

## SAMMANFATTNING

Denna artikel tittar på den roll fysioterapeuter har, och kan ha, i att möta globala hälsobehov i låginkomstländer. Möjligheten att tillgodose individens behov av hälso- och sjukvårdstjänster varierar kraftigt mellan hög- och låginkomstländer. Fysioterapin är väletablerad i de flesta höginkomstländer, men när det gäller medel- eller låginkomstländer är fysioterapeuter antingen få eller etablerade utanför den offentliga hälso- och sjukvården. Men fysioterapeuter har en viktig roll att fylla för att möta hälsobehov i dessa länder i allt från promotion och prevention till habilitering och rehabilitering. Fysisk inaktivitet är ett globalt, allvarligt och växande hälsoproblem, och fysioterapi är väl lämpat för att angripa detta. Fysioterapeuter har även en viktig roll att spela vad gäller en rad olika ohälsåkommor såsom "icke smittsamma sjukdomar", mödra- och barnhälsovård, äldres hälsa, HIV/AIDS, muskuloskeletal hälsa, muskuloskeletal besvär och mental hälsa. I artikeln diskuteras dessa ohälsotillstånd samt ges några rekommendationer som syftar till att främja och utveckla fysioterapin i låginkomstländer.

# Att möta globala hälsobehov i låginkomstländer

## Tankar kring fysioterapeutens roll



**JENNY WICKFORD,**  
Med Dr, Fysioterapeut,  
Senior Musculoskeletal  
Physiotherapist,  
Mediclinic Dubai,  
Förenade Arabemiraten

**Hälsan i världen** är stadd i ständig förändring i såväl hög- som låginkomstländer och den påverkas av en rad faktorer såsom teknologisk utveckling, socioekonomiska förändringar och miljö- och mänskliga katastrofer. Rapporten Global Burden of Disease 2010 visar på att människor lever längre, men med mer hälsoproblem och funktionsnedsättningar (1). Trots all utveckling så består enorma skillnader mellan hög- och låginkomstländer. Människor i låginkomstländer är särskilt utsatta, med mindre utvecklade hälso- och sjukvårdssystem och med dålig tillgång till relevanta hälso-tjänster. Fattigdomen är mer utbredd och i vissa länder plågas man av återkommande och fruktansvärda katastrofer som man är dåligt rustad för att hantera. Som Dwyer (2) säger: "[w]hat are we to make of a world with such unequal health prospects? What does justice demand in terms of global health?" (p.460)

Denna ojämlikhet i hälsa och i tillgång till adekvat hälso- och sjukvård ligger till grund för denna artikel. Vi som skriver artikeln är fysioterapeuter som levt och arbetat i låginkomstländer och där strävat efter att stödja utvecklingen av fysioterapi i relation till lokala behov. Vårt arbete präglas av en moralisk övertygelse om att göra vad vi kan för att stödja människor, oberoende av var de finns eller vilka behov de har. Vi vill härmed belysa några globala utmaningar särskilt när det gäller hälsa i låginkomstländer. Vi påvisar den roll som fysioterapeuter

kan spela i att stödja och främja hälsa i länder där hälso- och sjukvårdstjänster är mindre tillgängliga eller mindre utvecklade än i andra delar av världen.

### Hälsa, fysisk aktivitet och fysioterapi

Vi utgår ifrån WHO:s definition av hälsa som "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (3). Kunskapen och förståelsen ökar ständigt kring kroppens struktur och funktion, hur hälsa påverkas av omgivningsfaktorer, samt synen på vad som behövs för att främja och bibehålla hälsa. Att främja hälsa är komplext och det finns många faktorer att ta hänsyn till: hälsobeteende (4), sociala faktorer (5), kulturella faktorer (6), genus (7), urbanisering (8), socioekonomisk status (9), miljöförändringar (10), naturkatastrofer (11) och krig (12). Dessa faktorer överlappar och påverkar varandra. En gemensam nämnare är fysisk aktivitet, som är nödvändig för hälsa oberoende av ålder, omgivning, individfaktorer, social eller ekonomisk status (13–15). Motsatsen, fysisk inaktivitet, är ett växande och allvarligt problem för global hälsa som har beskrivits som pandemiskt (16). Fysisk inaktivitet är ett komplext problem som kräver samarbete på flera olika nivåer. Fysioterapi är den behandling som oftast associeras med fysisk aktivitet och träning som ett medel att främja och bibehålla hälsa (17), och fysioterapeuter har beskrivits som nyckelspelare i att möta hälsobehoven under tjugohundratalet (18).



Muskuloskeletal smärta är ett globalt problem.

FOTO: © J.-J. BERNARD/HANDICAP INTERNATIONAL

Fysioterapiyrket är i olika utvecklingsstadier i olika länder. Utvecklingsprocesser vad gäller såväl utbildning som praxis har tagit olika vägar i olika länder, beroende på lokala omständigheter, kulturer och kontexter; skillnader kan ses mellan hög- och låginkomstländer. För nästan 20 år sedan beskrevs vikten av fysioterapi för rehabilitering i låginkomstländer, så kallade utvecklingsländer (19). Fysioterapeut är numera erkänd som en profession som bidrar till den globala hälsoutvecklingen (20), och de senaste decennierna har professionen börjat utvecklas i låginkomstländer. Men tillgången till fysioterapeuter (och andra rehabiliteringsyrken) är fortfarande mycket begränsad jämfört med i höginkomstländer, och jämfört med andra hälso- och sjukvårdstjänster i låginkomstländer. Detta gäller såväl nationella hälso- och/eller sociala system (21) som internationella medicinska hjälporganisationer. En viktig faktor är bristen på inhemska sjukgymnaster, samt grund- och vidareutbildningar för fysioterapeuter. Dessa faktorer – arbetsstillfällena samt tillgång till fysioterapeuter – utgör ett moment 22. En ökad efterfrågan skulle kunna stimulera utvecklingen av utbildningsprogram, vilket skulle leda till fler fysioterapeuter.

Givetvis är detta mer komplext, men en central faktor i att öka efterfrågan på fysioterapeuter är att öka kunskapen och medvetenheten om vad fysioterapeuter kan göra för att möta globala hälsobehov.

Vi vill därmed i denna artikel fokusera på fysioterapeutens roll i att möta ett antal viktiga hälsobehov i låginkomstländer. Tanken är att ge en introduktion till och väcka intresse för de globala hälsoproblem där fysioterapi har en viktig roll att fylla.

## Sjukgymnasters roll i att möta hälsobehov i låginkomstländer

### *Icke smittsamma sjukdomar*

Icke-smittsamma sjukdomar, så kallade non-communicable diseases (NCDs), är hälsotillstånd som inte kan överföras direkt från en person till en annan och som ofta är relaterade till livsstil. NCDs är orsak till 60 procent av alla dödsfall globalt (22), och man tror att dessa sjukdomstillstånd är bakgrundsorsak till så mycket som 78,6 procent av alla år levda med funktionshinder (23). NCDs är ett växande problem i låg- och medelinkomstländer (24–26): År 2008 återfanns 80 procent av alla NCDs i låg- och mellaninkomstländer (27). NCDs har blivit synonymt med de fyra sjukdomar som orsakar flest dödsfall: hjärtkärlsjukdomar, respiratoriska sjukdomar, diabetes och cancer. Ischemisk hjärtsjukdom är den vanligaste dödsorsaken, med mer än 84 procent i låg- och medelinkomstländer (28). NCDs innefattar även psykisk ohälsa, muskuloskeletala besvär, neurologiska- och medfödda sjukdomar.

Det finns övertygande bevis för behovet av fysisk aktivitet för att angripa NCDs, där fysisk aktivitet



**ANTONY DUTTINE,**  
MSc (Dev Mgmt), RPT,  
Rehabilitation Technical  
Advisor in Global Health,  
Handicap International,  
Maryland, USA

*”I många låginkomstländer är nuvarande hälso- och sjukvårdssystem inte tillräckligt rustade för att kunna hantera de sociala och medicinska konsekvenserna av en åldrande befolkning.”*

- och träning behövs i såväl hälsofrämjande som sjukdoms-förebyggande syfte (13). Dean (18, 29) har gjort en gedigen undersökning av nuvarande rekommendationer för ett antal livsstilsrelaterade åkommor och fysioterapeuters roll i relation till dessa. De inkluderar ischemisk hjärtsjukdom, cancer, högt blodtryck och stroke, fetma, diabetes och metabolt syndrom, muskuloskeletal hälsa och psykosocial hälsa. Fysisk aktivitet och träning är det återkommande och ofta centrala förhållningssättet vid både prevention och intervention. Fysioterapeuter har här en central roll att spela.

### **Muskuloskeletal besvär**

Muskuloskeletal smärta är en vanlig orsak till att individer söker hjälp inom primärvården. I Europa utgör patienter med långvariga muskuloskeletal besvär en stor grupp, 19 procent (30). Av dessa är ländryggssmärta en krävande utmaning. Mycket forskning om prevalens och konsekvenser av ländryggssmärta är gjord i västerländska sammanhang, med det är ett globalt problem. På fysioterapikliniker i ett stort rehabiliteringsprogram i Afghanistan, till exempel, är ländryggssmärta den vanligaste orsaken till att man söker hjälp (31). Även i Afrika finns tecken på att ländryggssmärta är lika vanligt som i västerländska länder (32).

Fysioterapeutiska åtgärder med träning och beteendeförändring är evidensbaserade metoder för behandling av långvarig muskuloskeletal smärta (33, 34). Fysioterapeuter kan bidra till att göra vården för muskuloskeletal besvär mer kostnadseffektiv genom att ta rollen som primära bedömare/ behandlare. Detta har visat sig leda till en minskad arbetsbörda för läkare, nöjda patienter, kortare väntetider och vistelse i sjukvården (35, 36). Liknande forskning behövs i låginkomstländer för att utforska fysioterapeuters roller för behandling av patienter med muskuloskeletal besvär, inom både nationell hälso- och sjukvård och medicinska hjälporganisationer.

### **Äldres hälsa i en åldrande värld**

Den förväntade livslängden ökar världen över. 2050 beräknas antalet personer som är 65 år eller äldre att ha ökat från 8 procent till 16 procent (37). Av dessa kommer majoriteten att finnas i låginkomst-

länder. Denna snabba ökning får flera olika konsekvenser. En växande andel äldre i proportion till yngre innebär färre människor som arbetar, samt färre yngre människor som kan ta hand om de äldre. I många låginkomstländer är nuvarande hälso- och sjukvårdssystem inte tillräckligt rustade för att kunna hantera de sociala och medicinska konsekvenserna av en åldrande befolkning. På det individuella planet så innebär ett längre liv ökade risker för NCDs och fler muskuloskeletal besvär, och det kan finnas fler hälsovariabler att ta hänsyn till per äldre individ, jämfört med per yngre personer. Dessa olika faktorer medför stora utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemen, för samhället och olika nationers ekonomi samt för äldre individer och deras familjer.

Fysioterapeuter kan arbeta på individ-, grupp- och samhällsnivå för att ta itu med äldres särskilda behov samt främja deras hälsa (38). Fysioterapi är en viktig komponent till exempel i akut vård (39), intensivvård (40), rehabilitering (41) och förebyggande åtgärder, såsom fallförebyggande (42). Och som nämnts tidigare så är fysioterapeuter väl rustade att arbeta med NCDs och muskuloskeletal besvär, av vilka flera är direkt kopplade till åldrande. Fysisk aktivitet och träning för att bibehålla och utveckla funktion är nödvändigt för att förebygga åldersrelaterade hälsoproblem. Även de allra äldsta kan förbättra sin muskelmassa, styrka och uthållighet, vilket är av central betydelse för både hälsa och funktion (43).

### **Mödravård**

Att förbättra kvinnors hälsa är ett av de åtta breda millennieutvecklingsmålen (Millennium Development Goals, MDG) (44), och bättre mödravård fortsätter att vara ett stort fokus för internationella hälsoinsatser i låginkomstländer. Ohälsa och besvär i samband med graviditet och förlossning är starkt funktionsnedsättande och fortfarande ett bedrägligt försummat område (45). Dessa ohälsotillstånd påverkas av flera olika faktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå: personliga egenskaper och förutsättningar (fysiska och psykiska) samspelar med socioekonomisk status, kulturella faktorer, religion och traditioner, samt politiska och strukturella faktorer, vilket gör flera av dessa besvär mycket svå-

rare att hantera och behandla. Många av dessa ohälsotillstånd, vilka är svåra i sig, blir mer komplicerade på grund av sociala konsekvenser. Till exempel kan nämnas urininkontinens, ett av de vanligaste problemen i samband med graviditet och den postnatale perioden (46, 47). Urininkontinens begränsar en kvinnas möjligheter till ett socialt liv samt att försörja sig. Vissa metoder, till exempel kvinnlig könsstympning, har djupa rötter i kulturella traditioner, vilket gör dem mycket svåra att angripa. Utöver detta så lever många kvinnor i låginkomstländer tunga liv med ansvar för såväl omvårdnad som försörjning av familjen. Fysiskt arbete, barnafödande och hög psykisk stress påverkar kvinnors hälsoproblem och innebär ytterligare utmaningar för behandling och hantering.

Fysioterapeuter har en viktig roll att spela vad gäller mödrahälsovård, där fysisk aktivitet och träning är en gemensam nämnare. Bäckbottenträning är en grundläggande övning, som har visat sig vara viktig i både förebyggande syfte och för behandling av en rad olika ohälsotillstånd kopplade till kvinnors hälsa. Bäckbottenträning kan till exempel användas för att förebygga och behandla urin- och avföringsinkontinens (48–50). Fysioterapi är också grundläggande vid pre- och postoperativ behandling av obstetrisk fistel (51, 52). För kvinnor som har utsatts för könsstympning kan fysioterapeuter arbeta med de långsiktiga komplikationerna av könsstympning (53). De kan också undervisa kvinnor i hälsa och ergonomi. Det finns således ett stort behov av fysioterapeuter som engagerar sig i hälsa, och som blir en aktiv del i medicinska team och hälsoteam som arbetar med dessa frågor.

### **Barns hälsa**

Minskad barnadödlighet är ett annat fokus för FN:s millenniummål. Mycket har gjorts och man börjar nu se framgångar av detta arbete: Dödligheten för barn under fem har sjunkit med 35 procent sedan 1990 (54). Men när fler barn överlever verkar det finnas en högre risk för utveckling av funktionsnedsättningar kopplade till medfödda sjukdomar, trauman vid födelse eller icke-dödliga barnsjukdomar eller olyckor. Barns kost och undernäring är fortfarande ett stort problem, med tydliga kopplingar till hämning och försenad utveckling. Detta kräver specialiserade insatser vad gäller medicin och nutrition, men också psykomotoriskt utvecklingsstöd.

Fysioterapeuter jobbar med många av barndomens sjukdomar samt medfödda och förvärvade funktionsnedsättningar vilka kan påverka funktionsförmågan genom hela livet. De är särskilt engagerade i förebyggande av funktionshinder. Vid de vanligaste medfödda tillstånden klumpfot eller höftledsdisplasi så kan exempelvis en tidig identifiering och

behandling minska eller förhindra funktionsnedsättning (55, 56). Fysioterapeuter behandlar också andra medfödda tillstånd som kräver mer långsiktig vård, som arthrogryposis, ryggmärgsbräck och cerebral pares (CP) (57–59). Fysioterapeuter som arbetar med barns hälsa i låginkomstländer måste arbeta i nära samarbete med familjen, med barnmorskor och annan vårdpersonal och i samhället, för att möjliggöra tidig upptäckt samt långsiktiga och positiva effekter av behandling.

### **Funktionsnedsättning och "Community Based Rehabilitation"**

Personer med funktionsnedsättningar utgör den största minoriteten i världen, och uppskattningsvis 15 procent av jordens befolkning har någon form av funktionshinder (60). Prevalensen är högre i låginkomstländer än i höginkomstländer (61). Funktionshinder och fattigdom är nära sammankopplade, och enligt fattiga människorna är fysisk hälsa en central förutsättning för att kunna påverka sin fattigdom (62): "health and strength matter most to those who have them the least and who are most likely to lose them" (s.89). Samtidigt är personer med funktionsnedsättning ofta uteslutna från de socioekonomiska förutsättningar som finns för personer utan funktionshinder.

I låginkomstländer arbetar man ofta med funktionshinder/nedsättning genom så kallad Community Based Rehabilitation (CBR). CBR syftar till att stärka (empower) personer med funktionshinder och tar hänsyn till behov som hälsa, utbildning och försörjning. CBR mobiliserar lokala tillgångar och lösningar och lämpar sig särskilt bra i situationer då resurserna är små. Jämfört med sin roll i andra hälso- och sjukvårdstjänster i låginkomstländer så är fysioterapeuters roll i CBR relativt väl etablerad. Detta varierar dock beroende på sammanhanget och vilka tjänster som finns tillgängliga i landet. I Afghanistan, till exempel, utvecklade CBR-programmen egna fysioterapeutiska tjänster, eftersom dessa inte var tillräckligt tillgängliga i de nationella hälso- och sjukvårdsstrukturerna (63).

Funktionshinder marginaliseras ofta i nationella hälso- och sjukvårdsstrukturer och i internationella medicinska hjälporganisationer. Personer med funktionshinder har ofta sämre tillgång till hälso- ➤

*"Enligt fattiga människorna är fysisk hälsa en central förutsättning för att kunna påverka sin fattigdom."*

# ”Psykisk hälsa är fortfarande ett område med otillräckliga resurser på global nivå ”

- vård rent allmänt, och det är påtagligt sämre i låginkomstländer (60). Personer med funktionshinder är också bland de mest utsatta i naturkatastrofer, väpnade konflikter och humanitära katastrofer (64). Trots detta har denna grupp fått relativt lite uppmärksamhet inom humanitärt bistånd, jämfört med andra utsatta grupper som kvinnor och barn. Fysioterapeuter har en viktig roll att spela i dessa organisationer som bedriver humanitärt bistånd, som värdefull vårdpersonal i allmänhet, men också som förespråkare för personer med funktionshinder. Fysioterapeuter och annan hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att lyfta fram frågor kring funktionshinder genom opinionsbildning, forskning och handling på både lokal och global nivå (65).

### **HIV/AIDS**

Den globala AIDS-epidemin har utan tvekan varit en av de största globala hälsoutmaningarna de senaste decennierna. Enorma resurser har använts i syfte att bekämpa spridningen av sjukdomen och det har gett resultat: tillgång till antiretrovirala (ARV) bromsmediciner har förbättras, och antalet AIDS-relaterade dödsfall minskar i många länder (66). En konsekvens är att när människor lever längre med HIV, så ökar sannolikt multisjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Detta ställer nya krav på hälso- och sjukvårdssystemen. Tuberkulos (TBC) är en infektion som ofta uppkommer hos personer med HIV och har till stor del setts som en lungsjukdom. Men cirka 15 procent påverkas av TBC utanför lungorna (67). Av dessa uppges 35 procent ha angrepp i skelett och leder, vilket kan orsaka betydande motorisk funktionsnedsättning (68). HIV kan numera betraktas som en kronisk sjukdom, vilket medför nya konsekvenser för hälso- och sjukvården (69). Därmed ökar även efterfrågan på rehabilitering, inklusive fysioterapi; det finns evidens för att fysioterapi kan främja och stödja hälsa och välbefinnande för personer som lever med HIV (70). Detta gäller till exempel det att främja och uppmuntra till träning, ge stöd i att hantera neuropatier samt främja återgång i arbete (71).

### **Psykisk hälsa**

Psykisk hälsa är grundläggande för människors hälsa och välbefinnande (72), och psykisk och fysisk hälsa är sammanvävda. Psykisk hälsa är fortfarande ett område med otillräckliga resurser på global nivå (73). Och i låginkomstländer är resur-

serna för att hantera psykisk ohälsa ännu mindre jämfört med höginkomstländer (74). Krissituationer och katastrofer kan bidra till psykosociala problem och påverkar den psykiska hälsan negativt. Katastrofer är förödande oavsett land, men de slår hårdare mot länder där infrastrukturen och sjukvården är mindre utvecklade. Att arbeta med psykisk ohälsa kopplat till katastrof- och nödsituationer är mycket krävande. Det kräver multidisciplinärt arbete som grundar sig i en god förståelse för den lokala kulturen och kontexten (75). Det har visat sig att när grundläggande behov tillgodoses och säkerhet uppnås för människor i nödsituationer så kommer endast en liten andel behöva mer avancerad terapi (76).

Fysisk aktivitet är en gynnsam och viktig del av behandling för personer med psykiska problem (77). Träning är exempelvis en rekommenderad behandling för mild till måttlig depression (78), men det behövs en ökad medvetenhet och kunskap hos fysioterapeuter vad gäller deras roll i behandlingen av detta tillstånd (79). Mer forskning behövs kring sjukgymnasters roll i att främja träning och fysisk aktivitet för personer med psykiska problem i allmänhet, och i förhållande till behoven i låginkomstländer i synnerhet. Vid mer komplexa psykiska störningar krävs särskild utbildning för all hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive fysioterapeuter.

### **Att möta behoven: rekommendationer för praktisk handling**

När det gäller det praktiska handlandet för att möta de behoven som har beskrivits finns det många faktorer att tänka på och det behövs mer forskning kring hur man kan få till en framgångsrik integration av fysioterapi och andra rehabiliteringstjänster in i hälso- och sjukvårdssystem. Men några rekommendationer kommer att ges nedan.

### **Interdisciplinär vård**

Hälsa påverkas av många olika faktorer och ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem kräver kompetens från olika typer av hälso- och sjukvårdsprofessioner så som läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, barnmorskor, socialarbetare med flera. Dessutom krävs ett väl fungerande samarbete mellan professionerna. Vår personliga erfarenhet är dock att i såväl medicinska projekt som rehabiliteringsprojekt i låginkomstländer är ett interdisciplinärt samarbete sällsynt. Medvetenheten och kunskapen om rehabiliteringsyrken före-

faller fortfarande vara låg. Något som ytterligare försvårar situationen är att fysioterapeuter ofta arbetar utan regelbunden kontakt med annan vårdpersonal. Detta kan innebära att upptäckt och identifiering av barn och vuxna personer som är i behov av rehabiliteringsinstanser försenas och att de inte hänvisas till fysioterapeut. För att angripa dessa frågor så behövs en ökad medvetenhet om vilka roller som fysioterapeuter, och den bredare rehabiliteringssektorn, kan spela. Utbildningar inom medicin, omvårdnad och folkhälsa uppmanas att se över hur deras kursplaner beaktar begreppen funktionshinder och rehabilitering inom hälsosektorn. Slutligen, för att möjliggöra interdisciplinär vård med en representation av fysioterapeuter så blir utbildning av lokala fysioterapeuter en avgörande fråga.

### **Utbildning av lokala sjukgymnaster**

En omfattande studie som har undersökt human resources för hälsa inom rehabiliteringssektorn har visat en stor brist på utbildad personal, inklusive fysioterapeuter (21). I många låginkomstländer erbjuds fysioterapi ofta av internationella bistånds/hjälpororganisationer, vilket innebär en hög omsättning av internationella fysioterapeuter som erbjuder både behandling och utbildning. I flera höginkomstländer så har fysioterapi utvecklats som svar på medborgargnas hälsoproblem (t ex efter världskriget och polioepidemin), inifrån länderna. I många låginkomstländer har rehabiliteringsutbudet också skapats utifrån behov, t ex som följd av krig eller naturkatastrofer. Men, där har fysioterapin förts in och främjats utifrån, ofta med finansiering och stöd av internationella givare eller organisationer. Detta har direkta konsekvenser för yrkets utvecklingspotential.

Det är en stor utmaning för vissa länder att starta och driva fysioterapeututbildningar. Det finns en del starka exempel på att det är möjligt, som i Benin och Afghanistan, men dessa är fortfarande undantag snarare än regel, och det sker inte utan svårigheter. En viktig utgångspunkt är att utbildningsprogram och läroplaner måste anpassas till lokala förhållanden. Hur detta bäst bör göras på bästa sätt kräver ytterligare utvecklingsarbete och forskning.

### **Fysioterapi måste anpassas till den kontext den bedrivs i**

Fysioterapi har sina rötter i västerländska höginkomstländer (80), och majoriteten av fysioterapeutisk forskning sker i västerländska sammanhang. När fysioterapi introduceras till ett nytt land och en ny kultur, så måste yrket få utvecklas i linje med den lokala kontexten, dess behov och praxis och det måste ske i samarbete med lokala aktörer (81–83). Det tar tid och resurser som ofta inte rymms i de kortsiktiga kraven från finansärer och biståndsgivare. Det är utmanande och kräver erfarenhet och kompetens, samt ödmjukhet, nyfikenhet och självkritisk reflektion. Men att delta i sådant arbete med ett kommunikativt engagemang och stark samarbetsvilja är mycket givande och kan ge ökad förståelse, vilket kan leda till både professionell och personlig utveckling, för alla inblandade (83).

Denna artikel är en översatt och förkortad version av: Wickford J, Duttine A. Answering global health needs in low income countries: considering the role of physical therapists. *World Medical & Health Policy*. 2013;5(2):141–60. Översättning och bearbetning har gjorts av Jenny Wickford och Birgit Rösblad. Publicering av artikeln i denna version görs med tillstånd av John Wiley and Sons i samarbete med RightsLink.

## **REFERENSER**

- 1. Horton R. GBD 2010: understanding disease injury and risk. *The Lancet*. 2012;380(9859):2053–4.
- 2. Dwyer J. Global health and justice. *Bioethics*. 2005;19(5-6):460–75.
- 3. WHO. WHO definition of health 1948 [cited 2012 October 8]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- 4. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behaviour and health education – theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- 5. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health - The solid facts. 2nd ed. Geneva: WHO; 2003.
- 6. MacLachlan M. Culture and health: a critical perspective towards global health. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006.
- 7. Rieker PP, Bird CE. Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2005 October 1, 2005;60(Special Issue 2):S40–S7.
- 8. Moore M, Gould P, Keary BS. Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2003;206(4–5):269–78.
- 9. Adler NE, Newman K. Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies. *Health Affairs*. 2002 March 1, 2002;21(2):60–76.
- 10. Patz JA, Campbell-Lendrum D, Holloway T, Foley JA. Impact of regional climate change on human health. *Nature*. 2005;438(7066):310–7.
- 11. Brennan RJ, Waldman RJ. The South Asian Earthquake Six Months Later – An Ongoing Crisis. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(17):1769–71.
- 12. Levy BS, Sidel VW. War and public health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2008.
- 13. Sundberg CJ, Jansson A, Edling C, Wadman M, editors. Physical activity in the prevention and treatment of disease. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2010.
- 14. Bouchard C, Blair SN, Haskell WL, editors. Physical activity and health. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 2012.

## REFERENSER

- 15. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organisation; 2010.
- 16. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*. 2012;380(9838):294-305.
- 17. WCPT. Policy statement. Description of physical therapy. London: World Confederation for Physical Therapy; 2011.
- 18. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory & Practice*. 2009;25(5/6):330-53.
- 19. Kay E, Kilonzo C, Harris MJ. Improving rehabilitation services in developing nations: the proposed role of physiotherapists. *Physiotherapy*. 1994;80(2):77-82.
- 20. Alappat C, Siu G, Penfold A, McGovern B, McFarland J, Raman S, et al. Role of Canadian Physical Therapists in Global Health Initiatives: SWOT Analysis Physiotherapy Canada. 2007;59(4):272-85.
- 21. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources *BMC Health Services Research*. 2011;11:276-86.
- 22. Alliance N. The Global Epidemic 2013 [cited 2013 January 25]. Available from: <http://www.ncdalliance.org/globalepidemic>
- 23. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
- 24. Alwan A, MacLean DR. A review of non-communicable disease in low- and middle-income countries. *International Health*. 2009;1:3-9.
- 25. Aspray TJ, Mugusi F, Rashid S, Whiting D, Edwards R, Alberti KG, et al. Rural and urban differences in diabetes prevalence in Tanzania: the role of obesity, physical inactivity and urban living. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2000;94(6):637-44.
- 26. Dans A, Ng N, Varghese C, Tai ES, Firestone R, Bonita R. The rise of chronic non-communicable diseases in southeast Asia: time for action. *The Lancet*. 2011;377(9766):680-9.
- 27. WHO. World Health Statistics 2012. Geneva: World Health Organisation; 2012.
- 28. WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organisation; 2009.
- 29. Dean E. Physical therapy in the 21st century (Part II): Evidence-based practice within the context of evidence-informed practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009;25(5-6):354-68.
- 30. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-.
- 31. Wickford J, Hultberg J, Rosberg S. Physiotherapy in Afghanistan – needs and challenges for development. *Disability and Rehabilitation*. 2008;30(4):305-13. PubMed PMID: 17852310. eng.
- 32. Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2007;8:105.
- 33. Herbert RD, Maher CG, Moseley AM, Sherrington C. Effective physiotherapy. *BMJ*. 2001;323(7316):788-90.
- 34. Middelkoop M, Rubinstein S, Kuijpers T, Verhagen A, Ostelo R, Koes B, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2011 2011/01/01;20(1):19-39. English.
- 35. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*. 2012;98(2):131-7.
- 36. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011;97(2):107-14.
- 37. WHO. Global health and aging: World Health Organisation; 2011 [cited 2012 December 1]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).
- 38. Frändin K. Äldres hälsa – ett sjukgymnastiskt perspektiv [Health of the elderly – the physiotherapy perspective]. Lund: Studentlitteratur; 2012.
- 39. Blanc-Bisson C, Dechamps A, Gouspillou G, Dehail P, Bourdel-Marchasson I. A randomized controlled trial on early physiotherapy intervention versus usual care in acute care unit for elderly: Potential benefits in light of dietary intakes. *J Nutr Health Aging*. 2008 2008/07/01;12(6):395-9.
- 40. Cader SA, de Vale RGS, Castro JC, Bacelar SC, Biehl C, Gomes MCV, et al. Inspiratory muscle training improves maximal inspiratory pressure and may assist weaning in older intubated patients: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*. 2010;56(3):171-7.
- 41. Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Randomized controlled trial of home rehabilitation for patients with ischemic stroke: impact upon disability and elderly depression. *Psychogeriatrics*. 2012;12(3):193-9.
- 42. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JCT. Effective Exercise for the Prevention of Falls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(12):2234-43.
- 43. Lexell J, Frändin K, Helbostan JL. Elderly. Physical activity in the prevention and treatment of disease. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2010. p. 200-8.
- 44. UN. The Millennium Development Goals. New York: United Nations, 2010.
- 45. McCafferty MP C, Tonge B, Bercow MP J, Gidley MP S, Rea L, Patel L, et al. Better off dead? A report on maternal morbidity. London: UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health, 2009.
- 46. Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunskar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2007;109(4):922-8.
- 47. Mørkved S, Bø K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *International Urogynecology Journal*. 1999 1999/11/01;10(6):394-8. English.
- 48. Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000;107(8):1022-8.
- 49. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*. 2004;15(2):76-84.
- 50. Boyle R, Hay-Smith E, Cody J, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 (10):1-77.
- 51. WHO. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. . Geneva: World Health Organisation; 2006.
- 52. Brook G, Tessema A. Obstetric fistula: the use of urethral plugs for the management of persistent urinary incontinence following successful repair. *International Urogynecology Journal*. 2012 2012/07/01;1-6. English.
- 53. IOPTWH. Position statement: female genital mutilation: International Organization of Physical Therapists in Women's Health; [cited 2013 January 26]. Available from: [http://www.ioptwh.org/pdfs/position-statements/IOPTWH\\_Female\\_Genital\\_Mutilation.pdf](http://www.ioptwh.org/pdfs/position-statements/IOPTWH_Female_Genital_Mutilation.pdf).
- 54. UNICEF, WHO, WB, UNPD. Levels and trends in child mortality. Report 2011. New York: UNICEF; 2011.
- 55. Ponseti I. Clubfoot management. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 2000;20(6):699-700.
- 56. Morcuende JA, Weinstein SL. Developmental dysplasia of the hip: natural history, results of treatment, and controversies. In: Bourne R, editor. *Controversies in Hip Surgery*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 1-19.
- 57. Damiano DL. Activity, Activity, Activity: Rethinking Our Physical Therapy Approach to Cerebral Palsy. *Physical Therapy*. 2006 November 2006;86(11):1534-40.
- 58. Schoenmakers MA, Uiterwaal CS, Gulmans VA, Gooskens RH, Helden PJ. Determinants of functional independence and quality of life in children with spina bifida. *Clinical Rehabilitation*. 2005 June 1, 2005;19(6):677-85.



## REFERENSER

- 59. Bevan WP, Hall JG, Bamshad M, Staheli LT, Jaffe KM, Song K. Arthrogryposis Multiplex Congenita (Amyoplasia): an orthopaedic perspective. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 2007;27(5):594-600.
- 60. WHO. Disability and health: World Health Organisation; 2012 [cited 2012 December 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>.
- 61. WHO, WB. World report on disability. Malta: World Health Organisation; 2011.
- 62. Narayan D, Chambers R, Kaul Shah M, Petesch P. *Voices of the poor: crying out for change*. New York: Published for the World Bank, Oxford University Press; 2000.
- 63. Wickford J. Considerations for enhanced community based physiotherapy services in Afghanistan. In: Trani JF, editor. *Development efforts in Afghanistan: is there a will and a way? The case of disability and vulnerability*. Paris: L'Harmattan; 2011.
- 64. Sæbønes A-M. Chair's summary. *Disability in Emergencies and Conflicts - reaching the most vulnerable*; Oslo, Norway 2011.
- 65. Landry MD, Dyck T, Raman S. Poverty, disability and human development: a global challenge for physiotherapy in the 21st Century. *Physiotherapy*. 2007;93(4):233-4.
- 66. UNAIDS. *World AIDS Day Report 2012*. Geneva: UNAIDS; 2012.
- 67. WHO. *Global Tuberculosis Report*. Geneva: World Health Organisation; 2012.
- 68. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *American Family Physician*. 2005;72(9):1761-8.
- 69. Nixon SA, Hanass-Hancock J, Whiteside A, Barnett T. The increasing chronicity of HIV in sub-Saharan Africa: Re-thinking "HIV as a long-wave event" in the era of widespread access to ART. *Globalization and Health*. 2011;7:41-5.
- 70. Nixon S, Forman L, Hanass-Hancock J, Mac-Seing M, Munyanukato N, Myezwa H, et al. Rehabilitation: A crucial component in the future of HIV care and support. *South African Journal of HIV Medicine*. 2011;12(2):12-7.
- 71. O'Brien KK, Nixon SA. Evidence-based management of an individual living with HIV. *Physiotherapy Canada*. 2010;62(3):202-5.
- 72. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
- 73. WHO. *Mental health atlas 2011*. Geneva: World Health Organisation; 2011.
- 74. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370:878-89.
- 75. IASC. *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2007.
- 76. Agger I, Jareg E, Hertzberg A, Mimica J, Rebien CC. Evaluation of Norwegian Support to Psycho-Social Projects in Bosnia-Herzegovina and the Caucasus Oslo: Ministry of Foreign Affairs, 1999 Contract No.: Evaluation report 3.99.
- 77. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2005;56(3):324-31.
- 78. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2013;n/a-n/a.
- 79. Donaghy ME. Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction? *Advances in Physiotherapy*. 2007;9(2):76-88.
- 80. Norris M, Allotey P. Culture and physiotherapy. *Diversity in health and social care*. 2008;5:151-9.
- 81. Wickford J, Edwards I, Rosberg S. A transformative perspective on learning and professional development of Afghan physiotherapists. *Physiotherapy Theory & Practice*. 2012;28(4):269-82.
- 82. Edwards I, Wickford J, Ahmed Adel A, Thoren J. Living a moral professional life amidst uncertainty: Ethics for an Afghan physical therapy curriculum. *Advances in Physiotherapy*. 2011;13(1):26-33.
- 83. Wickford J, Rosberg S. From idealistic helper to enterprising learner: critical reflections on personal development through experiences from Afghanistan. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2012;28(4):283-91.