grund för kommunikation av kunskap internt och externt samt för att formulera frågor för forskning. Centrala begrepp i fysioterapivetenskap är människans kropp, rörelse, funktion och interaktion i förhållande till hälsa såväl i ett biopsykosocialt som i ett biomedicinskt perspektiv. Begreppen kan delvis vara tillämpliga även vid fysioterapeutiskt arbete med djur. Dessa begrepp med underliggande aspekter diskuteras närmare nedan.

## Kropp

Kroppen utgör utgångspunkt för fysioterapi (39, 40). Synen på kroppen i fysioterapivetenskap handlar om upplevande av kroppen och dess funktioner och förmåga till rörelse i sin miljö. Genom att vara medveten om sin kropp och dess signaler kan en person ha tilltro till sin kropp och uppleva sig som sammanhängande och hel. Genom kroppen kan personen lära sig mera om sitt sätt att fungera och hur hen kan använda sina resurser på ett ändamålsenligt sätt. Kroppen är också en källa till både livslust och lidande samt en grundval för människans existens och utveckling. Smärta eller funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar och skador manifesterar sig i kroppen. I fokus för fysioterapivetenskapens intresse och kunskap står kroppens förmåga till läkning och förändring.

Förståelse av kroppens funktioner och av människans upplevande av sin kropp och rörelse ligger till grund för specifika fysioterapeutiska interventioner. Själva interaktionen mellan klienten och fysioterapeuten kan ses som ett ”kroppsligt möte” i vilket fysioterapeuten särskilt engagerar sig i hur en person uppfattar sin kropp och hur den fungerar.

## Rörelse

Det begrepp som främst kännetecknar fysioterapivetenskapen, både historiskt och i dag, är rörelse (7, 22, 31, 32, 34, 36, 41). Ett näraliggande begrepp är aktivitet, som betonar handlingsaspekten av rörelse. Rörelsebegreppet inom fysioterapi är mångdimensionellt, vilket kommer till uttryck i de modeller och teorier som beskrivs ovan. Genom kroppens rörelse kan människan uppfylla sina basala behov, agera/handla och nå sina livsmål och



därigenom förbättra hälsa och minimera ohälsa. Genom att vara medveten om sin kropp och rörelse kan människan uppleva rörelseglädje till exempel i lek, dans och idrott. I motsats till detta kan rörelse vid olika funktionsnedsättningar upplevas som något farligt som kan ge ökad smärta, så kallad rörelserädsla (42).

Rörelsebegreppet har också anknytning till beröring, såväl fysiskt som känslomässigt. Att bli berörd är en viktig aspekt i människans kontakt med andra och med omgivningen. Beröring utgör också en grund för etablerandet av en terapeutisk relation mellan fysioterapeut och klient. Fysioterapins förståelse av rörelse bygger således på specifika teorier om rörelsens betydelse för hälsa och välbefinnande. I fysioterapi utgör rörelse både ett mål och ett medel för att uppnå och behålla hälsa.

Rörelse hänvisar även till specifika attribut inom fysioterapi såsom användning av manuella tekniker för undersökning och behandling av problem som gäller rörelseförutsättningar såsom funktioner i det neuromuskuloskeletala systemet, andnings- och cirkulationssystemen samt psykiska funktioner. I alla former av målinriktad organiserad inlärning och träning av till exempel kropps- och rörelsemedvetande, muskelstyrka, kondition, balans och aktiviteter är fysioterapins förståelse av rörelse central.

### **Funktion**

Begreppen rörelse och funktion är nära besläktade i fysioterapivetenskap och används ofta synonymt (23, 7). Förståelsen av olika aspekter av rörelse enligt rörelsehierarkin

kan jämföras med begrepp som gäller funktionsstillstånd enligt ICF. Funktion är ett vanligt förekommande begrepp men är mindre väl definierat än rörelse som fackspråkligt begrepp. Begreppet funktion är ett vitt begrepp i fysioterapi, som kan avse allt från en människas upplevande av sin kropp och rörelse, hennes andning, hållning, gång, rörelsemönster och aktiviteter i det dagliga livet till hennes arbete och delaktighet i samhället. Funktion kan också beskrivas i termer av förutsättningar, förmågor och beteenden, analogt med vad som sagts om rörelsebegreppet ovan. Införandet av ICF har starkt påverkat användningen av funktionsbegreppet. I denna skrift används funktion huvudsakligen i de betydelser som föreskrivs i ICF. Det bör betonas att ICF dock inte ersätter eller täcker in fysioterapins förståelse av människans funktion och rörelse. Det behövs således fortsatt arbete med att analysera och definiera begrepp som rör funktion inom fysioterapi.

### **Interaktion**

Interaktion innefattar verbal och icke-verbal kommunikation och utgörs i fysioterapivetenskap av ett samspel mellan personen och fysioterapeuten eller en process där enskilda eller grupper av personer påverkar varandra (43). Interaktion har med förståelse av kroppen att göra och genom interaktion har fysioterapeuten möjlighet att etablera ett personcentrerat förhållningssätt till klienten och övriga berörda. Genom interaktion kan klientens inneboende resurser aktiveras, vilket är en förutsättning för lärande och förändring. Interaktion handlar också om hur en person påverkas av och påverkar den omgivning i vilken hen lever och verkar.



Genom att identifiera centrala begrepp i fysioterapi och beskriva hur de hänger samman finns ökade förutsättningar för att skapa en struktur för förståelse av relationen mellan fysioterapiprofessionen och fysioterapivetenskapen som kan bidra till fortsatt teoriutveckling inom fysioterapi. Även för utveckling av utbildningen i fysioterapi är det viktigt att ta ställning till språkbruk och begrepp (44).

## Forskning inom fysioterapi

Forskning inom fysioterapi spänner över ett mycket vitt område och sker både vid egna institutioner eller avdelningar för fysioterapi vid universitet/högskola och inom sjukvård samt vid näraliggande institutioner och discipliner. (Se respektive universitets webbplats.) Den omfattar såväl grundforskning som klinisk forskning. Fysioterapi utvecklas både som en autonom disciplin, där forskningsfrågor grundar sig på fysioterapins paradigm och på tvär- eller mångvetenskaplig forskning, där kunskaper från olika discipliner integreras. Därvid utgår man från att respektive disciplin bidrar med sina perspektiv och teorier till att lösa ett gemensamt problem.

I fokus för den vetenskapliga utvecklingen av fysioterapi står teoribildning, studier av effektmekanismer och patientupplevelser, utveckling av mätmetoder och utvärdering av fysioterapeutiska interventioner. Beroende på frågeställningen används såväl kvantitativa som kvalitativa forskningsmetoder.

Den kliniska forskningen inom fysioterapi hämtar sina frågeställningar i praxis, och idealt återförs resultaten av forskningen till praxis. Den snabbt ökande kliniska forskningen har lett till att en ökande andel

fysioterapeutiska interventioner för olika patientgrupper är evidensbaserade. Implementeringsforskning bidrar till tillämpning av forskningsresultat i praktiken. Resultaten av klinisk forskning används också för att utveckla kliniska riktlinjer och för systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete.

Utmärkande för forskningsfrågor inom fysioterapivetenskap är förhållanden som rör hälsa, rörelse och funktion inklusive resurser och hinder för att uppnå och behålla hälsa i alla åldrar. Frågor för forskning kan också vara inriktade mot faktorer i omgivningen som påverkar människors hälsa i skola, arbete och på fritiden.

Forskningen omfattar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande interventioner samt habilitering och rehabilitering. Fysioterapeutisk forskning har stor relevans vid levnadsvanerelaterade hälsoproblem och för de stora folksjukdomarna, såsom rörelseorganens sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, neurologiska sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, cancer och psykisk ohälsa. Kunskapsutvecklingen om den fysiska aktivitetens, med andra ord rörelsens, hälsofrämjande effekter har bidragit till vetenskapliga förklaringsmodeller av tidigare främst erfarenhetsbaserad kunskap.

Akademiseringen och den vetenskapliga utvecklingen av fysioterapi stimulerar till kritisk reflektion inom professionen som bidrar till förståelse av förhållandet mellan teori och praktik och till utveckling av forskning, utbildning och praktik. Därigenom kan fysioterapi som profession och vetenskap fortsätta utvecklas till gagn för samhället och människors hälsa.



# Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2015. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20229/2016-6-16.pdf> (hämtad 2016-08-12)
2. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Description of physical therapy; 2011. Tillgänglig via: <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT> (hämtad 2016-08-12)
3. Patientsäkerhetslag. SFS 2010:659. Tillgänglig via: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659) (hämtad 2016-08-12)
4. Ling P H. Den svenska gymnastikens grunder. Faksimilupplaga. Stockholm: Ljunglöfs Offset AB; 1840.
5. Broberg C. Om teori- och begreppsutveckling i sjukgymnastik i ett historiskt perspektiv. Sjukgymnasten Vetenskapligt Suppl. 1993; (1): 5–17.
6. Ottosson A. Fysioterapeuten – vart tog han vägen: en undersökning av sjukgymnastyrkets maskulinisering och avmaskulinisering 1813–1934. Akademisk avhandling. Historiska institutionen, Göteborgs universitet; 2005.
7. Wikström-Grotell C, Broberg C, Ahonen S, Eriksson K. From Ling to the academic era: an analysis of the history of ideas in PT from a Nordic perspective. Eur J Physiother 2013; 15; 168–180.
8. Fysioterapeuterna. Specialistordning 2015. Tillgänglig via: <http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Specialistordning/> (hämtad 2016-08-15)
9. Fysioterapeuterna. Etiska regler. Tillgängliga via: <http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Etik-lagar--regler/Etiska-regler/> (hämtad 2017-02-28)
10. Socialdepartementet. Slutrapport från Prioriteringsdelegationen. Prioriteringar i vården, SOU 2001:8.
11. Tyni-Lenné R, Barbosa da Silva A. Några vetenskapsteoretiska förutsättningar för sjukgymnastiken som självständig vetenskap och praxis. Sjukgymnasten. Vetenskapligt supplement 1993; (1): 28–33.
12. Törnebohm H. Forskning och yrken. Rapport nr 187. Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet; 1994.
13. Higgs J, Titchen A. Research and knowledge. Physiother 1998; 84(2); 72–80.
14. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I and II): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions and Evidence-based practice within the context of evidence-informed practice. Physiother Theory Pract 2009; 25: 330–368.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: stöd för styrning och ledning. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11> (hämtad 2016-08-12)



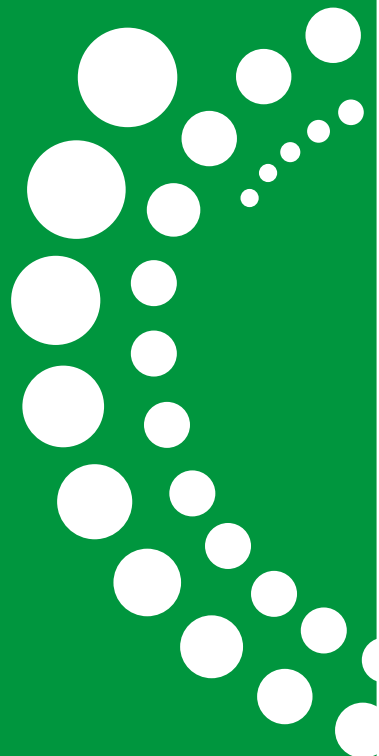
16. Ekman I, redaktör. Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014.
17. Socialstyrelsen. Termbank. Tillgänglig via: <http://termbank.socialstyrelsen.se/> (hämtad 2016-08-12)
18. Tyni-Lenné R. Sjukgymnastik – fysioterapiprocess. Fysioterapeuten 1983; (1): 17–20.
19. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical reasoning strategies in physical therapy. Phys Ther 2004; 84: 312–330.
20. Jones MA, Jensen G, Edwards I. Clinical reasoning in physiotherapy. I: Higgs J, Jones MA, Loftus MA, Christensen N (redaktörer). Clinical reasoning in the health professions, 3 uppl, sid. 245–256. Amsterdam: Butterworth Heinemann; 2008
21. Patientdatalag. SFS 2008:355. Tillgänglig via: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355) (hämtad 2016-08-12)
22. Tyni-Lenné R. Fysioterapins kunskapsområde. I: Broberg C, Kumlin I W, Schön-Ohlsson C, Wallén G, redaktörer. Vetenskaplig utveckling av sjukgymnastik: Internordiskt symposium. Vårdhögskolan i Göteborg. FoU- rapport 1; 1988.
23. Broberg C. Sjukgymnastik och klassifikation: Rapport från ett projekt och förslag till terminologi för sjukgymnasters Riksförbund; 1997.
24. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd funktionshinder och hälsa – ICF. 2003. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1> (hämtad 2016-08-12)
25. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd funktionshinder och hälsa: barn och ungdomsversion (ICF/CY); 2010. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26> (hämtad 2016-08-12)
26. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen; 2015. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-57> (hämtad 2016-08-15)
27. Krishnan A. What are academic disciplines? Some observations on the disciplinarity vs interdisciplinarity debate. University of Southampton National Centre for Research Methods. NCRW Working Paper Series 03/09; 2009.
28. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. 2 uppl. Chicago: Univ of Chicago Press; 1970.
29. Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M, redaktörer. Developing practice knowledge for health professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2004.



30. Shaw J A, DeForge R T. Physiotherapy as bricolage: theorizing expert practice. *Physiother Theory and Pract* 2012; 28: 420–427.
31. Cott C, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas SG, Verrier MC. The movement continuum theory of physical therapy. *Physiother Can* 1995; 47: 87–95.
32. Hislop H. The not-so-impossible dream. *Phys Ther* 1975; 55: 1069–80.
33. FYSS – Fysisk aktivitet i Sjukdoms-prevention och Sjukdomsbehandling; 2015. Tillgänglig via: <http://www.fyss.se/> (hämtad 2016-08-16)
34. Sahrman SA. The human movement system: our professional identity. *Phys Ther* 2014; 94: 1034–1042.
35. Denison E, Åsenlöf P. Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik. Lund: Studentlitteratur; 2012.
36. Carr J, Shepherd R, redaktörer. *Movement science: foundation for physical therapy in rehabilitation*. 2nd ed. London: W Heinemann; 2001.
37. Biguet G, Keskinen-Rosenqvist R, Levy Berg A, redaktörer. *Att förstå kroppens budskap: sjukgymnastiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
38. Gyllensten A, Skoglund K, Wulff I. *Basal Kroppskännedom: den levda kroppen*. Lund: Studentlitteratur; 2015.
39. Nicholls D. The body and physiotherapy. *Physiother theory and pract* 2010; 26: 487–509.
40. Rosberg S. *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet; 2000.
41. Wikström-Grotell C, Lindholm L, Eriksson K. Det mångdimensionella rörelsebegreppet i fysioterapi – en kontextuell analys. *Nordisk Fysioterapi* 2002; 6:146–155.
42. Lundberg M. *Kinesiofobi: teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
43. Thornquist E. *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
44. Broberg C, Aars M, Beckmann K, Emaus N, Lehto P, Lähteenmäki ML, Thys W, Vandenberghe R. A conceptual framework for curriculum design in physiotherapy education: an international perspective. *Adv Physiother* 2003; 5: 161–168.







Box 3196, 103 63 Stockholm | Vasagatan 48  
[www.fysioterapeuterna.se](http://www.fysioterapeuterna.se) | [kansli@fysioterapeuterna.se](mailto:kansli@fysioterapeuterna.se) | 08-567 061 00