

# Bedring forstått i et medisinsk perspektiv – betydning for fysioterapi?

**Anne Marit Mengshoel**

Professor, dr.philos., fysioterapeut  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,  
Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.  
E-post: a.m.mengshoel@medisin.uio.no

*Manus ble mottatt 27.07.07 og godkjent 16.10.07. Artikkelen er referevurdert i henhold til våre retningslinjer. Interessekonflikter: uaktuelt.*

I dag krever norske myndigheter at klinisk praksis skal være evidensbasert. Det innebærer blant annet at behandling som gis skal være nyttig – altså føre til at pasienter får det bedre. Da samfunnet skal betale for behandling, er dette kravet ikke urimelig. Imidlertid er det relevant å stille spørsmål som: Hva menes egentlig med begrepet bedring? Hva skal behandling bedre? Og hvordan kan bedring oppnås? I de siste årene har jeg studert bedring både som målte effekter og som erfarte prosesser (1-3). Dette har gitt meg anledning til å arbeide med forståelse av bedring innen ulike teoretiske perspektiv. Da jeg er blitt mer og mer klar over at mye av tenkningen innen fysioterapi og den evidensbaserte kultur er grunnet i medisinsk tenkning, har jeg i denne artikkelen valgt å tydeliggjøre noen aspekter innen medisinsk somatisk perspektiv som har betydning for å forstå bedring. Det jeg redegjør for vil for

mange være velkjent. På den andre siden tror jeg at denne tenkningen er lite eksplisitt og diskutert i fysioterapifaget. En tydeliggjøring av det implisitte kan således være viktig for videre refleksjon og utvikling. Hensikten med artikkelen er således å beskrive bedring forstått innen et medisinsk somatisk perspektiv, og å undersøke på hvilke måte perspektivet kan ha betydning for å forstå bedring innen fysioterapi.

## *Bedring som «recovery»*

I litteraturlister er studier som omhandler bedring ofte indeksert under den engelske termen «recovery». Det er ikke lett å finne et godt norsk ord for recovery. Jeg har prøvd med begrep som «tilfriskning» og beskrivelser som «å komme seg igjen». Men begge termene er tunge å bruke. I denne sammenheng har jeg derfor valgt å bruke begrepet bedring synonymt med recovery. Recovery er imidlertid ikke entydig og veldefinert. I ordbøker er det forklart som «become well again», «return to former physical and mental state» og «recover the ability to do something» (4). Felles for disse forklaringene er at recovery knyttes til positive forandringer.

I forklaringene av recovery ligger at det som bedres, er noe man har hatt, men som delvis eller helt har gått tapt. Sykdom og lidelse kan føre til at man ikke lenger føler seg vel og klarer å gjøre ting som gjerne tas for gitt så lenge man er frisk og har helsa i

behold. Bedring innen helsefag kan derfor forstås som gjenvinning av den tapte helse, med andre ord å få igjen det vi tar for gitt at vi har eller kan gjøre mens vi er friske. Det betyr at bedring kan forstås i lys av sykdom, lidelse og helse. Disse fenomenene kan imidlertid forstås på flere ulike måter. Her vil jeg belyse bedring slik det kan forstås i lys av en medisinsk somatisk forståelse av sykdom og helse.

## **Bedring forstått i et medisinsk somatisk perspektiv**

### *Sykdom som biologiske forandringer*

Bjørndal skriver at det innen medisin blant annet er viktig å ta rede på hva som er årsak til sykdom, om en person er syk eller ikke, hva som feiler ham og å finne behandling som kan hjelpe (5). Årsaker til sykdom forklarer han på to måter. Enten som en tilstand hvor kroppen angripes av noe utenfor oss som for eksempel en bakterie, eller ved at det oppstår en svikt i vår organisme av andre grunner som for eksempel genetiske disposisjoner. Sykdom blir i begge tilfeller relatert til anatomiske og fysiologiske forandringer i kroppen, det vil si som biologi (5). Dette innebærer at kroppen blir forstått som natur. Liksom i naturen for øvrig, forstås det biologiske som skjer i kroppen som noe som skjer på bestemte måter (6). For eksempel når hjertet trekker seg sammen, pumper blod ut i blodårene. Blodårene fungerer som et slags ledningsnett som muliggjør at blodet

## **Sammendrag**

Hensikten er å beskrive bedring forstått innen et medisinsk somatisk perspektiv og undersøke på hvilke måte perspektivet kan ha betydning for å forstå bedring innen fysioterapi. I et medisinsk somatisk perspektiv relateres sykdom til anatomiske og fysiologiske forandringer i kroppen, og helse forstås som fravær av slike forandringer. Det tenkes å være nære sammenhenger mellom forandringer i kroppen, kliniske tegn og symptomer. Behandling kan dermed rettes spesifikt mot å normalisere en eller flere av disse aspektene, og bedring evalueres i forhold til i hvilken grad disse normaliseres. Både utvikling og bedring av sykdom tenkes å skje etter gitte mønstre. Pasienter med samme sykdom forventes dermed å bli bedre på

samme måte og ha nytte av samme type spesifikke behandlingsmetode. I fysioterapi er man også opptatt av å normalisere avvik ved hjelp av spesifikke behandlingsmetoder, for eksempel tøyninger. Her kan medisinsk perspektiv være relevant. I andre tilfelle kan hensikt med tiltak være å lette hverdagen til pasienter. Her utvikles individuelle opplegg ut fra det enkelte individs behov. Normalisering av en livssituasjon vil ofte innebære å finne nye måter å leve på. Hva som skal til for å få til det, må justeres og tilpasses underveis i den enkeltes utviklings- og læringsprosess. Det medisinske perspektivet vil begrense utforskning og forståelse av slike prosesser. **Nøkkelord:** Fysioterapi, medisinsk perspektiv, bedring, rehabilitering, terapi.

kan komme ut til kroppens celler med livgivende oksygen, og at avfallsstoffer kan transporteres bort og ikke hope seg opp i vevet. Eksemplet viser at de biologiske funksjonene forstås som at de skjer i årsakskjeder, det vil si at ett forhold sees som en nødvendig forutsetning for at noe annet skal kunne skje. Når man er frisk, fungerer årsakskjedene hensiktsmessig. En kan si at kroppens biologi fungerer på en harmonisk måte. Ved sykdom forstyrres de biologiske funksjonene. For å bli frisk igjen, blir det nødvendig å gjenskape «harmonien».

#### *De ulike sykdommene*

De ulike årsakene til sykdom gjør at det utvikles biologiske forandringer i forskjellige typer organer og vev (7). Det som har lik årsak, tenkes å gi like biologiske forandringer. Videre tenker en seg at når disse forandringene er like, gir de relativt like funn på kliniske tester og merkes av den som har sykdom (symptomer) på ganske like måter (7). En kan dermed si at kliniske tegn og symptomer blir endepunkter på en årsakskjede som starter med de biologiske forandringene i kroppen. Dermed kan også kliniske tegn og symptomer forstås som at de peker tilbake på kroppens biologi.

Det er utviklet et diagnose-system hvor man skiller mellom ulike sykdommer. Dette skjer ved at hver sykdom beskrives i form av særegne mønstre av biologiske forandringer, kliniske tegn og symptomer, ofte kalt sykdoms-karakteristika (5). De ulike mønstrene blir klassifisert og gitt et navn; en diagnose. Diagnosen peker dermed tilbake på de typiske særtrekkene ved sykdommen (8). En kan således si at sykdoms-karakteristika katalogiseres i et diagnose-system på liknende måte som Linné ordnet plantene i et system (9).

#### *Det friske og det syke*

For å finne ut om en person har en sykdom eller ikke, blir det viktig å ha kunnskap om både den friske og den syke kroppens anatomi og fysiologi (5). Da en tenker seg at det er sammenhenger mellom biologiske forandringer, kliniske tegn og pasientenes rapporterte plager, brukes i klinikken symptomene til å utvikle hypoteser om underliggende biologiske forklaringer til symptomene. Hypoteser om diagnoser blir så verifisert eller forkastet ved hjelp av om kliniske undersøkelser kan bekrefte eller avkreftede hypotesene. For å avgjøre om resultater fra en klinisk test er tegn på sykdom eller ikke, sammenlignes resultatene hos den enkelte med hvordan fenomenet forekommer hos friske. Både biologiske forandringer, kliniske tegn og

symptomer varierer mellom mennesker og hos det enkelte menneske, alt etter hvilke situasjoner de befinner seg i. For å få kunnskap om naturlig variasjon av fenomener, måles derfor fenomenene i store representative utvalg. Ved hjelp av statistikk finner en ut hva som kan være en normal variasjon (friskt), og hva som da kan sies å falle utenfor (sykt). På denne måten kan en skille mellom hva som er det friske eller naturlige og hva som er det syke eller unaturlige (10). Imidlertid fortolkes ikke alt som faller utenfor den normale variasjonen nødvendigvis som unormalt og sykt. For eksempel vil unormalt høy muskelkraft hos toppidrettsutøvere ikke bli tolket som tegn på sykdom, mens det derimot ofte er tilfelle ved sterkt svekket muskelkraft. Det betyr at kun avvik hvor målingene avspeiler reduserte muligheter for å fungere normalt, blir sett på som tegn på sykdom (11).

#### *Bedring som normalisering av sykdom*

Mål for helsefaglig virksomhet er å bedre folks helse. Helse innen medisinsk somatisk perspektiv forstås som fravær av sykdom (11). Sykdom og helse forstås derfor som motpoler til hverandre. Man er således frisk og ved god helse dersom man ikke har sykdom, og en er blitt bedre dersom en har mindre sykdom. Den medisinske filosofen Boorse (11) sier at «recovery happens when causes of disease are removed or when pathogenic, physiological dysfunctions are normalized.» Å bli bedre betyr at enten må sykdommen fjernes eller reduseres. Med andre ord, biologiske forstyrrelser må normaliseres. Hvor stor bedring som oppnås, avgjøres i forhold til hvor mye forandringene er redusert eller hvor langt det er igjen til at man har nådd det normale. Målet for behandling vil derfor være å redusere eller bli kvitt sykdom ved at biologiske forandringer, kliniske tegn og symptomer forbundet med sykdom blir redusert eller normalisert igjen (12). Dette gjør at man på forhånd kan bestemme hvilke fenomen en ønsker å oppnå bedring av, altså hvilket mål behandling skal ha og hva behandling skal rettes mot.

#### *Spesifikk behandling: rettet mot å normalisere avvik*

Normalisering av sykdoms-karakteristika kan skje ved at kroppen tilheler seg selv eller ved at tilheling fremmes ved hjelp av behandling (13). Spesifikk behandling rettes direkte mot å fjerne årsak til sykdom eller mot å normalisere biologiske forandringer, kliniske tegn og symptomer; for eksempel i form av smerte eller funksjonstap. I tillegg til at en og samme sykdom tenkes å utvikle seg på en lovmessig måte, tenker man seg også

at sykdom normaliserer eller reverserer seg på samme måte hos de med samme sykdom (14). Dermed antas behandling å virke på samme måte hos de med samme diagnose. På bakgrunn av denne forståelsen kan en si at de som har samme diagnose skal behandles likt.

Når man innen forskning undersøker om behandling virker eller har effekt, ønsker man å finne ut om den spesifikke behandlingen er årsak til bedring. Og videre, om bedring er noe som vanligvis skjer ved bruk av denne type behandling. For at behandling kan sies å være årsak til bedring, må behandling gi raskere bedring enn naturlig tilheling. Videre må en også utelukke at bedring ikke bare er et resultat av tilfeldige svingninger i sykdommens forløp. I forskning blir dette kontrollert for ved at man sammenligner bedring hos en gruppe pasienter som får behandling med sammenlignbare pasienter som ikke får behandling (kliniske kontrollerte forsøk). Om bedring vanligvis skjer ved hjelp av den aktuelle behandling, undersøkes ved at behandling prøves ut i representative pasientgrupper. Hvorvidt behandling er årsak til bedring, er ofte vanskelig å påvise i klinikken. Vi anbefales å støtte oss på resultater fra meta-analyser av effektstudier for å underbygge at det kan være slik (15).

#### **Bedring og fysioterapi**

##### *Benyttes medisinsk perspektiv innen fysioterapi?*

Dersom fysioterapeuter anlegger et medisinsk somatisk perspektiv, vil de være opptatte av å identifisere og normalisere avvik i fysisk funksjon. Terminologi som funksjonstap, deficit og feilfunksjon brukes ofte både innen klinikk og forskning i fysioterapi. Det er også utviklet en rekke undersøkelsesmetoder for å identifisere funksjonsavvik, for eksempel bevegelighet i ledd (16). Innen fysioterapi gjøres det også forsøk på å systematisere og klassifisere funksjonsavvik i funksjonsdiagnosesystem (17-19). Videre er det utviklet flere spesifikke behandlingsmetoder som har til hensikt å normalisere funksjonsavvik. Et eksempel er tøyninger av stive ledd og muskler. Det snakkes også om symptombehandling, det vil si behandling rettet direkte mot å redusere pasientens plager. Eksemplene tyder på at det også i fysioterapi er fokus på avvik, spesifikke behandlinger og normalisering. Medisinsk perspektiv brukes altså, selv om fysioterapeuters primære siktemål ikke er å kurere eller reparere biologiske forandringer, men å bedre folks funksjonsevne (20).

##### *Sykdom, helse og funksjon*

Fysioterapeuter har fokus på bevegelse og fysisk funksjon (21). Bedring i fysioterapi

kan derfor ikke bare ses i forhold til sykdom, lidelse og helse, men også i forhold til måten bevegelse og funksjon forstås på. I WHO's Internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) klassifiseres ulike fenomener med betydning for helse (22). Blant disse har fysisk funksjon en betydelig plass. Funksjon klassifiseres i tre hovedgrupper; kroppsfunksjon (for eksempel funksjon i ledd og muskler), aktiviteter (utførelse av aktiviteter i dagliglivet) og deltagelse i sosiale sammenhenger. Til grunn for klassifiseringen er det utviklet en modell som viser at disse tre hovedgruppene kan gjensidig påvirke hverandre, samt influere og bli influert av omgivelses- og personlige faktorer. En kan si at modellen tydeliggjør en forståelse av at helse er mer enn fravær av sykdom, og at funksjon kan forstås både i forhold til hvordan organismen fungerer og på hvilken måte individet lever. Slik kan en si at ICF-modellen går ut over det medisinske somatiske perspektiv på helse og tar inn i seg sosiale aspekter ved det å være syk. Denne modellen har i mange sammenhenger blitt tatt vel imot av fysioterapeuter. En grunn til det kan være at modellen tydeliggjør at det å være syk kan arte seg på mange ulike måter selv om en har samme sykdom.

*Fysioterapi: rettet mot å normalisere biologi og kroppsfunksjon*

I fysioterapi er flere behandlingsmetoder utviklet for å normalisere biologiske forandringer. For eksempel brukes elektro- og varmeterapi som smertebehandling ut fra en antagelse om at de øker blodsirkulasjon og dermed fjerner smertefremkallende stoffer. En annen begrunnelse er at stimuli fra strøm, varme og berøring kan blokkere smerteimpulser i ryggmargen (23). Om dette faktisk skjer, vet vi imidlertid lite om. Da effekt av slike stimuli oftest evalueres i forhold til om de fører til mindre smerte, vet vi kun om pasientene får mindre plager og ikke om begrunnelsen for å bruke behandlingsmetodene er riktige. Men kunnskap om hvordan spesifikke behandlingsmetoder virker inn på biologiske prosesser, kan ha betydning for å videreutvikle hvordan vi skal bruke dem. Jeg mener at vi må være åpne for at våre behandlingsmetoder og måter de anvendes på både kan forsinke og fremme kroppens biologiske tilhelingsprosesser.

Det finnes også behandlingsmetoder i fysioterapi som har til hensikt å normalisere avvik i muskler og ledd. Flere forskere har studert effekt av slike behandlingsmetoder. Vi trenger imidlertid også å sammenligne betydning av ulike behandlingsmetoder utviklet

for samme formål, for å finne ut hvilke metoder som kan gi best resultat. Videre er det viktig å få kunnskap om dosering ved ulike grader av sykdom, for eksempel ved leddgikt. Et eksempel er å finne ut hvilke prinsipper styrke- og utholdenhetstrening skal drives etter ved ulike stadier av inflammasjon og degenerasjon i muskelskjelettet. For å få mer kunnskap om behandlingsmetoder rettet mot å normalisere biologiske prosesser og kroppsfunksjoner, mener jeg vi kan støtte oss til et medisinsk perspektiv.

*Fysioterapi: rettet mot å bedre aktivitetsutførelse*

Det tenkes ofte at det er nære sammenhenger mellom kroppsfunksjoner som leddbevegelse og evne til å utføre aktiviteter som for eksempel å gå. Dette kan man imidlertid stille seg spørrende til. For eksempel fant vi hos pasienter med leddgikt og Bekhterev at muskelstyrke i quadriceps og kondisjon bare kunne forklare cirka en tredjedel av variasjon i evne til å gå fort på flatt golv og i trapp (24). Senere fant vi også at bevegelsestrening etter innsetting av totalproteser i skulder hos pasienter med leddgikt ikke førte til bedre bevegelse, men likevel mente pasientene at armen fungerte bedre i dagliglivets aktiviteter (25). Dette synliggjør at fungering i daglige sammenhenger er for sammensatt til at det kan bedres ved hjelp av spesifikk behandling av kroppsfunksjoner alene. Derfor trenger fysioterapeuter å utvikle kunnskap som kan hjelpe oss å forstå kompleksiteten i hva som skal til for at pasienter skal klare å utføre aktiviteter i dagliglivet.

*Fysioterapi: rettet mot å bedre folks livssituasjon*

Mange fysioterapeuter jobber med mennesker hvor hensikten er å bedre folks livssituasjon, for eksempel som funksjonshemmet. I noen tilfelle kan funksjonshemming til en viss grad relateres til biologiske forandringer, for eksempel slik en ser ved hjerneslag. Mulighetene for å reversere de biologiske forandringene kan da ofte være begrenset. Men selv om en ikke kan normalisere biologiske avvik, kan det likevel være mulig å bedre folks livssituasjon. Imidlertid må da bedring forstås på andre måter enn normalisering av sykdom. Det vil snarere handle om å bedre livssituasjoner.

Hovedfokus må dermed flyttes fra den biologiske kroppen til det sosiale livet. Hva som er bedre eller godt kan ikke bestemmes av helsepersonell, men av den det gjelder. En god livssituasjon er avhengig av hva som gir mening og er verdifullt for den enkelte. Dette

må antas å være svært individuelt; avhengig av subjektive erfaringer og forståelse av en selv og sitt liv. Det blir derfor vanskelig å si hva et bra liv er på tvers av individer og kulturer. Videre kan en ikke tenke seg at samme tiltak kan brukes for alle individer for å oppnå et bra liv. Her tror jeg at det ofte kan være viktig å flytte fokus fra avvik, til å se på kunnskap om muligheter og ressurser hos individet og i dets omgivelser. Her kommer det medisinske perspektiv på bedring til kort.

Å bedre en livssituasjon kan forstås som normalisering av den. Men i denne sammenheng vil normalisering ikke kunne bestemmes av statistiske beregninger og kanskje heller ikke av hva som var vanlig livssituasjon før en ble syk eller funksjonshemmet. Pasient og terapeut kan isteden være i en situasjon hvor det dreier seg om å finne nye måter å leve livet på, og å integrere de nye måtene for å etablere nye fungerende «normaliteter». Det kan bety at individer aktivt må gå inn i prosesser som handler om å utforske seg selv og sitt liv, for å finne ut hva det nye livet skal handle om. Å komme seg slik at en kan leve på nye måter, kan således handle om svært komplekse og inngripende lærings- og selvutviklingsprosesser. Fysioterapeutens oppgave kan handle om å finne ulike former for praktiske tilpasninger av situasjoner og omgivelser. Måten fysioterapeut oppfører seg på, hva man sier og mener, kan også få stor betydning for individets lærings- og utviklingsprosesser. Hvor individet er i sin prosess, vil også ha betydning for hva og når ting er relevant å gjøre. Dette kan bety at hva som gjøres og sies ikke kan bestemmes på forhånd, men må være en integrert del av selve bedringsprosessen. Både hva som får betydning og vegene som må gås, må derfor bli til undervegs og være tilpasset individets behov til enhver tid, og ikke bestemmes av type funksjonshemming eller medisinske diagnose.

Det finnes teorier en kan støtte seg på hvor bedring forstås som individuelle, personlige prosesser (26,27). I slike teorier forstås helse som en subjektiv erfaring av «wellness»; noe en kan si innebærer velvære og tilfredshet. Bedre helse kan da forstås som å kunne nå vitale livsmål (28) og bli tilfreds med sin egen situasjon (29). Litteraturen viser at bedringsprosesser ofte beskrives som måter å få orden på tilværelsen sin igjen (26,27). Å finne ut hva som skal til og hvilke betingelser som må være til stede for at personer kan komme videre i sin bedringsprosess, blir da en integrert og viktig del av tiltaket. Dette innebærer å gi rom for nødvendig prøving og feiling, og at feilene

ikke sees på som tilbakefall, men som en nødvendig del av læringen for å komme i orden igjen. I slike prosesser kan fysioterapeuters være- og handlemåter både fremme og hemme pasienters prosesser. Kunnskap om bedringsprosesser sett i perspektiv av pasienters erfaringer er lite utforsket innen fysioterapi. Imidlertid tror jeg dette ofte er en integrert del av klinisk praksis, men en del som foreløpig er forholdsvis utematisert.

### Avslutning

Jeg har her argumentert for at medisinsk somatisk perspektiv på bedring kan være relevant for klinikk og kunnskapsutvikling innen fysioterapi i tilfeller der hensikten er å normalisere kroppsfunksjoner som er nært relatert til biologiske forandringer. Imidlertid tror jeg at perspektivet begrenser oss når vi ønsker å forstå kompleksiteten ved å bedre fungering i dagliglivet og å bedre livssituasjoner. Jeg tror at fysioterapeuter må støtte seg på flere teoretiske perspektiver for å forstå og utvikle sitt fag.

*Takk til professorene Nina Vøllestad og Astrid Klopstad Wahl, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo som begge har kommet med viktige kommentarer i tidligere utkast av manuskriptet.*

### Litteratur

- Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of aerobic exercise in gymnasium and warm water pool in females with fibromyalgia/chronic widespread pain. *Arthritis Care Research* 2001; 45: 42-7.
- Mengshoel AM, Robinson HS. Clinical significance of specific spinal mobilization for patients with ankylosing spondylitis evaluated with quantitative assessments and patient interviews. *Disability Rehabilitation* 2007 (internet published 10 of May).
- Mengshoel AM, Heggen K. Recovery from fibromyalgia - patients' own experiences. *Disability Rehabilitation* 2004; 26: 46-53.
- Sinclair J, Hanks P. *Collins Cobuild Essential Dictionary*. Birmingham: Harper Collins Publishers; 1995.
- Bjørndal A. Tenke- og arbeidsmåter i medisin - en innføring i den medisinske logikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
- Måseide P. Natur og kultur. Spenningsfeltet mellom ei objektivistisk og ei relativistisk forståing av kropp, sjukdom og helse. I: Alvsvåg H, Andresen N, Gjengedal E, Råheim M. *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001: 62-94.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Medisinsk filosofi*, 5 ed. København: Munksgaard; 1999.
- Temple LKF, McLeod RS, Gallinger S, Wright JG. Defining disease in the genomics era. *Science* 2001; 293: 807-8.
- Jørgensen J, Lilleholt O. *Medisinsens tanke-*

### ● Fagartikkel

Manuskripter skal belyse aktuell og relevant kunnskap fra ulike sider av fysioterapifaget og kan omhandle temaer hentet fra teori, forskning eller praksis. Forfatter skal vise til relevant og aktuell kunnskap på området. Manuskriptet skal være på maksimalt 4.500 ord med litteraturliste, og det skal i hovedsak ha innledning, hoveddel og avslutning. Se [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) under Fag og vitenskap.

- verden gjennom tidene. I: Kirkengen AL, Jørgensen J. *Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse*. Oslo: Tano, 1993: 27-37.
- Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. 2 ed. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
  - Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977; 44, 542-73.
  - Hofman B. Complexity of the concept of disease as shown through theoretical frameworks. *Theoretical Medicine* 2001; 22: 211-36.
  - Grue L. Normalitetens oppfinnelse. Bidrag til en forståelse. I: Hylland-Eriksen T, Breivik J K, eds. *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006: 25-48.
  - Sullivan WP. A long and winding road: the process of recovery from mental illness. *Innovations Research* 1994; 3: 19-27.
  - Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. *Practical evidence-based physiotherapy*. Edinburgh: Elsevier; 2005.
  - Kaltenborn F. *Manual mobilization of the joints: the Kaltenborn method of joint examination and treatment*. Oslo: Norli; 2002.
  - Rose SJ. Description and classification. The cornerstone of pathokinesiological research. *Physical Therapy* 1988; 66: 379-86.
  - Walker JM. Research in pathokinesiology - what, why and how? *Physical Therapy* 1986; 66: 382-5.
  - Coffin-Zadai CA. Disabling our diagnostic dilemmas. *Physical Therapy* 2007; 87: 641-53.
  - Cott C, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas

- S, Verrier MC. The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy Canada* 1995; 47: 87-95.
- Roberts P. Theoretical models of physiotherapy. *Physiotherapy* 1994; 80: 361-6.
- The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001.
- Senn E. Principles and potentials of physical therapy in the management of pain. *Rheumatology Europa* 1997; 26: 46-52.
- Mengshoel AM, Jokstad K, Bjerkehoel F. Relationships between walking and physical capacities in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clinical Rheumatology* 2004; 23: 299-305.
- Mengshoel AM, Slungaard B. Effects of shoulder arthroplasty and exercise in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* 2005; 24: 258-65.
- Kearney MH. *Understanding women's recovery from illness and trauma*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
- Ralph OR, Corrigan PW. *Recovery in mental illness. Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association; 2002.
- Wackerhausen S. *Sundhed, sygdom og kommunikativ praksis*. I: Ploug Hansen H, Ramhøy P. *Tværvitenskapelige perspektiver på sunhed og sygdom*. Danmark: Akademisk forlag; 1997: 233-51.
- Bury M. *Health and illness*. Cambridge: Polity Press; 2005.

### Abstract

The purpose is to describe recovery within a medical somatic perspective and examine how this perspective may affect the understanding of recovery in physiotherapy. According to a medical somatic perspective, disease is related to anatomic and physiological abnormalities, and health is understood as absence of such abnormalities. Close associations are believed to exist between biological dysfunctions, clinical signs and symptoms. Specific treatments are developed to normalize one or several of these aspects, and recovery is determined by evaluating their degree of normalization. Development of disease and recovery from it are believed to happen according to certain patterns. Hence, patients with similar diseases are expected to recover in the same manner and by means of the same targeted treatments. Specific treatments methods to normalize physical impairments are applied in physiotherapy as well, for example stretching. Here, medical perspective can be relevant. In other situations, therapy can be aimed to ease patients' every-day life, and therapies are individualized according to the individual's needs. Normalization of disrupted life may imply finding new ways of living. Here, often both therapeutic goals and content of treatment must be developed as parts of self-developmental and learning processes. The medical perspective poses limitations for exploring and understanding such processes. Keywords: physiotherapy, medical perspective, recovery, rehabilitation, therapeutics.