INTRORÖST: Hej! Du lyssnar på EBA-podden, en podcast om bistånd.

NÖ: Jag heter Númi Östlund och den här podcasten ges ut av expertgruppen för biståndsanalys, EBA. Under 1980-talet spred sig skräcken över dåtidens pest, HIV, runtom i världen. Idag, 40 år senare är HIV däremot med rätt behandling, en kronisk sjukdom som man kan leva med utan risk för smittspridning. Under hela den här perioden har arbetet mot HIV varit en stor och viktig del av det svenska biståndet. Under senare år har vi haft ytterligare en global hälsokris, covid-pandemin, som har haft mycket stora både direkta och indirekta konsekvenser för enskilda människor runt om i världen, inte minst i utvecklingsländer. Bland annat ökade fattigdomen drastiskt under pandemin. Covids konsekvenser kommer vara en viktig utgångspunkt för det svenska biståndet under lång tid framöver, och samtidigt finns det hela tiden risken för nya epidemier och pandemier som riskerar människors hälsa och välstånd världen över. Idag kära lyssnare, ska vi prata om pandemier och epidemier och biståndets roll. Fokus kommer ligga på vilka lärdomar vi kan dra, både från det långa HIV-biståndet och den senaste covid-pandemin. Med mig i studien idag har jag två experter på folkhälsa och bistånd. Först, min relativt nya kollega på EBA:s kansli, välkommen Malin Ahrne.

MA: Tack.

NÖ: Du är alltså utredningssekreterare hos oss på EBA, men har en lång bakgrund inom hälsa och bistånd, eller hur?

MA: Ja, det stämmer. Jag har jobbat med global hälsa och med hälsa i ett svenskt perspektiv i många år.

NÖ: Välkommen.

MA: Tack.

NÖ: Och vid din sida vår andra gäst, välkommen Anders Tegnell.

AT: Tack.

NÖ: Jag tror inte det finns någon av våra lyssnare som inte vet vem du är efter din roll som statsepidemiolog under covid-pandemin, men det många kanske inte vet är att du också har jobbat med smittskyddsfrågor internationellt, bland annat på världshälsoorganisationen WHO. Det är också lite såna frågor du jobbar med i dag?

AT: Ja, det är ganska mycket såna frågor jag jobbar med i dag faktiskt. Jag numera senior rådgivare på generaldirektörens kansli och min uppgift är framför allt att samordna och hålla ihop våra olika internationella projekt som vi har allt fler av faktiskt.

NÖ: Just det, och jag menar det är väl också så att epidemier och pandemier, framför allt pandemi är ju per definition internationella frågor så att säga.

AT: Absolut. De känner inga gränser.

NÖ: De känner inga gränser. Alright, och det är ju precis dagens ämne. Vi ska ta avstamp i en ny rapport som EBA nyligen publicerat, det är en rapport som sammanfattar 40 års svenskt bistånd riktat mot HIV-pandemin eller HIV-epidemin. Malin, du har jobbat med den här rapporten, vad kan vi lära oss ur den?

MA: Ja, det är en rapport då som är skriven av ett författarteam från Nederländerna. Den heter *The swedish aid response to the HIV-epidemic, an overview*, och det är just en deskriptiv rapport över 40 års svenskt HIV-bistånd, så att det blir ju en sammanfattning. 40 år ju en lång tid.

NÖ: Just det, och visst är det så att HIV, som jag var inne på lite i introt, det har ju gått från sett som pesten eller något okänt till att vara en kronisk sjukdom om man får behandling. Hur har det liksom utvecklats under de här 40 åren?

MA: Ja, den stora förändringen över tid har ju varit att från början fanns det ingen behandling och HIV var i princip en dödsdom. Biståndet handlade mycket om prevention och i princip palliativ vård, och sen tack och lov så kom ju behandlingen mot HIV och det var ju den stora förändringen att man gick över till att försöka se till så att alla i låginkomstländer och medelinkomstländer fick tillgång till behandling.

NÖ: Så biståndet idag handlar väldigt mycket om att finansiera behandlingar?

MA: Ja, och se till att man har hälsosystem som fungerar så att de här olika kedjorna som krävs fungerar och att alla grupper i samhället har tillgång till vård.

NÖ: Just det, och om man ser på den här rapporten, det har ju varit då 40 år av HIV, och HIV finns fortfarande kvar, och vi kommer komma in på det också att bara för att det är så att det går att behandla innebär ju inte att det inte är ett problem. Men vad kan man säga om det svenska biståndet under den här perioden? Vilka lärdomar lyfter rapporten fram på det området?

MA: De delar som man lyfter fram i rapporten handlar väl om det som vi vet generellt, att Sverige är kända för att vara ett land med liberal syn på sex och samlevnad, vara en stark försvarare av mänskliga rättigheter, kvinnors rättigheter, minoriteters rättigheter. Så det är något som genomsyrar HIV-responsen. Sen att Sverige också haft en bred systemansats och försökt under lång tid att sträva efter att jobba med att man ska stärka hela hälsosystem.

NÖ: Och vad betyder det för oss som inte insatta i hälsofrågor, just hälsosystemen kontra andra typer av insatser?

MA: Ja, jag tror att vi kommer in på det, att Anders kommer in på det också, men det handlar ju om att man kan inte jobba i stuprör med en sjukdom i taget. Och det är ju dels något man har strävat efter men det är också en lärdom där man har kommit till många insikter under arbetet med just HIV, där man har sett att man måste ha en fungerande primärvård som kan hantera inte bara HIV, utan alla typer av sjukdomar.

NÖ: Just det, att man inte bygger upp en vårdapparat för en specifik sjukdom, utan att när en epidemi eller pandemi händer att man har ett hälsosystem som kan ta hand om det också helt enkelt.

MA: Ja, precis och alltså HIV är ju en sjukdom som ger en rad olika symptom också, så att det ger ju ett liksom spektrum av olika typer av problem. Och en annan del i rapporten som lyfts fram är att Sverige är ju ett relativt litet land, men ändå har lyckats få ganska stort genomslag på den globala arenan.

NÖ: Just det, och hur har vi lyckats få det? Vad säger rapporten om det? Det här inflytandet?

MA: Mycket handlar det om att vi har haft mycket kunniga experter som också har fått ta den rollen att vara starka företrädare för den svenska hållningen och har haft inflytande på grund av sina kunnande, sin expertis och sina nätverk.

NÖ: Och jag vet när vi pratade innan den här podden så nämnde du en intressant sak på tal om just svenska experter att liksom arbetet med HIV under de här 40 åren har liksom format en hel generation av svenska läkare och annan vårdpersonal, för att man har jobbat med dem här och man har varit ut. Och då tänker jag liksom att det blir naturligt att jag vänder mig till dig Anders, känner du igen dig i en sån beskrivning? Är det något som har format dig i liksom din karriär, arbetet med HIV?

AT: Ja, delvis kan man väl säga. Jag gick ju min infektionskurs under medicin när man liksom man hittade viruset och precis i den eran, så hela min läkarkarriär har ju följt där. Jag har inte varit speciellt inblandad i biståndsbiten runt detta, men som infektionsläkare så har ju det här varit, ja, en av de riktigt stora händelserna och givetvis påverkat många. Även om jag inte tror att läkarbiten har varit så jättestor i det svenska biståndet egentligen, utan det har ju varit väldigt mycket de här breda frågorna och väldigt mycket stöd till olika samhällsstrukturer och sånt.

NÖ: Och jag vet att du, jag menar på tal om det här med stuprör eller olika sjukdomar. Du har ju också arbetat med andra epidemier både i Sverige och internationellt. Ser du några liksom likheter där mellan dem?

AT: Jo, men det finns ju klara likheter. Så när det kommer nya hot på det här viset, då finns ju en väldigt stark tendens att då ska vi hantera det hotet, och då slänger man ju in massor med resurser.

NÖ: Och ser du att liksom lärdomarna från HIV, arbetet med HIV, om vi går tillbaka till den, just hade betydelse för arbetet med till exempel svininfluensan? Alltså, ebola var väl lite mer samtidigt, det var också på 90-talet?

AT: Ja, vi hade ju i Västafrika för inte så länge sen som ju kanske gav oss mer lärdomar om ebola än de utbrott som man hade i Kongo på 90-talet. Ja, hur mycket vi tog med oss av det, det är väl kanske egentligen alldeles för lite kan man ju säga så efteråt. Vi var inte jättebra på att fördela resurser tidigt. Vi var inte bra på att stödja andra länder, styra åt det hållet i de tidigare skedena av pandemin, utan det blir ju lätt när det blir en kris så vänder man sig inåt och det är ju liksom den egna välfärden och sånt som får väldigt stort fokus till att börja med, tills man känner att man har någon slags kontroll och då kan man börja titta utåt igen. Och så har det väl varit i varje av de här kriserna får man ju säga. Det gäller ju även HIV. HIV var ju i första hand, handlade ju väldigt mycket om att ta fram läkemedel som vi kunde använda i de rika länderna för att rädda dem hos oss och det tog ju ett tag innan man liksom kom till den nivån så att man kunde liksom börja trycka ut det här i de fattiga delarna, i de länderna som verkligen var hårdast drabbats. Det tog ju ett tag innan man kom dit.

NÖ: Och den likheten såg vi även under covid-pandemin.

AT: Så var det även under covid. Det liksom togs ju fram vaccin och annat i rasande fart, men liksom de köptes upp väldigt ,väldigt snabbt av de rika och kom ju inte dem fattiga till förrän relativt sent i utvecklingen tyvärr.

NÖ: Hade man liksom formulerat de lärdomar från HIV-pandemin redan att man såg det här den ojämna fördelningen, den här fokusen på det egna som du är inne på, så att man borde ha kunnat tänka sig att vi måste ha en princip för fördelning redan från början?

AT: Nej, det fanns tyvärr inte innan. Däremot så kan man ju tycka att HIV verkligen gav den typen, för jag menar här skapades ju liksom system för att just tillgängliggöra de här medicinerna på ett väldigt bra sätt som har fungerat väldigt bra. Och sen så småningom så skapar man ju också ett liknande system för att fördela vaccin under den här pandemin, men den kom ju in relativt sent. Jag tror att en lärdom är att det här måste man göra innan det händer för att man kan inte sitta där mitt i en brinnande kris och tro att länder då plötsligt kommer att bestämma sig för att: ”Vi ska skicka 25 procent av vårt vaccin innan vi ens har börjat använda det själva till någon annan”, utan jag tror att det där måste man ha landat och kommit överens om innan. Sen så småningom skapar man ju en struktur för att fördela vaccin som ju i mångt och mycket faktiskt också liknar det man använder på HIV-läkemedelsområdet.

NÖ: Men visst, för jag vet att vi pratade precis här innan så nämnde ni båda att det finns nu en typ av pandemi-agreement och där väl just den här fördelningen av nya läkemedel kommer vara en …

AT: Det förhandlas ju om ett så kallat pandemiförlag.

NÖ: Det förhandlas?

AT: Mm, precis, och den har ju inte landat igen, men tanken är ju att den ska kunna så att säga bli klar till WHO har sitt stora årsmöte i maj, men vi får väl se. Det är inga lätta förhandlingar.

NÖ: Och jag vet Malin, när vi pratade innan så nämnde du ju liksom att i den här rapporten och också erfarenhet från HIV-arbetet att det här med stuprör som du var inne på också, att där har man ju byggt upp hela organisationer just för finansieringen och liksom leveransen av HIV-läkemedel, och sen så nämnde du också med … kontra det här med ett systemperspektiv. Ser du liksom några såna lärdomar att ta vidare?

MA: Ja, men jag tror att Sverige, om man säger inom biståndet, hade lärt sig den läxan, och jag tror att det är väldigt starkt inom svenskt bistånd att man ska ha den här systemansatsen och jobba med att stärka och stödja hälsosystem för att inte man ska jobba i stuprör. Så det är lärandet tror jag har funnits. Men däremot så uppstår det ju lätt nya stuprör, och det är möjligt att vi har lite grann glömt bort att … HIV är ju nu integrerat i den så kallade SRHR-agendan. Det är en del av en sexuellt överförbar sjukdom och vi kanske har glömt bort lite grann att det är en smittsam sjukdom och att den ska också ses som en pandemi. Det är fortfarande 40 miljoner människor som lever med HIV och så. Så det är den här balansen mellan att ha öronmärkta satsningar på prioriterade frågor och samtidigt ha den här breda systemansatsen som man försöker balansera.

NÖ: Precis. Du nämnde innan kostnaden också att ha 40 miljoner människor som lever med de här behandlingarna. Alltså, vilken kostnad det blir för ett hälsosystem, att man försöker bygga upp ett hälsosystem och så har hela tiden de här livslånga kostnaderna för en kronisk sjukdom som tar en stor del av budgeten.

AT: Ja, plus det faktum att många av de här länderna är man ju på väg in i även en ny epidemi, pandemi, alltså med de kroniska sjukdomarna och även den växer, så man måste ju ha system som klarar av att hantera många olika saker samtidigt. Man har inte råd att bygga upp de här ganska dyra silos som man lätt bygger upp och som är ju väldigt effektiva. Det måste man ju också komma ihåg och man kan verkligen förstå att i början när man har ett nytt hot så känns det väldigt så …

NÖ: Man gör en riktad satsning på …

AT: Ja, men problemet är ju att när man går in och skapar såna silos så har man ju oftast ingen plan för hur ska komma ur dem, och det är väl det som är verkligen tror jag både den stora lärdomen och den stora utmaningen att vi har liksom inte råd att skapa fler såna silos, varken i rika eller fattiga länder egentligen.

MA: Det finns ju en parallell till covid där tänker jag att man såg att även med covid så var en riskfaktor kroniska sjukdomar. Så att den här starka uppdelningen har jag tänkt på som på något sätt också HIV lärde oss att jag menar många cancerformer och så som HIV leder till och många andra typer av kroniska symtom, och nu är ju HIV en kronisk sjukdom om man har rätt behandling. Men den uppdelningen kanske också börjar bli förlegad.

AT: Ja, det tror jag verkligen, och vi jobbar rätt mycket med folkhälsomyndigheter i många av de här länderna nu, jag tror verkligen på att man måste i ett systemperspektiv börja se på folkhälsa som en helhet så att säga, man kan inte dela upp det i smittsamt till icke-smittsam, epidemi eller inte epidemi, utan man behöver ha struktur på plats som orkar leverera bra folkhälsa, oberoende av omständigheterna så att säga och vara så flexibla så att man kan ta sig an nytt hot, men integrera det i sin normala verksamhet så snart som möjligt.

NÖ: Så att man kan ta hand om nya hot utan att det övriga hälsosystemet kollapsar?

AT: Ja, precis.

NÖ: Ja. Men jag tänker det här för oss ju osökt över på en framåtblick och regeringen har ju ett nytt inriktningsdokument för det svenska biståndet, en reformagenda. Där läggs ju ganska stor vikt vid hälsa, pandemiberedskap och hälsa för de allra fattigaste. Malin, vad är det egentligen regeringen lyfter fram i det här dokumentet?

MA: Ja, i reformagendan skriver man ju att utifrån lärdomar från covid-19-pandemin och andra hälsohot och kriser, så avser regeringen att investera i starkt beredskap mot hälsohot med fokus på förstärkt smittskydds- och folkhälsoarbete i låg- och medelinkomstländer. Och exakt hur det här ska omsättas och operationaliseras vet vi inte än, men det får vi väl hoppas att det förtydligas i olika andra strategidokument.

NÖ: Men nu har ni ju chansen att komma med lite medskick just för att det inte har förtydligats än, och vi utgår från lite lärdomar från både från HIV-arbetet under 40 år, vi har covid-pandemin liksom relativt nyligen här, vilka medskick, vilka möjligheter och utmaningar ser ni som man borde ta med sig i det här arbetet framöver?

AT: Ne, men det finns väl olika saker som jag kan tänka mig. Jag menar dels det här med att stärka folkhälsan över huvud taget, alltså den breda folkhälsan, hur viktigt det är för att har man en befolkning med en bra folkhälsa i botten så är det mycket lättare att klara nya utmaningar. Den andra biten är ju att vi har egentligen i alla länder, vi har utsatta grupper eller grupper som inte mår så bra med våra folkhälsoinsatser och de drabbas värre när det blir kris. Det var ju väldigt tydligt under covid, också under HIV var det ju väldigt tydligt att det är de fattigaste som är mest utsatta, och det behöver ju de här systemen hantera så man får den här jämlika hälsan som är jätteviktigt. Och sen som sagt var, vi får inte hamna i det nu att vi bygger en silo för beredskap, utan beredskap måste ju vara väldigt tydligt kopplat till alltså dagligt arbete, det rullande arbete som behöver genomföras hela tiden så att vi liksom inte ställer en massa grejer här borta, köper in en massa grejer, respiratorer och massa labbutrustning och sånt i tron att: ”Det där kan vi plocka fram och använda när det händer någonting”, utan vi behöver verkligen tänka på: ”Hur kan vi så att säga organisera och se till att vårt dagliga arbete också har en tydlig koppling så att den kan styras om mot nya hot när de kommer?” Nu är det väldigt stort intresse av att investera väldigt mycket i beredskap och då finns alltid en risk för att man skapar den som en egen silos bredvid.

NÖ: Så att man ska försöka definiera beredskap som ett stärkt hälsosystem i sig helt enkelt?

AT: Ja.

MA: Jag kan bara hålla med. Jag tänker att beredskap i riktigt utsatta kontexter handlar ju om bara ökad kapacitet, att jobba med tillgängliggöra hälso- och sjukvård. Till exempel ett land som vi båda har jobbat med är Somalia, där man upplever kris på kris på kris på kris. Det är olika sjukdomsutbrott, epidemier, klimatkatastrofer och så vidare som avlöser varandra, och då kan man ju verkligen inte jobba med beredskap separat, utan det handlar ju om att öka kapaciteten att leverera hälso- och sjukvård helt enkelt.

NÖ: Jag tycker också som oinsatt att det känns också naturligt för man vet väl inte vilken typ av framtida kris det kommer vara. Det är per definition ett oväntat eller oförutsett, så att köpa in till exempel respiratorer för sakens skull om man inte vet att det blir precis det som behövs låter som en riskabel investering.

AT: Nej, och jag tror HIV är ett väldigt bra exempel på det, för det var en typ av sjukdom som om man hade frågat experter innan: ”Vad kommer bli nästa stora epidemi, pandemi?”, så hade den legat rätt långt ner på listan: ”Ett konstigt retrovirus som spreds sexuellt? Nej, det kan inte bli ett globalt problem”, utan då hade man ju satsat på influensa och de här klassiska tror jag.

NÖ: De klassiska. Så då ska man inte fråga nu om vad tror ni blir nästa, utan helt enkelt inte tänka så utan tänka systemperspektiv?

AT: Ja, det kommer att hända igen, men vad som dyker upp, det vet vi inte. Naturen är jättebra på överraska oss.

NÖ: Men sen som vi var inne på i början här av samtalet, Sverige hade ett stort inflytande, Sverige drev på inom HIV-arbetet, det här systemperspektivet. Ser ni några möjligheter? Sverige är ett litet land, finns det möjlighet att ha samma positiva inverkan framöver och vad kan man ta med sig då?

AT: Jo, men det tror jag verkligen. Vi är ju, om jag får säga så, rätt bra på systemperspektiv i Sverige. Det svenska samhället bygger ju väldigt mycket på det, så jag tror verkligen att vi har erfarenheter vi kan ta med oss och använda i att stötta andra länder och gå mot det hållet, det tror jag verkligen. Och jag som sagt är helt övertygad om att det måste vara den vägen framåt, för det här, det går liksom inte att fortsätta på det sätt som det har varit i många länder och som nu, jag tycker en väldigt bra utveckling är att många av de här länderna ser det problemet själva också. De inser i många av de här fattiga länderna att: ”Nej, vi kan inte fortsätta så här, vi kan inte ha ny donator som kommer och säger att vi ska skapa en ny silo, utan vi behöver själva få definiera våra problem, hur vi ska kunna lösa dem.” Och sen får liksom rika länder hjälpa till, men ägandeskapet av problemen och lösningarna måste ju finnas hos de som jobbar på plats.

MA: Jag tycker att ett medskick där är väl att vi behöver fortsätta skapa möjligheter för svenska experter och yngre förmågor som är intresserade av global hälsa att bli exponerade för att jobba internationellt, och att det finns otroligt mycket som vi kan lära oss i Sverige. Vi skulle inte kunna ha hanterat HIV så bra på hemmaplan om vi inte hade haft personer som hade haft globala erfarenheter och samma sak med många andra hälsohot, där tror jag vi kan lära oss otroligt mycket själva.

NÖ: Ja, det var ju en diskussion om det nu under det senaste svininfluensa utbrottet här i Småland var det väl? Eller? Någonting sånt där. Just med att den svenska kunskapen byggdes på …

AT: Ja, du menar svinpesten?

NÖ: Svinpesten, precis.

AT: Ja, precis. Nej, och det är ju sant, för det liksom tittar jag på kanske inte så mycket i Sverige för jag tror vi har tappat lite igen där redan tyvärr, men tittar jag på mina kollegor som jobbar på liknande myndigheter över hela Europa så är ju nästan undantagslöst så har man en erfarenhet av att jobba globalt och jobbat i fattiga länder och fått med sig de erfarenheterna som är jätteviktiga att ha. Så jag tror verkligen på att vi behöver få en större sån grupp även i Sverige som vi nog har tappat lite grann på senare år tror jag.

NÖ: Men det för oss ju tillbaka till den här slutsatsen i inledningen som Malin som du nämnde att det är många som har liksom formats av arbetet under de här 40 åren av HIV-bistånd. Förut fanns det också ett program för global hälsa. Vi skickade ut läkarstudenter, visst var det så? Finns det fortfarande kvar? Har ni koll på det?

AT: Ja, det är väl tillfälligt bromsat, men som jag förstår på Sida så tänker man starta upp det igen, men vi får väl se.

NÖ: Ja, för det låter ju på er som någonting som vi borde satsa på för att få de här kunskaperna och ha dem även i Sverige. Malin, du som kan de här ämnena, vad har vi inte tagit upp?

MA: Vad behöver ett låginkomstland i form av pandemiberedskap? Vad är det för komponenter som förutom kapacitet i hälso- och sjukvården, det finns ju ändå några centrala delar, till exempel det här med data.

AT: Jo, precis. Det är ju ett problem om man tror att pandemin och sånt kan lösas av en stark sjukvård, för så enkelt är det ju inte, utan det är ju ett samhällsproblem. Så att man behöver ju väldigt mycket av de här kopplingarna mellan hälso- och sjukvården och det civila samhället runt omkring så att man på olika sätt kan faktiskt hantera en sån här på ett bra sätt. Och i det ingår ju att man behöver ha bra dataströmmar så att man kan styra sina insatser på ett bra sätt och det visade väl på pandemin att många länder har inte det, vilket gör att man har en tendens att inte riktigt kunna styra sina insatser på ett så bra sätt som möjligt så både det. Och sen måste man ju också ha kapacitet, kunskap och erfarenhet av att faktiskt analysera den här datan och förstå vad den står för och inte minst veta hur förmedlar man den kunskapen till den politiska nivån som ska ta besluten. Det finns ju liksom en hel kedja i det där som man behöver jobba med i de här länderna och det är ju en del av det här vi har pratat om, systemperspektivet.

NÖ: Men det är aktörer som ligger också i utkanten av hälsosystemet, statistikmyndigheter, just folkhälsomyndigheter och liknande.

AT: Läkemedelsmyndigheter liksom, ja, hela biten runtom, och även de här myndigheterna för civilberedskap och liknande som heter lite olika i olika länder så att man verkligen tänker på det här som ett samhällsproblem så att säga som ju man så småningom hittade fram till inom HIV-området, men det var ju inte givet från början utan det var ju ganska smalt.

NÖ: Och det var ju inte heller givet att man tog med sig det till covid-pandemin.

AT: Nej, det tog ett tag även där att förstå att det här handlar inte om att skapa mer intensivvårdsplatser. Det behövs det också, men det är väldigt mycket annat som också måste komma på plats.

NÖ: Ja, och vi har ju också haft två podd-samtal tidigare där vi pratat om covid-pandemins påverkan i termer av fattigdomsökningen, och det var ju verkligen just det här samhällsperspektivet att det handlar inte bara om intensivvårdsplatser bara. Det är en utmaning i sig förstås, men just att se de här sjukdomarnas samhällseffekter utöver de som bara, ”bara”, återigen inom citationstecken, drabbas av hälsoaspekterna.

AT: Nej, och inte minst de som drabbas av de åtgärder man vidtar. Jag kommer tillbaka till mitt älsklingsämne med skolstängningar som vi har haft enormt mycket negativa effekter i många länder.

NÖ: Ja, ni hör kära lyssnare, det finns rejäla utmaningar, men också lärdomar att bygga på framöver och med det får jag tacka er för det här samtalet. Tack Anders Tegnell, senior rådgivare på Folkhälsomyndigheten och tack Malin Ahrne, utredningssekreterare på EBA. På EBA:s hemsida hittar ni rapporten om svenskt bistånd till eller mot HIV-pandemin under 40 år. Där finns också en rapport om det svenska biståndet under covid-pandemin. Bistånd under covid-pandemin som sagt pratar vi om i två tidigare poddar som ni också hittar på vår hemsida liksom mycket annat om bistånd och hälsa. Jag heter Númi Östlund och tack för att ni har lyssnat på EBA-podden.