



09
2024

**EN ANTOLOGI OM TRENDER OCH OLIKA
PERSPEKTIV PÅ GLOBAL HÄLSA**

Redaktörer: Malin Ahrne och Jesper Sundewall

En antologi om trender och olika perspektiv på global hälsa

Malin Ahrne och Jesper Sundewall

Redaktörer

Rapport 2024:09

till

Expertgruppen för biståndsanalys (EBA)

Tack

Tack till Birger Forsberg, Lars Hagander, Helena Nordenstedt, Sarah Thomsen och Karin Westerberg som suttit i referensgruppen för denna antologi och som bidragit frikostigt med sin sakkunskap och expertis.

Författarna ansvarar själva för sina slutsatser och rekommendationer. Referensgruppen och EBA delar inte nödvändigtvis de slutsatser som dras och de rekommendationer som ges.

Vänligen referera till denna rapport som: Malin Ahrne och Jesper Sundewall (red.) (2024), *En antologi om trender och olika perspektiv på global hälsa*, EBA Rapport 2024:09, Expertgruppen för biståndsanalys (EBA), Sverige

Denna rapport kan nedladdas gratis på: www.eba.se

Rättigheterna för detta arbete följer Creative Commons Attribution 4.0 International License. Licensen kan läsas här: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ISBN 978-91-988281-1-5 (webbpublikation), 978-91-988281-0-8 (tryckt publikation)

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2024

Omslagets design av Julia Demchenko

Skribenter som medverkar

Seye Abimbola

Malin Ahrne

Tobias Alfvén

Louise Bengtsson

Sarah Bolongaita

Johan Carlson

Kerstin Carlsson

Angela Chang

Muna Elmi

Ayodamope Fawole

Dean Jamison

Johnblack Kabukye

Omar Karlsson

Wenhui Mao

Maria Nilsson

Anders Nordström

Ole Norheim

Fawziya Abikar Nur

Osondu Ogbuoji

Soorej Puthooppambal

Hannah von Reding

Anna Riby

Johan von Schreeb

Marco Schäferhoff

Edna Soomre

Stefan Swartling Peterson

Lotta Sylwander

Jesper Sundewall

Anders Tegnell

Nina Viberg

David Watkins

Gavin Yamey

Armand Zimmerman

Sara Österlund

Innehållsförteckning

EBA:s förord	1
Sammanfattning	2
Summary	5
1 En antologi som tar ett samlat grepp om global hälsa och svenskt hälsobistånd	8
Malin Ahrne och Jesper Sundewall	
2 Hälsoutvecklingen i världen – trender, framsteg och utmaningar	25
Anders Nordström	
3 En färdplan för att halvera antalet förtida dödsfall till 2050: Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 3.0	59
Gavin Yamey, Sarah Bolongaita, Angela Chang, Ayodamope Fawole, Dean Jamison, Omar Karlsson, Wenhui Mao, Ole Norheim, Osondu Ogbuoji, Marco Schäferhoff, David Watkins, Jesper Sundewall och Armand Zimmerman	
4 Århundradets hälsohot – klimatförändringarnas effekter på vår hälsa	92
Maria Nilsson	
5 Pandemier och andra hälsohot	116
Anders Tegnell, Johan Carlson och Nina Viberg	
6 Hälsoinsatser vid katastrofer: globala trender, utmaningar, möjligheter	143
Hannah von Reding och Johan von Schreeb	

7 Sex är politik	170
Sara Österlund	
8 EU:s förändrade roll inom global hälsa – nya geopolitiska perspektiv i en postpandemisk era	194
Louise Bengtsson	
9 Forskning och innovation för framtida generationers hälsa – globala hälsoproblem kräver global forskning	215
Tobias Alfvén och Stefan Swartling Peterson	
10 Transition med utmaningar: hälso- och sjukvårdssektorn i Ukraina	243
Lotta Sylwander	
11 Att göra länkarna inom ett system starkare	268
Seye Abimbola	
12 Svenskt hälsobistånd: behövs en omstart?	288
Jesper Sundewall	
13 Att bygga upp ett hälsosystem – erfarenheter från Somalia	308
Fawziya Abikar Nur	
14 Handel, bistånd och global hälsa – bidrar svenska företag?	337
Anna Riby	
15 Hälsobistånd och migrationsbistånd – synergier eller målkonflikter?	363
Malin Ahrne och Soorej Puthooppambal	

16 Digitalisering och global hälsa 388

Johnblack Kabukye, Edna Soomre och Muna Elmi

17 Internationella samarbeten med svenska myndigheter efterfrågas - Socialstyrelsens erfarenheter 407

Kerstin Carlsson

Skribenter..... 425

Tidigare EBA-rapporter 434

EBA:s förord

Hälsa är viktigt för människor och för länder. Inte minst påminde covid-19 om vilka ödesdigra konsekvenser en pandemi kan få – för liv och hälsa, men också för global ekonomisk utveckling. Pandemin har lett till att vi inte kommer att nå målen för Agenda 2030 och att flera decenniers framsteg när det gäller global hälsa hotas, men den innebar även ett ökat intresse för hälsofrågor.

År 2014 publicerade EBA en rapport om trender inom global hälsa: ”Sweden’s Development Assistance for Health – Policy Options to Support the Global Health 2035 Goals” (Yamey et.al., 2014). Ordförande för rapportens referensgrupp var professor Hans Rosling. Sedan dess har det skett många omvälvande förändringar på hälsoområdet utöver pandemin, även till det bättre. Men flyktingkrisen i Europa 2015–2016, Rysslands fullskaliga invasion av Ukraina 2022 och andra händelser har påverkat svenskt bistånd och global hälsa, och vår värld är full av kontraster. Samtidigt som vi går in i en era av digitalisering, e-hälsa, AI och vaccinelveranser med hjälp av drönare saknar minst 700 miljoner människor tillgång till något så grundläggande för hälsa som rent vatten, och 1,5 miljarder saknar tillgång till god sanitet. Därför är det på många sätt lämpligt att EBA nu kommer med en ny analys av utmaningarna och möjligheterna inom global hälsa, 10 år efter den förra rapporten.

Arbetet med antologin har genomförts med stöd av en referensgrupp under ledning av professor Andreas Wladis, ledamot av EBA. Ansvaret för innehållet i antologin ligger helt hos författarna.

Stockholm, november 2024

Torbjörn Becker,
ordförande i EBA

Andreas Wladis,
referensgruppsordförande

Sammanfattning

Investeringar i global hälsa ger vinster för Sverige, för världen och för framtiden

Att investera i människors hälsa bör vara en prioritet för svenskt bistånd. Samtidigt är det även ett stort forskningsfält och en viktig marknad för Sverige och svenska företag. Det innebär att hälsa är ett område med många skärningspunkter och tydliga synergieffekter mellan politikområden, till exempel mellan bistånd, handel, migration, klimat samt forskning och innovation.

Hur vi arbetar med hälsa globalt kan också ha direkta effekter på människors hälsa i Sverige och kan påverka bilden av Sverige. Global hälsa är ett område där Sverige har ett gott ”track record” och där Sverige sedan tidigare har gjort stora investeringar i form av finansiella resurser men också i form av påverkansarbete, globalt ledarskap och framgångsrik forskning. Resultatet av dessa investeringar behöver vi tydliggöra och dra nytta av, vilket kräver långsiktighet och innovation i satsningarna.

Global hälsa är ett område i ständig utveckling där det har hänt väldigt mycket de senaste 10, 20 eller 50 åren, beroende på var man börjar. För att kunna utforma framtidens bistånd så effektivt som möjligt behövs en gemensam bild av vad vi vet idag om vad som hotar och vad som gagnar den globala hälsan. Till exempel förändras sjukdomsburden. Medellivslängden har ökat, barnadödligheten har minskat och infektionssjukdomar är inte längre den vanligaste dödsorsaken globalt sett. Samtidigt finns det länder där barnadödligheten och mödradödligheten är fortsatt hög, och miljontals människor saknar fortfarande tillgång till rent vatten och sanitet. Behovet av humanitärt stöd vid olika kriser är fortsatt mycket stort.

Den här antologin tar upp några av de viktigaste trenderna inom global hälsa, och låter många olika röster få komma till tals, och frågan utifrån dessa trendspaningar är: Hur ska vi använda det svenska biståndet på bästa sätt, för att uppnå maximala och katalytiska effekter inom global hälsa? Följande är några av de viktigaste slutsatserna vi drar av de samlade bidragen till denna antologi:

- Sjukdomspanoramat förändras – icke smittsamma sjukdomar och psykisk ohälsa spelar en allt viktigare roll, i såväl låg- som höginkomstländer. Länders hälsosystem behöver kunna hantera dessa förändringar.
- Global hälsa handlar om minskad ojämlikhet i hälsa och i hälsans bestämningsfaktorer – mellan och inom länder.
- Nya och gamla hälsohot måste beaktas i högre grad. Det omfattar klimatets påverkan på hälsa, pandemier, antimikrobiell resistens och olika typer av hälsokatastrofer orsakade av både klimatförändringar och krig.
- Den enskilt viktigaste insatsen för bättre global hälsa är att låg- och medelinkomstländer ökar sina nationella hälsobudgetar. Det bilaterala hälsobiståndet bör koncentreras till de låginkomstländer som har störst behov. Satsningar på globala nyttigheter kan vara ett bra komplement och kan ge bra utdelning, inte minst för medelinkomstländer.
- Svenska företag, myndigheter och universitet spelar en viktig roll för global hälsa och det bilaterala hälsobiståndet – och har mycket att lära som kan vara till nytta för Sverige. För samverkan och synergier mellan svenska aktörer krävs fortsatta bilaterala satsningar på hälsa inom det svenska biståndet.

- Inom Sveriges multilaterala samarbeten på hälsoområdet (inklusive EU) bör Sverige inta en ledande och framträdande position, som vi gjort inom områden som sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt antimikrobiell resistens (AMR). För det behövs ett fortsatt starkt stöd för det multilaterala hälso-samarbetet och satsningar på att få in fler svenska experter i det internationella samarbetet.
- Sverige kan vara en stark röst för att hälsa är en mänsklig rättighet. Det handlar till exempel om att stå upp för rätten till hälso- och sjukvård för migranter och om att förhindra attacker mot hälso- och sjukvården i krig och konflikter.

Regeringen har aviserat att det svenska biståndets totala volym kommer att minska, för att 2027 uppgå till ungefär 0,7 procent av bruttonationalinkomsten. Det är sannolikt att dessa minskningar även kommer att påverka volymen på det svenska hälsobiståndet. Global hälsa är dock en större fråga än svenskt hälsobistånd. Antologin visar hur allt fler globala hälsofrågor sträcker sig bortom det som hälsobiståndet historiskt fokuserat på. Såväl klimatförändringar som AMR är tydliga exempel på utmaningar som berör Sveriges internationella arbete i stort – inte bara biståndet. Med anledning av både de utmaningar som världen står inför – och de möjligheter som finns – pekar bidragen i den här antologin på att svenskt hälsobistånd ska öka snarare än minska, och att det med fördel bör kompletteras med andra svenska investeringar i global hälsa, utöver biståndet.

Vår förhoppning är att denna antologi kan bidra till större samförstånd kring framtidens globala hälsoutmaningar samt skapa förutsättningar för synergier och mer samverkan mellan parter. Att investera i människors hälsa är att satsa på vår gemensamma framtid – varje insats idag bidrar till ett mer rättvist och hållbart globalt samhälle i morgon.

Malin Ahrne och Jesper Sundewall
Redaktörer

Summary

Investing in global health is beneficial for Sweden, for the world and for the future

Investing in people's health should be a priority for Swedish aid. At the same time, it is also a major research field and an important market for Sweden and for the Swedish private sector. This means that health is an area with many intersections and clear synergies between policy areas, for example between aid, trade, migration, climate and research and innovation.

How we work with health globally can also have direct impact on the health of the population of Sweden and can affect the image of Sweden. Global health is an area where Sweden has a good track record and where Sweden has already made major investments in the form of financial resources, but also in the form of advocacy, global leadership and research. We need to highlight the results of these investments and capitalise on them, which requires a long-term and innovative approach in the collaboration with partners.

Global health is a constantly evolving field where a lot has happened in the last 10, 20 or 50 years, depending on where you begin. In order to design future aid as effectively as possible, we need a common understanding of what we know today about what threatens global health, and what the possibilities are. For example, the burden of disease is changing. Life expectancy has increased, child mortality has declined, and infectious diseases are no longer the leading cause of death globally. At the same time, there are countries where child and maternal mortality rates remain unacceptably high, and millions of people still lack access to clean water and sanitation. The need for humanitarian support in various crises remains very high.

So how should we make the best use of Swedish aid to maximise and catalyse its impact on global health? Some of the key conclusions we draw from the collective contributions to this anthology are:

- The disease panorama is changing – non-communicable diseases and mental health are playing an increasingly important role. Health systems need to be ready to tackle this.
- Global health is about reducing health inequalities and inequalities in social health determinants – between and within countries.
- New and old health threats need to be better addressed. These include the impact of climate change on health, pandemics, antimicrobial resistance and various types of health disasters – caused by both climate change and war.
- The single most important action to improve global health is that low- and middle-income countries increase their national health budgets. Bilateral health aid should be focused on low-income countries with the greatest needs. Investments in global public goods can be a valuable complement to bilateral aid, not least for middle-income countries.
- Swedish private sector, government agencies and universities play an important role in global health and bilateral health assistance – and have much to learn that can be of value for Sweden. Collaboration and synergies between Swedish stakeholders require continued bilateral investments in health within Swedish aid.
- Sweden should take a leading role in Sweden’s multilateral cooperation in the field of health, as we have done in areas such as sexual and reproductive health and rights and antimicrobial resistance. This requires continued strong support for multi-lateral health cooperation and efforts to bring more Swedish experts into international cooperation and global health.
- Sweden can be a strong voice in favour of health as a human right. This involves, for example, standing up for the right to health for migrants and preventing attacks on health care in wars and conflicts.

The government has announced that the volume of Swedish aid will decrease to approximately 0.7 per cent of GNI by 2027. Most indications are that these reductions will also affect the volume of Swedish health aid. However, global health is a bigger issue than health aid. This anthology shows how global health issues extend beyond what health aid has historically focused on. Climate change and antimicrobial resistance are clear examples of challenges that affect Sweden's international work in general, not just aid. Considering both the challenges and the opportunities ahead, Swedish health aid should increase rather than decrease and be complemented by non-aid investments in global health.

Our hope is that this anthology can contribute to a greater Swedish consensus on the global health challenges of the future and facilitate synergies and collaboration between partners. Investing in people's health is investing in our common future – every effort today contributes to a more equitable and sustainable global society tomorrow.

Malin Ahrne and Jesper Sundewall
Editors

1 En antologi som tar ett samlat grepp om global hälsa och svenskt hälsobistånd

Malin Ahrne och Jesper Sundewall

För att bidra till att svenskt hälsobistånd ska vara effektivt och relevant också i framtiden, mot bakgrund av de senaste årens omvälvande förändringar inom global hälsa och svenskt bistånd, såg vi i slutet av 2023 ett behov av att reflektera över vilka vägar Sverige ska ta framåt. Ett problem var att det finns så många viktiga, centrala frågor inom global hälsa. Vilka frågor skulle vi välja att fokusera på? Lösningen blev att ta fram en antologi. På så sätt har det varit möjligt att ta ett helhetsgrepp på global hälsa, samtidigt som vi har kunnat få med många olika ämnen och perspektiv.

Fragmentering och vertikala satsningar på specifika sjukdomar är ett välkänt problem såväl inom hälsosektorn som inom biståndet – och det finns en stark önskan att jobba mer horisontellt och sektorsövergripande. Därför är en antologi ett bra format för en analys av Sveriges arbete med global hälsa.

Vårt fokus i antologin ligger genomgående på globala trender och situationen i låg- och medelinkomstländer – men problemen och lösningarna berör även Sverige i allra högsta grad. Vår ambition med den här antologin är att visa bredden inom området global hälsa, samtidigt som vi är ödmjuka inför att varje enskilt område kräver sin speciella sakkunskap. Ingen enskild person skulle kunna skriva så initierat om så olika områden som till exempel klimat, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och digitalisering. Och samtidigt hänger alla delarna ihop och är en del av samma pussel.

Oavsett vilken del man jobbar med, och oberoende av i vilken kapacitet (handel, myndighet, forskning, civilsamhälle osv.), så behövs kunskap och kännedom om helheten.

Trots vår ambition och en i slutändan ganska tjock bok finns det självfallet områden som inte ryms inom ramen för antologin. Någon kanske saknar ett kapitel om barns hälsa, ett kapitel om psykisk hälsa eller ett kapitel om vatten och sanitet. Vår förhoppning är att antologin ändå tillför något för alla genom blandningen av smalare och bredare frågor, och att läsningen blir meningsfull trots de avgränsningar som vi har varit tvungna att göra.

Kort tillbakablick på hälsobiståndet

Under ett sekel har hälsobiståndet utvecklats från smalare, mer specifika sjukdomsbekämpningsprogram och satsningar på exempelvis vaccinationer eller primärvård till att omfatta bredare hälsosystemstärkande program, till att se hälsa som en rättighetsfråga och till att bli en komplex, integrerad del av det globala hälsosystemet.

Världshälsoorganisationen (WHO) grundades 1948, med målet att förbättra den globala hälsan. Bildandet av WHO var en milstolpe i internationellt hälsosamarbete, med initiativ som fokuserade på smittsamma sjukdomar, vaccinationer och hälsoövervakning. Under efterkrigstiden ökade utvecklingsbiståndet, inklusive hälsobiståndet. Marshallplanen och liknande program stödde återuppbyggnaden av Europa, medan WHO och andra internationella organisationer började rikta insatser mot låg- och medelinkomstländer.

Under 1970- och 1980-talen låg fokus på primärhälsovård, i synnerhet efter Alma-Ata-deklarationen 1978 då satsningar på primärvård blev en central strategi för bättre hälsa i låg- och medelinkomstländer. Målet var ”hälsa för alla” senast år 2000.

Under 1980-talet och början av 1990-talet införde Internationella valutafonden och Världsbanken strukturanpassningsprogram som påverkade finansieringen av hälsovården i många låg- och medelinkomstländer. Dessa program kritiserades dock för att de bidrog till minskad investering i offentliga hälsosystem.

I övrigt präglades 1990-talet av hiv/aids-pandemin och en massiv mobilisering av resurser för att bekämpa sjukdomen. Parallellt kom ett ökat fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, med den internationella konferensen om befolkning och utveckling, vilken ägde rum i Kairo 1994, som en viktig milstolpe. Hälsobiståndet började mer explicit inkludera kvinnors hälsa, familjeplanering och mödrahälsovård. Det tidigare ganska ensidiga fokuset på barnbegränsning övergavs, till förmån för ett rättighetsbaserat angreppssätt.

Hälsobiståndet ökade under de första 15 åren av 2000-talet, bland annat som en följd av stora satsningar på hivbehandling. 2000-talet präglades av millenniemålen och specifika, mätbara mål om minskad barnadödlighet, bättre mödrahälsa samt bekämpning av hiv/aids, malaria och andra sjukdomar. Hälsobiståndet blev mer målinriktat och mätbart med ett tydligare fokus på resultat och effektivitet, möjligen delvis på bekostnad av en bredare hälsosystemansats. Samtidigt blev fler aktörer in på scenen, inklusive icke-statliga organisationer, den privata sektorn och filantropiska organisationer som Bill & Melinda Gates Foundation. Det ökade antalet aktörer bidrog till att hälsobiståndet blev svårare att koordinera. Mottagarländer fick ägna stora resurser åt att rapportera till varje enskild biståndsgivare, som i sin tur inte visste vad andra biståndsgivare gjorde. Det fanns stora effektivitetsutmaningar som sedermera ledde fram till formulerandet av Parisdeklarationen för biståndseffektivitet 2005.

År 2008 kom rapporten ”Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” som var en milstolpe när det gäller att tydliggöra betydelsen av människors livsvillkor för ojämlik hälsa (CSDH, 2008). Risken att drabbas av

ohälsa, sjukdom och skador är högre för personer med sämre livsvillkor, och avsaknaden av skyddsnet gör att konsekvenserna av sjukdom, funktionsnedsättning och förtida död drabbar personer med låga inkomster hårdare. Förbättrade livsvillkor inklusive sociala trygghetssystem (till exempel pensioner, barnbidrag och socialförsäkringar för personer som inte kan arbeta på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom) är minst lika viktigt som allmän hälso- och sjukvård för bättre global hälsa.

I takt med de framsteg som gjordes i kampen mot specifika sjukdomar ökade insikten om att starka hälsosystem är avgörande för att upprätthålla och bygga vidare på dessa framsteg. Hälso- och biståndet började fokusera mer på att stärka hälsosystemen som helhet, inklusive hållbar finansiering, personal och infrastruktur.

Tillgång till allmän hälso- och sjukvård för alla – ”universal health coverage” (UHC) – hamnade i fokus under 2010-talet. UHC blev en del av Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen (SDG) som antogs 2015 (WHO, 2024).

År 2003 fick Sverige en ambassadör för hiv/aids och 2010 omvandlades tjänsten till ambassadör för global hälsa. Teamet på Utrikesdepartementet, som arbetat med hälsa under ledning av ambassadören, har under flera år bedrivit ett omfattande arbete med att skapa plattformar där olika aktörer som arbetar med global hälsa i Sverige kan mötas. Man har bland annat stöttat arbetet med olika formella och informella tematiska nätverk, arrangerat återkommande nätverksmöten och delat aktuell information. Det har varit ett mycket värdefullt arbete som har bedrivits som har haft stor betydelse för att samla centrala aktörer inom global hälsa i Sverige. Sverige har även sedan 2022 en ambassadör med fokus på antimikrobiell resistens, vilken är placerad på Socialdepartementet.

Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030

År 2018 gav Socialdepartementet och Utrikesdepartementet gemensamt ut rapporten ”Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030” (Socialdepartementet och Utrikesdepartementet, 2018). Sverige har ingen nationell strategi för arbetet med global hälsa, men rapporten från 2018 är det närmaste en svensk strategi vi har kommit. De resultatområden som tas upp i rapporten är: 1) Skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa, 2) Hälsosystem som är effektiva, hållbara och motståndskraftiga, samt 3) Ökad beredskap och kapacitet att upptäcka och hantera utbrott och andra internationella hälsohot. Även vikten av gemensamma ansträngningar tas upp, där en rad olika aktörer är centrala för att Sveriges bidrag ska bli så framgångsrikt som möjligt, till exempel näringsliv, civilsamhälle, myndigheter och akademi.

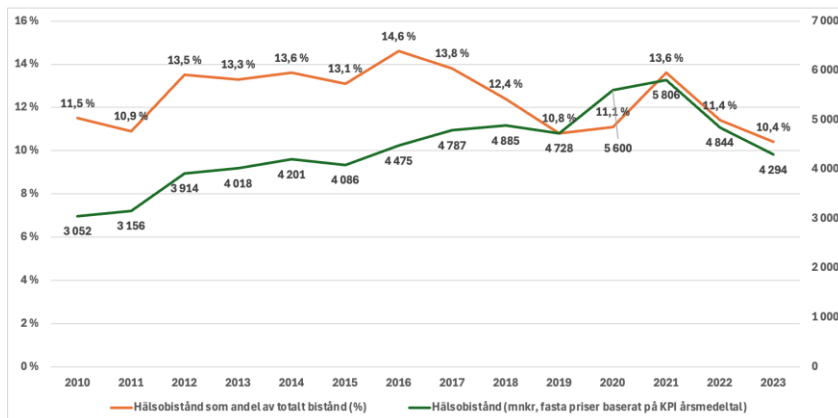
Sveriges hälsobistånd idag

Efter valet 2022 aviserade den nya regeringen att det tidigare enprocentmålet skulle avskaffas. I stället infördes en fast treårig budgettram för biståndet för perioden 2023–2025. För 2024 motsvarar ramen på 56 miljarder ungefär 0,84 procent av bruttonationalinkomsten (BNI).¹

Under åren 2017–2023 har andelen av det totala svenska biståndet som går till hälsa legat mellan 10,4 och 13,6 procent. Figur 1 visar utvecklingen 2010–2023, med en topp under covid-19.

¹ Budgetpropositionen för 2024 – https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/budgetpropositionen-for-2024_hb031/.

Figur 1: Hälsobiståndet 2010–2023



Källa: Siffror från rapporten "Sveriges hälsobistånd" för åren 2013, 2016 samt 2019–2023. Hälsobiståndet i fasta priser är beräknat utifrån årsmedeltalet för konsumentprisindex (hämtat från Statistiska centralbyrån) respektive år.

År 2023 uppgick det svenska hälsobiståndet till 5,7 miljarder kronor, inräknat bistånd till hälsa, SRHR samt vatten och sanitet, och utgjorde 10,4 procent av det totala svenska biståndet, exklusive avräkningar för asylkostnader. Av dessa 5,7 miljarder kronor kanaliserades drygt 3,4 miljarder kronor (61 procent) via Utrikesdepartementet. Resterande medel, drygt 2,2 miljarder kronor (39 procent), kanaliserades via Sidas bilaterala, regionala och globala strategier.² Som framgår av figur 1 har hälsobiståndet i fasta priser (med hänsyn taget till inflation) minskat till ungefär 4,3 miljarder kronor år 2023, vilket är ungefär samma nivå som det var på år 2014.

Sverige har för närvarande (oktober 2024) bilaterala samarbetsstrategier inom hälsa/SRHR med nio länder: Demokratiska republiken Kongo, Somalia, Uganda, Myanmar, Bangladesh, Ukraina, Afghanistan, Jemen och Palestina; det rör sig dock om väldigt begränsade medel i Jemen och Palestina. Nya samarbets-

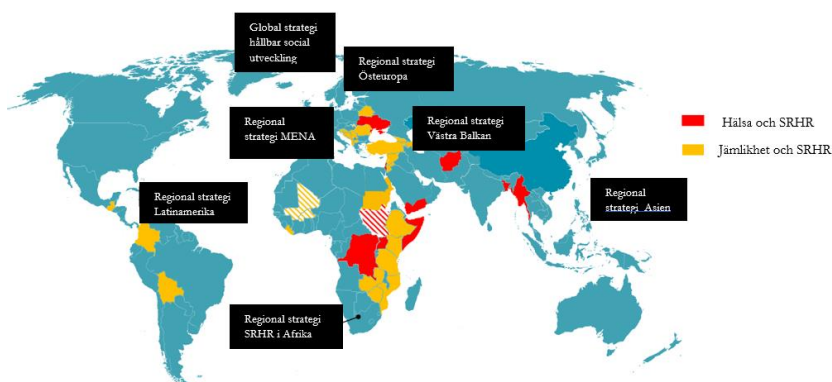
² "Sveriges bistånd till global hälsa och SRHR gör skillnad och räddar liv" – pressmeddelande 11 oktober 2024
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/10/sveriges-bistand-till-global-halsa-och-srhr-gor-skillnad-och-raddar-liv/>

strategier väntas inom kort för två av länderna – Uganda och Somalia. Det är vår förhoppning att ett brett hälsostöd kommer att finnas kvar då. Även strategin med Afghanistan löper snart ut. Sydsudan har tidigare haft ett hälso-/SRHR-stöd men det svenska biståndet dit ska fasas ut. Mali och Burkina Faso har tidigare haft ett SRHR-stöd men även det ska fasas ut.

Utöver det finns det 13 bilaterala strategier som innehåller SRHR och jämställdhet som gäller Etiopien, Kenya, Liberia, Mocambique, Rwanda, Sudan, Tanzania, Zimbabwe, Zambia, Bolivia, Guatemala, Colombia samt Västra Balkan/Turkiet.

Flera regionala strategier (för till exempel. Afrika, Latinamerika, Asien, Mellanöstern och Nordafrika) omfattar SRHR, och SRHR nämns även i strategin för samarbete med Syrien. Den nya globala strategin för social hållbarhet är ännu inte beslutad.

Figur 2: Stöd till hälsa/SRHR via Sida oktober 2024



Streckade områden (Sydsudan och Mali) innebär att hälso- och/eller SRHR-stödet är på väg att fasas ut. I Zambia ska hälsostödet fasas ut men SRHR-stödet finnas kvar. Även stödet till Burkina Faso ska fasas ut men det är inte markerat på kartan.

Källa: Sida.

Viktiga fokusområden för svenskt hälsobistånd har varit tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård, vaccin och SRHR. Sverige samarbetar med en rad internationella organisationer, bland annat WHO, FN:s barnrättsorganisation (Unicef), FN:s organ för sexuell

och reproduktiv hälsa (UNFPA) och FN:s flyktingorgan (UNHCR), för att genomföra olika hälsoprogram och ge tekniskt stöd. Utöver multilaterala samarbeten stödjer Sverige även ett stort antal civilsamhällesorganisationer.

Bistånd för en ny era – frihet, egenmakt och hållbar tillväxt

Sveriges internationella bistånd har genomgått betydande förändringar under senare år, främst beroende på händelser i omvärlden och förändrade politiska prioriteringar. Covid-19-pandemin som började 2020 har också haft en djupgående inverkan på det globala hälsobiståndet. När den nuvarande regeringen tillträdde 2022 aviserades stora förändringar av biståndet. I regeringens reformagenda för biståndet, ”Bistånd för en ny era – Frihet, egenmakt och hållbar tillväxt”, som kom i slutet av 2023 har hälsa glädjande nog en framträdande roll som en av sju tematiska prioriteringar (Regeringen, 2023). De prioriterade områdena är:

1. Bättre förutsättningar för god hälsa och stärkta hälso- och sjukvårdssystem.
2. Förhindra och bekämpa hälsohot, inklusive pandemier och antimikrobiell resistens.
3. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Klimatsatsningar och en närmare koppling till migrations- och handelspolitiken är andra inriktningar som pekas ut i reformagendan, vilka också till viss del tangerar hälsa. Möjliga positiva konsekvenser av biståndsomläggningen skulle kunna vara ökad fokusering och effektivisering av biståndet där resurser koncentreras till områden och projekt som bedöms ge störst effekt och långsiktig nytta. Hur man än ser det, så kräver minskade medel en strategisk omprövning och prioritering av insatser för att maximera effekten av varje investerad krona.

Några ord om hälsodata och statistik

I den här antologin nämns och diskuteras många siffror och mycket statistik kring global hälsa. Det är dock viktigt att vara medveten om att global hälsostatistik inte har samma kvalitet och tillförlitlighet som svensk hälsostatistik, av flera olika skäl. För det första saknar en del länder robusta system för datainsamling. Datainsamlingsmetoder och rapporteringsstandarder varierar mellan olika länder, vilket kan leda till inkonsekvenser och svårigheter att jämföra data direkt. Under- eller överrapportering kan förekomma på grund av begränsade resurser, bristande infrastruktur eller politiska influenser som påverkar hur data samlas in och presenteras. Det som anses vara ett hälsoproblem i ett land kanske inte uppfattas på samma sätt i ett annat, vilket kan leda till inkonsekvenser i data. Störst brist på tillförlitliga data finns i låg- och medelinkomstländer, bland marginaliserade grupper och i konfliktområden.

De stora FN-källorna som till exempel WHO erbjuder oftast den bästa tillgängliga informationen vi har för att förstå globala hälsotrender. Men på grund av de begränsningar som finns bör data användas med försiktighet med medvetenhet om de potentiella felkällorna. Vid läsning av denna antologi kommer uppmärksamma läsare att märka att ibland presenteras olika siffror för liknande tillstånd. Detta beror allt som oftast på att man använt sig av olika källor, olika redovisningsår eller ibland till och med både och.

Slutligen ett ord om vikten av att komma ihåg nämnaren. När man ser siffror på hur många som drabbats av en viss åkomma, eller dött i en naturkatastrof, är det avgörande att veta *av hur många* för att bättre förstå storleksordningen och kunna göra meningsfulla jämförelser.³

³ Tack till Helena Nordenstedt som bidragit med denna text.

Kapitlen i antologin

Den här antologin innehåller kapitel av olika karaktär och form. Vi har bitt några av de främsta experterna inom respektive område att dels bidra med sin kunskap och sina perspektiv, dels reflektera kring både utmaningar och möjligheter i arbetet med global hälsa. Vi har strävat efter att låta texterna vara olika till stil och tilltal, där några är mer personligt skrivna, andra mer akademiska i sitt anslag. De som medverkar representerar olika verksamheter och har olika bakgrund – läkare, sjuksköterskor, apotekare, statsvetare, epidemiologer, hälsoekonomer, folkhälsovetare och många andra professioner. Trots den breda representationen och det helhetsgrepp som vi har försökt att ta har det bitvis varit en svår avgränsning och vi medvetna om att vissa frågor och perspektiv saknas eller inte har fått tillräckligt utrymme.

Antologin innehåller totalt 17 kapitel inräknat det här introduktionskapitlet, varav 4 kapitel ursprungligen har skrivits på engelska och översatts till svenska. Dessa kapitel finns tillgängliga i originalversion på EBA:s webbplats.

Kapitlen fokuserar på olika sakfrågor men innehåller många gemensamma nämnare. De kan läsas var för sig eller som helhet, men för att de ska kunna läsas fristående med behållning så förekommer viss överlappning mellan kapitlen.

Hälsoutvecklingen i världen – trender, framsteg och utmaningar

Det första kapitlet i antologin, skrivet av Anders Nordström, handlar om övergripande trender inom hälsa kopplat till demografi, utveckling och sjukdomspanoramat. Medellivslängden har ökat, barnadödligheten har minskat, mycket går åt rätt håll. Men samtidigt ställs vi inför nya utmaningar, bland annat på grund av en åldrande befolkning och ökningen av icke smittsamma sjukdomar och psykisk ohälsa som utgör en allt större andel av den totala sjukdomsburden (kapitel 2).

En färdplan för att halvera antalet förtida dödsfall till 2050: Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 3.0

I nästa kapitel lyfter Gavin Yamey och hans team blicken mot 2050 och undersöker hur ökade investeringar i hälsa är absolut nödvändiga för fortsatta framsteg, inte minst i låg- och medelinkomstländer. De argumenterar för att det med kloka investeringar är möjligt för alla länder att halvera antalet förtida dödsfall (dödsfall före 70 års ålder) fram till 2050 (kapitel 3).

Århundradets hälsohot – klimatförändringarnas effekter på vår hälsa

Maria Nilsson lyfter i sitt kapitel fram några av de viktigaste effekterna på människors hälsa och på våra hälsosystem av varmare temperaturer och extremväder, och hon illustrerar detta med ett antal exempel. Klimatförändringarnas komplexa konsekvenser för människors hälsa – särskilt i låg- och medelinkomstländer – är en av vår tids största utmaningar (kapitel 4).

Pandemier och andra hälsohot

Med covid-19-pandemin i färskt minne: Hur kan vi förbereda oss för nästa pandemi? Och vad kan biståndet göra? Antimikrobiell resistens (AMR) brukar kallas för en tyst pandemi som riskerar att omkullkasta mycket av den hälso- och sjukvård som vi tar för given idag. Johan Carlson, Anders Tegnell och Nina Viberg beskriver dessa och andra hot mot vår hälsa i kapitel 5.

Hälsoinsatser vid katastrofer: globala trender, utmaningar, möjligheter

Gamla och nya krig och konflikter fortsätter att skörda civila offer, samtidigt som antalet katastrofer och extrema väderhändelser ökar till följd av klimatförändringarna. Attacker mot sjukhus och hälso- och sjukvårdspersonal blir vanligare. Hannah von Reding och Johan von Schreeb skriver om katastrofmedicin och hur Sverige kan fortsätta att vara en viktig aktör i det humanitära arbetet (kapitel 6).

Sex är politik

Samtidigt som sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är högt prioriterat av Sverige så är det den del av hälsobiståndet som stöter på mest politiskt motstånd globalt. Grundläggande mänskliga rättigheter blir kränkta, och personer och organisationer som kämpar för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa blir utsatta och förföljda. Hur kan Sverige jobba ännu effektivare i det rådande klimatet med alla människors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa? Det handlar Sara Österlunds kapitel om (kapitel 7).

EU:s förändrade roll inom global hälsa – nya geopolitiska perspektiv i en postpandemisk era

Det EU-gemensamma arbetet med hälsa och global hälsa blir allt viktigare. Louise Bengtsson skriver om hur global hälsa alltmer blivit en fråga om hälsosäkerhet och geopolitik, samt om vad det här betyder för Sverige (kapitel 8).

Forskning och innovation för framtida generationers hälsa – globala hälsoproblem kräver global forskning

Forskning inom global hälsa har satt Sverige på världskartan och är ett bra exempel på bistånd som dels är bra för både Sverige och för våra samarbetspartners, dels är långsiktigt. De utmaningar som vi står inför kräver produktion av ny kunskap och innovation för att vi ska lyckas. Det och mer skriver Stefan Swartling Peterson och Tobias Alfvén om i sitt kapitel om forskning inom global hälsa (kapitel 9).

Transition med utmaningar: hälso- och sjukvårdssektorn i Ukraina

Behoven i Ukraina efter Rysslands fullskaliga invasion 2022 har lett till att Ukraina snabbt blivit ett av de länder som får ta emot mest bistånd av Sverige. Samtidigt pågår sedan tidigare en omfattande reformering av hela hälsosektorn i Ukraina. Lotta Sylwander beskriver situationen och kommer med tänkvärda reflektioner som kan vara relevanta för svenskt hälsobistånd i sitt kapitel (kapitel 10).

Att göra länkarna inom ett system starkare

I denna essä bidrar Seye Abimbola med sitt perspektiv på vem som har makt och vem som besitter kunskap samt hur dessa två aspekter påverkar vem som beslutar om vad och för vem i ett hälsosystem: Vem bestämmer vad som är viktigt och vilka hälsoinsatser som behövs? Och vem är egentligen expert? (kapitel 11).

Svenskt hälsobistånd: behövs en omstart?

Jesper Sundewall reflekterar över det bilaterala biståndets vara eller icke vara, med utgångspunkt i vilka förutsättningar som hälsobiståndet i ett land som till exempel Zambia har, där Sverige sedan länge har ett samarbete inom hälsa (kapitel 12).

Att bygga upp ett hälsosystem – erfarenheter från Somalia

Fawziya Abikar Nur, tidigare hälsominister i Somalia, delar sin erfarenhet av att vara med och bygga upp ett hälsosystem från grunden i ett land hårt drabbat av krig, konflikter och naturkatastrofer som förvärras av klimatförändringarna (kapitel 13).

Handel, bistånd och global hälsa – bidrar svenska företag?

Swecare är en icke-vinstdrivande, halvstatlig stiftelse som har regeringens uppdrag att bidra till ökad export av svenska produkter, tjänster och kunskaper inom hälsoområdet. Swecare är en del av Sveriges samlade arbete för bättre global hälsa, och det skriver Anna Riby om i kapitel 14.

Hälsobistånd och migrationsbistånd – synergier eller målkonflikter?

Migration som fenomen är lika gammalt som mänskligheten men är trots det en av vår tids viktigaste frågor. Det här kapitlet handlar om hälsa och migration: Hur ska länder hantera migration så att alla får den grundläggande hälso- och sjukvård som de har rätt till? Och vilken roll kan biståndet spela? Bland annat det skriver Malin Ahrne och Soorej Puthooppambal om i kapitel 15.

Digitalisering och global hälsa

Digitalisering och e-hälsa har potential att revolutionera tillgången till vård, särskilt i avlägsna och underbetjänade områden. Sverige kan göra ännu mer för att stödja den här utvecklingen. Det skriver Johnblack Kabukye, Edna Soomre och Muna Elmi om i kapitel 16.

Internationella samarbeten med svenska myndigheter efterfrågas – Socialstyrelsens erfarenheter

Kerstin Carlsson beskriver hur Socialstyrelsen, en svensk hälso-myndighet med anor från 1663, arbetar med global hälsa. Flera svenska myndigheter jobbar med global hälsa på olika sätt – dels med biståndsmedel, dels genom många andra sorters samarbeten och partnerskap (kapitel 17). De är en viktig pusselbit i Sveriges samlade arbete med global hälsa.

Hans Rosling (1948–2017)

En svensk antologi om global hälsa skulle inte vara komplett utan att nämna professor Hans Rosling (1948–2017), som var en svensk läkare, lärare och forskare vid Uppsala universitet och sedermera Karolinska Institutet. Han var ledamot av EBA 2013–2016. Tidigt i karriären arbetade Hans som läkare och hustrun Agneta som barnmorska i norra Moçambique, som enda läkare för ett område med 300 000 invånare. Denna erfarenhet ledde inte bara till upptäckten av förlamningssjukdomen konzo; den gav också Hans en djup förståelse för tillvaron i extrem fattigdom och en passion för att förbättra situationen för de allra fattigaste och mest bortglömda invånarna i världen.

Som lärare på läkarprogrammet i slutet av 1990-talet, på en kurs i global hälsa, slogs Hans av att studenterna visste så lite om de senaste decenniernas framsteg inom global hälsa. För att på ett enkelt sätt förklara grundläggande globala fakta startade Hans stiftelsen Gapminder tillsammans med sonen Ola Rosling och sondottern Anna Rosling Rönnlund. De utvecklade en mjukvara som med animerad statistik i form av flygande färgglada bubblor beskriver hur det egentligen ligger till med till exempel medellivslängden i världen och hur den korrelerar med ett lands ekonomiska utveckling.

Med en sällsynt talang och entusiasm för att undervisa föreläste han på de stora scenerna världen över och medverkade ofta i media både nationellt och internationellt. Hans var en mycket uppskattad talare, som ena dagen föreläste för Unicef i Kabul ("För FN föreläser jag alltid gratis"), andra dagen för investerare i Hongkong och tredje dagen för studenter på Karolinska Institutet. De flesta som arbetar med global hälsa i Sverige idag har i någon form påverkats av Hans Rosling, och hans passion för att förbättra tillvaron för världens allra fattigaste.⁴

⁴ Tack till Helena Nordenstedt som bidragit med denna text.

Referenser

CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Yamey, G. et.al. (2014). Sweden's development assistance for health : policy options to support the global health 2035 goals. Stockholm: Expertgruppen för biståndsanalys (EBA).

Regeringen. (2023). Bistånd för en ny era: frihet, egenmakt och hållbar tillväxt. [Stockholm]: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/e96449ad5b04400cac0a62817a98f3a5/bistand-for-en-ny-era---frihet-egenmakt-och-hallbar-tillvaxt-broschyr.pdf>

Socialdepartementet och Utrikesdepartementet. (2018). Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030. Retrieved from <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/10/sveriges-arbete-med-global-halsa--for-genomforandet-av-agenda-2030/>

WHO. (2024). World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. . Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>

2 Hälsoutvecklingen i världen – trender, framsteg och utmaningar

Anders Nordström

- Den globala trenden är att andelen icke smittsamma sjukdomar ökar som det främsta hälsoproblemet, även om smittsamma sjukdomar och barn- och mödradödlighet fortfarande dominerar i världens låginkomstländer.
- Den demografiska utvecklingen, med en åldrande befolkning, bidrar till denna utveckling.
- De som har det sämst ställt fortsätter att vara de mest utsatta och ha sämst hälsostatus i alla länder. Skillnader i hälsostatus inom länder är minst lika viktiga som skillnader mellan länder.
- Prevention och hälsofrämjande insatser blir ännu viktigare och fokus bör vara hälsa och friskhet, inte enbart överlevnad och behandling av sjukdomar.
- Det finns påtagliga samband och möjligheter till positiva synergier mellan klimat- och hälsoinsatser.
- Svenskt hälsobistånd är fortsatt viktigt men bör framöver fokusera mer på tekniskt och institutionellt samarbete samt på det som kallas globala nyttigheter.
- Sverige kan spela en viktig roll i att modernisera det internationella hälsosystemet och biståndssamarbetet.

Inledning

Under de senaste 30 åren har jag fått uppleva betydande förbättringar av hälsosituationen i världen, men vi står nu inför delvis andra utmaningar. I det här kapitlet beskriver jag hur hälsobehoven i världen har förändrats, hur underliggande samhällsförändringar påverkat och varför denna utveckling också innebär nya förutsättningar och behov av nya prioriteringar för global hälsa och för svenskt utvecklings-samarbete.

När jag ser tillbaka till början av detta sekel så har satsningarna på de tre hälsorelaterade milleniemålen (MDG 3, 4 och 6) haft stor betydelse för den positiva hälsoutvecklingen, särskilt när det gäller att minska barna- och mödradödligheten samt minska förekomsten av hiv/aids, malaria och tuberkulos. Totalt sett minskade dödligheten relaterad till dessa mål från cirka 18 miljoner till drygt 7 miljoner per år mellan 1990 och 2020 (Globala fonden, 2024). Det måste ses som en stor framgång, även för Sveriges bistånd och starka engagemang inom dessa frågor.

Idag ser situationen och behoven delvis annorlunda ut. År 2021 dog mer än dubbelt så många – 15 miljoner människor – innan de fyllt 70 år av så kallade icke smittsamma sjukdomar (cancer, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, psykisk ohälsa, med mera). Cirka 85 procent av dessa dödsfall sker i låg- och medelinkomstländer, och fattiga människor drabbas i högre utsträckning i alla världens länder (WHO, 2024a). En stor del av dessa dödsfall går att förebygga men huvudsakligen med insatser som ligger utanför den traditionella hälsosektorn – bland annat ekonomisk utveckling, jämställdhet, utbildning, bättre mat, mindre mängd fossila bränslen och bättre stadsplanering.

Denna utveckling hänger samman med trender och strukturer i samhället i stort. Det är idag relativt sett färre människor som lever i låginkomstländer, och fler har tillgång till utbildning liksom till vaccin, myggnät och vissa läkemedel – samtidigt som luftföroreningar ökar och människor äter sämre mat och rör på sig allt mindre. Det

kan inte nog betonas att det är de socioekonomiskt sämst ställda som också har den sämsta hälsan och är mest utsatta för risker. Särskilt *inom* länder har klyftan ökat mellan de som lever långa och friska liv och de som dör i förtid eller drabbas av sjukdomar. För att svenskt bistånd ska kunna bidra till en mer positiv hälsoutveckling framöver måste vi relatera till dessa trender och underliggande faktorer.

Det gemensamma övergripande globala hälsomålet idag (mål 3 i Agenda 2030) sätter fokus på hälsa och välmående – inte främst på sjuklighet eller överlevnad, vilket markerar ett tydligt skifte. Det kräver att vi ser betydelsen av insatser utöver ren hälso- och sjukvård som strategiska och viktiga för människors hälsa. Mål 3 innebär också att vi i högre utsträckning behöver mäta inte enbart medellivslängd utan också hur många friska år som vi får under vår livstid. Internationellt används termen ”Healthy Life Expectancy” eller HALE (WHO, 2024b). Konkret innebär HALE det antal år som man är frisk eller lever med en kronisk sjukdom utan symtom, det vill säga som kan man vara funktionellt frisk och till exempel arbeta. Detta är viktigt inte minst när befolkningsstrukturen förändras i många länder med en alltmer åldrande befolkning.

Det internationella hälsorelaterade utvecklingsarbetet prioriterar dock fortfarande i hög utsträckning den gamla MDG-agendan. Det förekommer fortfarande en förlegad uppfattning om att icke smittsamma sjukdomar främst drabbar rika människor och länder. Men de flesta låg- och medelinkomstländer har idag en dubbel sjukdomsburda med både smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. Smittsamma sjukdomar dominerar fortfarande i vissa åldersgrupper och vissa kontexter, men den övergripande trenden är att alla länder befinner sig i olika faser av denna transition.

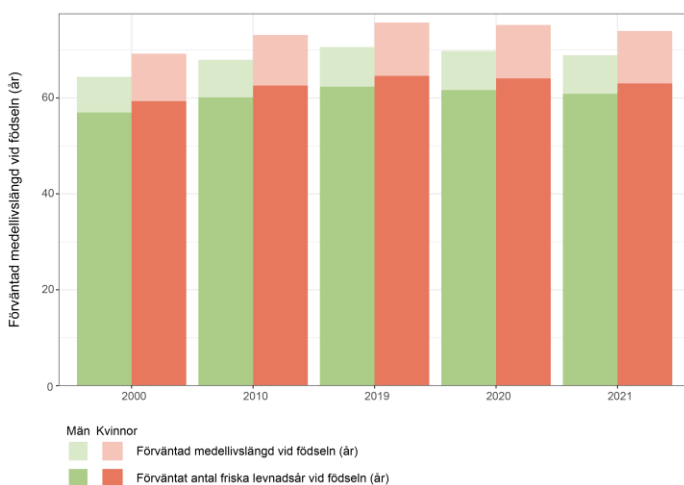
Tillförlitligheten i data varierar avsevärt mellan länder och indikatorer, men de siffror WHO publicerar får anses vara de mest tillförlitliga. De flesta siffror jag presenterar här kommer från World Health Statistics (WHO, 2024c).

Trender och transitioner

Medellivslängd och antal friska år

Under perioden 2000–2019 ökade medellivslängden och antalet friska år vi lever (HALE) i alla delar av världen; se figur 1. De största förbättringarna skedde i Afrika (drygt 11 års ökning i medellivslängd och knappt 10 års ökning av antal friska år) och i Sydostasien (drygt 7 års ökning i medellivslängd och 6,5 års ökning i antal friska år). Förbättringstakten i höginkomstländer har stagnerat sedan 2010, till endast drygt 1 års ökning i medellivslängd och 0,6 års ökning av antal friska år. Detta innebär att gapet i medellivslängd mellan hög- och låginkomstländer minskar (WHO, 2024c).

Figur 1: Globala trender i medellivslängd och antalet friska år (HALE) vid födseln, uppdelat på kön, 2000–2021

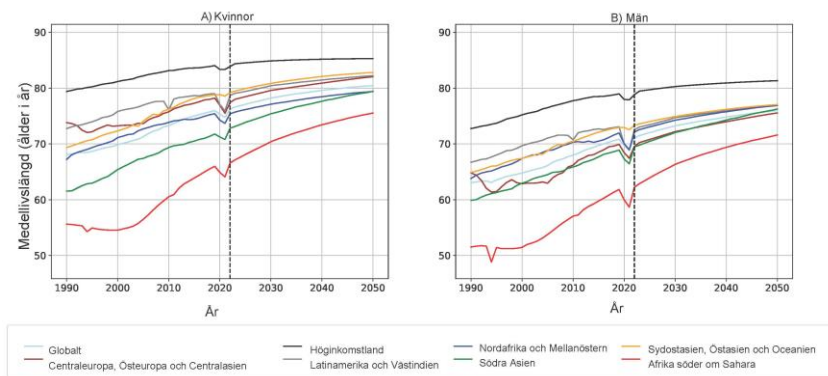


Källa: World Health Statistics Report 2024 (WHO, 2024c).¹

¹ WHO ansvarar inte för riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i World Health Statistics Report 2024; Figure 1.1 (s. 6) är den bindande och autentiska versionen. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Figur 2 visar en prognos för global medellivslängd fram till 2050 och illustrerar det minskande gapet mellan höginkomstländer och andra regioner.

Figur 2: Global och regional medellivslängd, 1990–2050 för kvinnor (A) och män (B)



Prognoserna är baserade på ett referensscenario. Den svarta streckade linjen är 2022 – det första prognosåret.

Källa: Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Vol 403 May 18, 2024, figur 1 (GBD, 2024). Översatt till svenska med tillstånd av författarna.

Covid-19-pandemins effekter

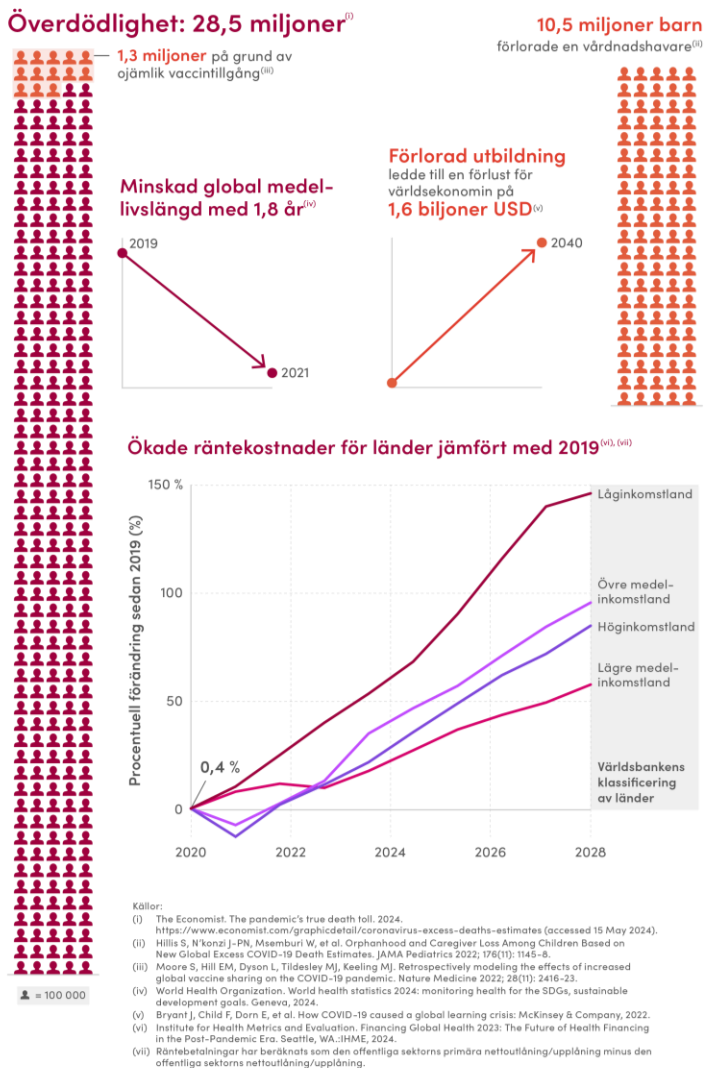
På bara två år raderade covid-19-pandemin ett decennium av framsteg inom global hälsa. År 2020 hade både den globala förväntade medellivslängden och antalet friska år återgått till 2016 års nivåer (72 år respektive 63 år). År 2021 sågs ytterligare nedgångar tillbaka till nivåerna från 2012 (71 år respektive 62 år). För åren 2020 och 2021 var covid-19 den tredje respektive andra ledande dödsorsaken globalt, med 4,1 miljoner respektive 8,8 miljoner dödsfall. Det fanns dock stora regionala skillnader. Covid-19 orsakade det största antalet dödsfall både 2020 och 2021 på den amerikanska kontinenten och det näst största antalet dödsfall både i Europa och Mellanöstern. I Afrika steg sjukdomen från tolfte till sjätte plats 2021 (WHO, 2024c).

Att sätta en exakt prislapp på pandemin är utmanande. Internationella valutafonden (IMF) uppskattar en global förlust av ekonomisk produktion på 3,3 biljoner US-dollar sedan 2020, och det finns uppskattningar om att kostnaderna för världsekonomin till följd av förlusten av utbildning för barn och unga på grund av skolstängningar kommer att motsvara 1,6 biljoner US-dollar fram till 2040 (Bryant J, 2022). De sociala kostnaderna av covid-19 är svåra att mäta men de kändes överallt, och de ekonomiska effekterna var breda och har fått långtgående konsekvenser. Inget land undkom den ekonomiska smällen.

Medan de direkta hälsoeffekterna och de ekonomiska kostnaderna var störst i höginkomstländer var de socioekonomiska effekterna och indirekta hälsoeffekterna långt större i låg- och medelinkomstländer. Befintliga socioekonomiska ojämlikheter förstärktes; till exempel var det fler kvinnor än män som förlorade sina jobb (4,2 procent jämfört med 3 procent) (The Independent Panel, 2024).

Den tidigare så positiva utvecklingen kommer att komma tillbaka, men covid-19 är en påminnelse om hur utsatta samhällen och människor är när en pandemi drabbar oss (Lancet, 2024). Figur 3 beskriver några av covid-19-pandemins konsekvenser.

Figur 3: Effekter av covid-19-pandemin



Källa: The Independent Panel, 2024. Översatt till svenska med tillstånd av författarna.

Demografien – åldrande befolkningar

Den ökade medellivslängden gör att vi har en alltmer åldrande global befolkning. Längre sågs världens befolkningsutveckling som ett hot, och världens befolkning förutsågs öka på ett sätt som skulle hota människors hälsa och vår överlevnad. Prognoserna säger nu att stora befolkningsminskningar kommer att ske på sikt, till exempel i Kina.

Givet den demografiska utvecklingen i stora delar av världen blir det ännu viktigare att det övergripande hälsomålet inte endast är att vi lever längre, utan att vi kan leva mer hälsosamma och friska liv. De demografiska förändringar vi ser i världen idag påverkar människors hälsa och utgångspunkterna för det framtida svenska hälsobiståndet. Den förändrade befolkningsstrukturen, med en alltmer åldrande befolkning och en mindre andel barn och yngre, kommer inte bara att påverka sjukdomspanoramata och hälsobehoven utan också länders möjlighet att finansiera och leverera hälso- och sjukvård. Resultatet blir en åldrande befolkning som i högre utsträckning lever med olika former av kroniska sjukdomar och en yngre befolkning som är mindre i andel och som ska försörja den äldre delen av befolkningen. Det är en bidragande anledning till att vi behöver en frisk befolkning med fler friska levnadsår – inte bara en hög medellivslängd.

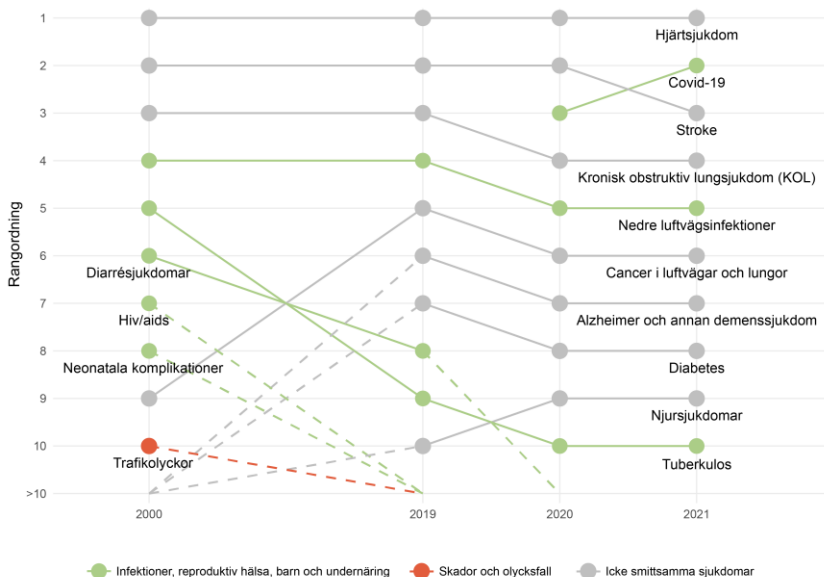
Förändringar i sjukdomspanoramata

Den övergripande trenden är, som beskrivits inledningsvis, att andelen smittsamma sjukdomar minskar medan andelen icke smittsamma sjukdomar (NCD) ökar. Barnadödligheten har minskat med mer än 50 procent de senaste 20 åren och antalet människor som dör på grund av hiv/aids har minskat med över 60 procent. Parallellt med denna positiva utveckling har andelen människor som dör i förtid på grund av icke smittsamma sjukdomar och skador ökat. Totalt dör 15 miljoner människor i världen i förtid, det vill säga före 70 års ålder, till följd av NCD. Cirka 85 procent av dessa dödsfall sker i låg- och medelinkomstländer.

År 2000 var fem av de tio främsta dödsorsakerna smittsamma sjukdomar och fyra var NCD – 20 år senare var sju av de tio främsta dödsorsakerna NCD (se figur 4). Förändringstakten är dock olika mellan länder och regioner, och även inom länder och mellan olika socioekonomiska grupper. Dessutom ser det olika ut i olika ålderskategorier, till exempel bland ungdomar 10–19 år. Enligt WHO dör omkring 1,1 miljoner ungdomar varje år. De vanligaste dödsorsakerna är trafikolyckor, självmord och våld. Mönstret ser delvis olika ut beroende på kön, var man bor och ålder inom gruppen. Riskfaktorer för 15–19-åringar är i högre grad alkohol, oskyddat sex, olyckor och våld. Graviditetsrelaterade komplikationer och osäkra aborter är den vanligaste dödsorsaken för flickor/unga kvinnor i åldersgruppen 15–19 år (WHO, 2024d).

Globalt sett hade 2021 uppskattningsvis 1,3 miljarder människor (16 procent) någon form av funktionsnedsättning. Antalet ökar i takt med en ökad medellivslängd och ett förändrat sjukdomspanorama. Personer med funktionsnedsättning har dessutom en högre risk att drabbas av ytterligare ohälsa på grund av till exempel sämre livsvillkor och sämre tillgång till vård (WHO, 2024c).

Figur 4: De vanligaste dödsorsakerna globalt år 2000, 2019, 2020 och 2021



Källa: World Health Statistics Report 2024 (WHO, 2024c).²

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa ökar idag i hela världen, särskilt bland unga. Det är en av vår tids största hälsokriser som pågår här och nu, i alla delar av världen och i alla samhällsskikt. Totalt 13 procent av världens unga lever med diagnostiserad psykisk ohälsa enligt WHO (WHO, 2024e). Det innebär 86 miljoner unga 15–19 år och 80 miljoner unga 10–14 år. Varje år begår 45 800 ungdomar självmord. Som redan nämnts är suicid en av de vanligaste dödsorsakerna bland ungdomar 10–19 år. Vid 15 års ålder har ungefär hälften av all psykisk sjukdom redan brutit ut. Tidig upptäckt och tidiga insatser kan göra stor skillnad.

² WHO ansvarar inte för riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i World Health Statistics Report 2024; Figure 1.7 (s. 12) är den bindande och autentiska versionen. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Trafikolyckor

Trafikolyckor är den vanligaste dödsorsaken globalt för barn och unga 5–29 år, och 92 procent av alla dödsfall i trafiken sker i låg- och medelinkomstländer, där endast 60 procent av alla fordon finns. Den afrikanska kontinenten hade det högsta antalet dödsfall i trafiken 2021; nivån var nästan tre gånger så hög som i den europeiska regionen (WHO, 2023a).

Det totala antalet dödsfall i trafiken minskade från 1,3 till 1,2 miljoner mellan 2010 och 2021, trots att jordens befolkning och antalet fordon ökade. Det visar att man kan uppnå en förändring, men skillnaden mellan låg- och höginkomstländer är stor. Tio länder har halverat antalet dödsfall i trafiken 2010–2021 med det är långt ifrån det uppsatta målet (SDG 3.6).

En viktig anledning till det höga antalet döda i låg- och medelinkomstländer är andelen oskyddade trafikanter i trafiken – något som skulle gå att bygga bort i hög grad, till exempel genom trafikseparering. Detta är ett mycket tydligt exempel på att åtgärder utanför hälsosektorn har stor påverkan på skador, sjuklighet och dödlighet.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sedan lång tid har kvinnor och barns hälsa, och särskilt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), varit en högt prioriterad fråga globalt och för Sverige, inte minst inom biståndet (Sida, 2023). I många länder försöker konservativa krafter begränsa människors sexuella och reproduktiva rättigheter och tillgång till vård, till exempel genom inskränkningar i aborträtten. Att rättigheter kränks och att inte kunna bestämma över sin kropp leder till både psykisk och fysisk ohälsa och hotar länders utveckling. Många människor utsätts för trakasserier och våld på grund av sin könsidentitet eller sexuella läggning, och människor som lever i fattigdom är särskilt utsatta. Kapitel 7 i den här antologin handlar om SRHR, särskilt om det växande motståndet, för mer läsning.

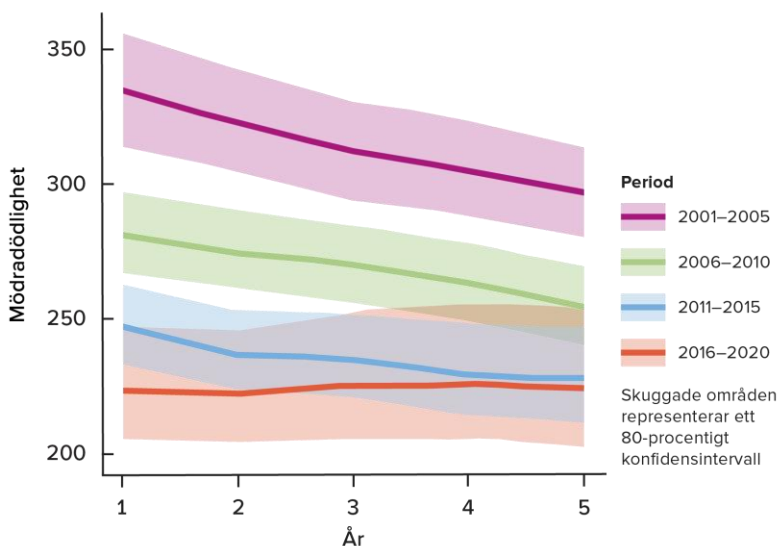
Mödradödlighet

Minskad mödra- och barnadödlighet var två av millenniemålen och satte agendan för det globala samarbetet fram till 2015. De båda målen finns kvar i Agenda 2030, som delmål inom SDG 3. Betydande minskningar i mödradödligheten (MMR) skedde mellan 2000 och 2015. Globalt sett sjönk mödradödligheten under denna period med en tredjedel, från 339 till 227 dödsfall per 100 000 levande födslar mellan 2000 och 2015. Afrika är fortsatt den region med högst MMR medan Sydostasien upplevde den största minskningen, från 372 till 117 dödsfall per 100 000 levande födslar, mellan 2000 och 2015.

Nedgången har dock stagnerat sedan dess (se figur 5). Grafen visar att minskningen har planat ut (den röda linjen i figur 5). Mellan 2015 och 2020 sjönk den globala mödradödligheten endast från 227 till 223 dödsfall per 100 000 levande födslar.

Mödradödligheten i världen minskar inte i den takt som krävs för att uppnå SDG-målet om färre än 70 dödsfall per 100 000 levande födslar till 2030. För att nå målet krävs att drygt 1 miljon dödsfall per år kan undvikas fram till 2030 (WHO, 2024g). År 2020 uppskattades att 287 000 kvinnor dog – en siffra som är oacceptabelt hög och motsvarar nästan 800 dödsfall varje dag eller ett dödsfall varannan minut.

Figur 5: Global mödradödlighet i femårsperioder 2000–2020



Källa: World Health Statistics Report 2024 (WHO, 2024c).³

Dödlighet bland nyfödda och barn under 5 år

Betydande framsteg har gjorts när det gäller att minska barnadödligheten i världen. Det totala antalet dödsfall bland barn under 5 år minskade med 51 procent mellan 2000 och 2022 – från 9,9 miljoner till 4,9 miljoner barn (WHO, 2024c). Trots de påtagliga framstegen på global nivå kvarstår dock stora ojämlikheter. Barn i Afrika fortsätter att löpa den högsta risken att dö innan de fyller 5 år. Afrika stod för över 50 procent av de totala dödsfallen, trots att endast 30 procent av alla barn föddes där. Dödlighet bland nyfödda utgör en allt större andel av de totala dödsfallen bland barn under 5 år.

³ WHO ansvarar inte för riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i World Health Statistics Report 2024; Figure 1.10 (s. 15) är den bindande och autentiska versionen. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

För att nå 2030-målen i alla världens länder måste vi förhindra omkring 9 miljoner dödsfall bland barn under 5 år (Azevedo, 2024). Om nuvarande trender håller i sig kommer 59 länder inte att uppnå SDG-målet för dödlighet före 5 års ålder (25 eller färre dödsfall per 1 000 levande födslar till 2030). Ännu fler länder riskerar att missa SDG-målet för minskad dödlighet hos nyfödda (12 eller färre dödsfall per 1 000 levande födslar till 2030) (WHO, 2024c). Majoriteten av länderna som sannolikt inte kommer att uppnå målen ligger i Afrika. Riskerna att dö före 5 års ålder för ett barn fött i det land med högst dödlighet är cirka 80 gånger högre än för ett barn i det land med lägst dödlighet (WHO, 2024c).

Klimatförändringarnas inverkan på hälsa

Att prioritera insatser utanför den traditionella hälsosektorn kan leda till vinn-vinn-effekter som främjar både klimatmål och folkhälsomål på ett ömsesidigt förstärkande sätt. WHO uppskattar att klimatförändringarna kommer att leda till 250 000 fler dödsfall per år på grund av till exempel ökad förekomst av denguefeber, diarréer, extremvärme, malaria och undernäring mellan 2030 och 2050, vilket sannolikt är en underskattning.

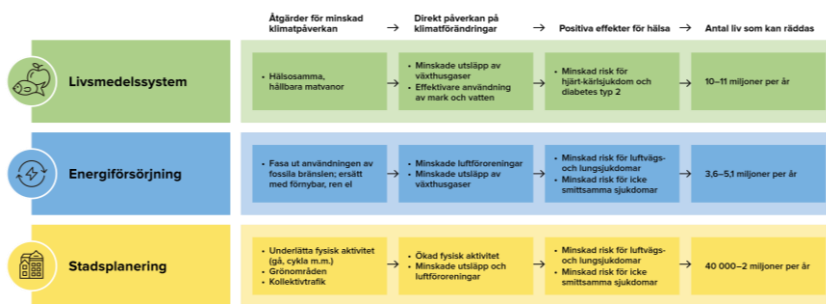
Genom att genomföra åtgärder som kan förhindra en fortsatt negativ klimatutveckling ("mitigation") så uppskattar dock WHO att 50 gånger så många förtida dödsfall skulle kunna undvikas årligen. Det skulle kunna innebära att 12 miljoner färre personer under 70 år dör varje år. Denna minskning av antalet dödsfall, tillsammans med en minskning av antalet människor som drabbas av klimatrelaterade sjukdomar, skulle potentiellt kunna leda till en påtagligt ökad produktivitet och minskade kostnader för sjukvårdstjänster.

Man kan förenklat tala om tre kopplingar mellan klimatförändringar och hälsa: 1) Den första kopplingen är hur vi genom så kallade anpassningsåtgärder kan hantera ett mer extremt klimat. 2) Den andra kopplingen handlar om hur vi genom så kallade begränsningsåtgärder kan uppnå positiva hälsoeffekter genom att minska den

negativa klimatutvecklingen. 3) Den tredje kopplingen består i att sjukvårdssektorn i sig, genom sin produktion, står för 4–5 procent av världens växthusgasutsläpp. Om hälso- och sjukvårdssektorn vore ett land, skulle det vara 1 av de 5 största utsläppsländerna i världen.

De viktigaste synergieffekterna och möjligheterna handlar om mer hälsosam och klimatsmart matproduktion och konsumtion, omställning till fossilfri energi samt en grön stadsplanering med tydliga hälsovinster (se figur 6). Nästa avsnitt tar upp just kost och matproduktion, och kapitel 4 i den här antologin går in djupare på klimat och hälsa.

Figur 6: Klimatförändringar och effekter på hälsa



Källa: “Maximizing climate change and health co-benefits: an overview of existing evidence on food, energy, and urban infrastructure systems and transitions” (unpublished work) (Marten R and Abdalla S, 2024). Översatt och publicerad med tillstånd från författarna.

Livsmedel och matproduktion

En mer hållbar livsmedelsproduktion och mer hälsosamma, hållbara dieter utgör ett av de viktigaste verktygen för att förebygga ohälsa och förtida död vad gäller hälsoproblem kopplade till undervikt såväl som övervikt. Samtidigt är kost och livsmedelsproduktion som är bra för hälsan bra för klimatet.

Världen fortsätter att kämpa med den dubbla bördan av felnäring – det vill säga av både undernäring och övervikt/fetma. År 2022 var 2,5 miljarder människor överviktiga och 890 miljoner levde med fetma, medan 390 miljoner, främst barn, var underviktiga (WHO, 2024f). Internationellt utvecklingssamarbete har hittills främst fokuserat på undernäring, inte på felnäring eller övervikt. Övervikt och fetma är dock, liksom undernäring, starkt kopplat till socioekonomisk utsatthet och det är fullt möjligt med åtgärder som effektivt hanterar båda aspekterna av felnäring – receptet är många gånger detsamma. I hög- och övre medelinkomstländer är övervikt vanligare bland personer med lägre socioekonomisk status. I lägre medelinkomstländer som exempelvis Indien är både övervikt och undernäring vanligare bland socioekonomiskt utsatta grupper. Mönstret kan se olika ut i olika åldersgrupper och beroende på om man bor i staden eller på landet.

Hur vi producerar, konsumerar och slänger mat är en av de viktigaste kopplingarna mellan vår planets och människors hälsa. Våra ohållbara livsmedelssystem står för en tredjedel av världens negativa klimatpåverkan och bidrar till ungefär en tredjedel av riskfaktorerna för förtida död i icke smittsamma sjukdomar, vilket motsvarar cirka 5 miljoner förtida dödsfall per år i världen.

Trenden är att vi i högre utsträckning köper och konsumerar färdiglagad mat, i många fall så kallad ultraprocessad mat. I mindre utsträckning lagar vi mat själva, och få människor har möjlighet att själva odla och producera sin egen mat. Totalt 40 procent av all mat som produceras idag slängs (Willett et al., 2019).

Att främja hälsosamma och hållbara kostvanor bidrar inte bara till att minska förekomsten av icke smittsamma sjukdomar utan även till att minska växthusgasutsläpp. En mer hållbar och hälsosam diet skulle, lite förenklat uttryckt, innebära minskad konsumtion av animaliska produkter och ökad konsumtion av växtbaserade produkter, det som ofta kallas ”planetär diet” (Bui et al., 2024; Willett et al., 2019).

Fysisk aktivitet

Mindre stillasittande och mer regelbunden fysisk aktivitet ger betydande hälsofördelar vad gäller minskad dödlighet och sjuklighet i bland annat hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes. Personer som inte är fysiskt aktiva regelbundet har en ökad risk med 20–30 procent att dö i förtid jämfört med personer som är fysiskt aktiva, och 31 procent av alla vuxna och 80 procent av alla ungdomar uppfyller inte rekommenderade nivåer för fysisk aktivitet.

För vuxna bidrar fysisk aktivitet även till att minska symtom på depression och ångest, förbättra hjärnans hälsa och förbättra det allmänna välbefinnandet. För barn och ungdomar främjar fysisk aktivitet benhälsa, uppmuntrar till hälsosam tillväxt och utveckling av muskler samt förbättrar den motoriska och kognitiva utvecklingen. Insatser i samhället som aktivt främjar mer fysisk aktivitet innebär också stora vinster för miljön och klimatet.

Urbaniseringens effekter

En stadsplanering med syfte att bidra till en mer positiv klimatutveckling innebär också stora möjligheter för positiva hälsoeffekter som kan tas till vara och synliggöras bättre inom biståndet.

En tydlig trend är att människor i högre utsträckning bor i städer – urbanisering. Detta medför både positiva och negativa effekter för människors hälsa och för ekonomisk utveckling. Att flytta till städer kan innebära större möjligheter till både utbildning och arbete, men många av de megastäder som växer fram idag innebär också ökad trångboddhet, slum och i många fall ökad fattigdom. Stora städer innebär också större risker för miljöfaror, främst luftföroreningar men även brist på rent vatten, risker med giftigt avfall och trafikolyckor.

Det finns dock en positiv trend i många delar av världen där man investerar i mer gröna och klimatsmarta städer. Det är en viktig utveckling för att motverka negativa klimateffekter, samtidigt som det kan bidra till en mer positiv hälsoutveckling. Fler möjligheter till

fysisk transport, det vill säga till att gå eller cykla i stället för att åka bil eller motorcykel bidrar till både mindre luftföroreningar och ökad fysisk aktivitet. Fler grönområden och parker innebär också möjligheter att få skugga i en tid när klimatet blir allt varmare samt att barn kan leka utomhus och tillbringa mindre tid vid sina telefoner eller skärmar – något som också kan bidra till bättre psykisk hälsa.

Kriser och katastrofer

Humanitära kriser påverkar nästan alla aspekter av människors hälsa inklusive, men inte begränsat till, mödra- och barnhälsa, infektionssjukdomar, skador och annat fysiskt trauma, sexuell och reproduktiv hälsa samt icke smittsamma sjukdomar som diabetes, hjärtsjukdomar och psykisk hälsa. Det växande antalet kriser och nödsituationer i världen komplicerar ytterligare de långsiktiga hälsotrenderna. Nya, storskaliga konflikter har brutit ut, med omedelbara konsekvenser för civilbefolkningarnas liv och hälsa. Idag påverkas fler människor av humanitära kriser än någonsin tidigare i historien. Ett av sex barn lever i nära anslutning till en konfliktzon, medan 71 miljoner människor har tvingats fly från sina hem – det högsta antalet sedan andra världskriget. Naturkatastrofer påverkar i genomsnitt ungefär 200 miljoner människor varje år. Utbrottet av ebola i Västafrika 2014–2016 visade hur ett sjukdomsutbrott kan utvecklas till en internationell humanitär kris.

Under de senaste åren har humanitära kriser blivit mer frekventa, mer långvariga, mer komplexa och mer kostsamma, vilket har pressat redan underfinansierade humanitära insatser till det yttersta. Rekordmånga, 340 miljoner människor, behövde humanitär hjälp under 2023 (World Economic Forum, 2022). Vi har blivit bättre på att hantera naturkatastrofer men frekvensen och effekterna ökar, med klimatförändringar som en viktig drivkraft.

Humanitära kriser har också långsiktiga effekter på hälsa, hälso- och sjukvård samt miljö. När hälsosystem bryts ned blir det svårt eller omöjligt att leverera vård. För många innebär kriser också förlust av

försörjning, fördrivning från sina hem och samhällen, känslomässig stress och socialt lidande. Hälsosituationen förvärras för personer med redan existerande bakomliggande hälsotillstånd och nya hälsoproblem tillkommer. Katastrofmedicin vid humanitära kriser tas upp mer ingående i kapitel 6 i den här antologin.

Miljöriskfaktorer

Människors hälsa är beroende av en rad olika miljöfaktorer såsom tillgång till vatten-, sanitet- och hygien (WASH), ren luft (både inomhus och utomhus), säker användning av kemikalier, hälsosamma byggnader och hälsosam infrastruktur, hållbara jordbruksmetoder samt skyddade naturområden och vattenkällor. Varje år dör till exempel sju miljoner människor på grund av luftföroreningar och två miljoner på grund av kemikalier i miljön (WHO, 2024c).

Användningen av rena bränslen och förbättrade tekniker för matlagning minskar avsevärt exponeringen för luftföroreningar, särskilt för kvinnor och barn som ofta tillbringar mer tid hemma. Globalt sett har andelen av befolkningen som huvudsakligen använder rena bränslen och teknologier för matlagning förbättrats – från 49 procent 2000, till 64 procent 2015 och 74 procent 2022. Detta innebär dock att 2,1 miljarder människor fortfarande förlitade sig på hälsofarliga bränslen för matlagning 2022. Dessutom har befolkningen på landsbygden fortsatt sämre tillgång till rena bränslen, jämfört med människor i städer.

Alkoholkonsumtion

Alkohol är en riskfaktor för flera icke smittsamma sjukdomar som cancer men också hjärt-kärlsjukdom. Dessutom är alkohol en betydande riskfaktor för psykisk ohälsa, trafikolyckor, flera andra olyckor som till exempel drunkning samt för våld och oskyddat sex. Globalt sett var den totala alkoholkonsumtionen 5,5 liter per person och år 2019 – en minskning från 5,7 liter 2010, vilket motsvarar en minskning med 4,5 procent (WHO, 2024c).

Trots en viss minskning sedan 2000 fortsätter Europa att ha den högsta totala alkoholkonsumtionen per capita. Sydostasien är den enda delen av världen där den totala konsumtionen kontinuerligt har ökat, även om ökningen har avtagit avsevärt sedan 2010. Den totala konsumtionen förblir mycket låg i Mellanöstern, med en total konsumtion på 0,3 liter per capita 2019 (WHO, 2024g). Alkoholkonsumtionen är globalt konsekvent högre bland män än bland kvinnor. Detsamma gäller för narkotikaklassade preparat, vilka också skördar många offer (WHO, 2024g).

Tobaksanvändning

Bland personer 15 år och äldre är tobaksanvändningen globalt 21 procent. Det innebär en minskning med 21 procent sedan 2010 då 26 procent använde tobak. Om denna trend fortsätter kommer den globala tobaksanvändningen att ha minskat med 25 procent till 2025. Även om minskningen är under det globala målet på 30 procent är framstegen uppmuntrande, eftersom tobaksanvändningen har gått ner i alla delar av världen. Sydostasien, som konsekvent haft den högsta förekomsten sedan 2000, förväntas uppnå en minskning på 34 procent till 2025, jämfört med 2010. Afrika förväntas nå en relativ minskning på 32 procent till 2025 och förblir den del av världen med den lägsta förekomsten. Europa, däremot, förväntas ha den högsta förekomsten av alla regioner 2030 med 23 procent (WHO, 2024c).

Förekomsten av tobaksanvändning skiljer sig markant mellan könen. Även om förekomsten bland både män och kvinnor har minskat sedan 2000 har den förblivit mycket högre bland män än kvinnor.

Tillgång till hälsoservice, fungerande hälsosystem och förutsättningar för hälsa

Hälso- och sjukvårdsservice

Världen kommer inte att uppnå det globala målet om allmän tillgång till hälso- och sjukvård ("universal health coverage", UHC) till 2030 (SDG 3.8). Målet handlar inte bara om att förbättra tillgången till service och de olika hälsoutfallen utan också om jämlikhet och om att säkerställa att vården är tillgänglig för alla och av hög kvalitet.

Begränsade framsteg har gjorts vad gäller tillgång till grundläggande hälsoservice för de icke smittsamma sjukdomarna. När det till exempel gäller högt blodtryck, en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom, ökade andelen vuxna i åldern 30–70 år som får behandling för högt blodtryck från 30 till blygsamma 42 procent mellan 2000 och 2019 enligt de senaste uppskattningarna (WHO 2024).

Grundläggande hälsoservice när det gäller infektionssjukdomar har däremot byggts ut. Tillgången till antiretroviral behandling för hiv ökade från 2 procent till 76 procent på 22 år (mellan 2000 och 2022), även om vi fortfarande inte uppnått de globala 95–95–95 målen, det vill säga att 2025 ska 95 procent av alla som lever med hiv känna till sin status, 95 procent av dessa ska få behandling och 95 procent av de som får behandling ska ha sänkt virusnivå (UNAIDS, 2023).

Det skedde också förbättringar i tillgång till behandling mot tuberkulos under samma period, från 34 till 70 procent mellan 2000 och 2022. Användningen av myggnät för att förhindra malaria i drabbade områden ökade under samma period från 2 till 49 procent.

Inom området sexuell och reproduktiv hälsa samt barnhälsa kan nämnas att andelen kvinnor i reproduktiv ålder som hade tillgång till preventivmedel enbart ökade blygsamt från 74 till 78 procent mellan 2000 och 2023, vilket fortfarande är långt ifrån målet om universell tillgång 2030 (SDG 3.7). Trots en positiv ökning av andelen

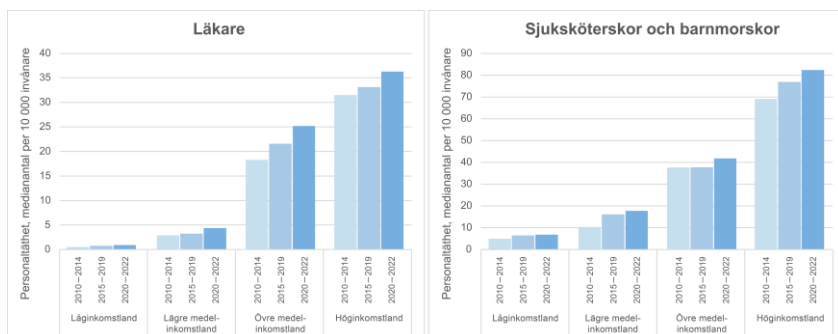
förlossningar som sker i närvaro av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal (från 61 till 86 procent 2000–2023) och därmed förbättrade utfall vid förlossningar, kan man nu se en avmattning i framstegstakten.

Andelen barn i världen som fick tre doser vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta ökade från 72 procent till 84 procent på drygt 20 år (2000–2022). Däremot nådde den globala täckningen av vaccin mot humant papillomvirus (HPV) som är särskilt viktigt för kvinnors och flickors hälsa (HPV kan orsaka livmoderhalscancer) endast 15 procent 2022. Totalt 130 länder hade dock infört HPV-vaccin i sina nationella vaccinationsprogram i slutet av 2022.

Personalförsörjning

Hälso- och sjukvårdspersonal (till exempel barnmorskor, läkare och sjuksköterskor) är hörnstenar i ett väl fungerande hälsosystem, och efterfrågan på hälsopersonal fortsätter att öka i takt med att de globala hälsoutmaningarna blir mer komplexa och att världens befolkning växer och åldras. Skillnaden i tillgång till hälsopersonal mellan låg- och höginkomstländer är enorm och utgör ett stort hinder för att förbättra människors hälsa. En analys av tre tidsperioder (2010–2014, 2015–2019 och 2020–2022) visar en kontinuerlig ökning av hälsopersonalen i alla länder, med vissa undantag (se figur 7). Dock kvarstår stora ojämlikheter, och även i länder med en övergripande god tillgång till hälsopersonal kan det finnas brist på personal på subnationell nivå, till exempel i vissa delar av ett land. Att åtgärda bristen på personal är avgörande för att kunna erbjuda allmän hälso- och sjukvård.

Figur 7: Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal i låg-, medel- och höginkomstländer mellan 2010 och 2022



Källa: World Health Statistics Report 2024 (WHO, 2024g).⁴

Finansiering

WHO:s Global Health Expenditure Database (GHED) tillhandahåller jämförbara uppgifter om hälso- och sjukvårdsutgifter för mer än 190 av WHO:s medlemsstater sedan 2000. Med hjälp av data från GHED kan man se hur mycket länder spenderar på hälsa och hur stor del av hälsoutgifterna som kommer från staten, hushållen respektive externa givare. Efter att ha ökat kraftigt under det första året av covid-19-pandemin, nådde de sammanlagda globala hälsoutgifterna 9,8 biljoner US-dollar 2021 (figur 8). Fördelningen av hur de globala hälsoresurserna används är dock starkt snedfördelad: Höginkomstländer förbrukar 79 procent av de totala resurserna trots att bara 13 procent av världens befolkning bor i dessa länder.

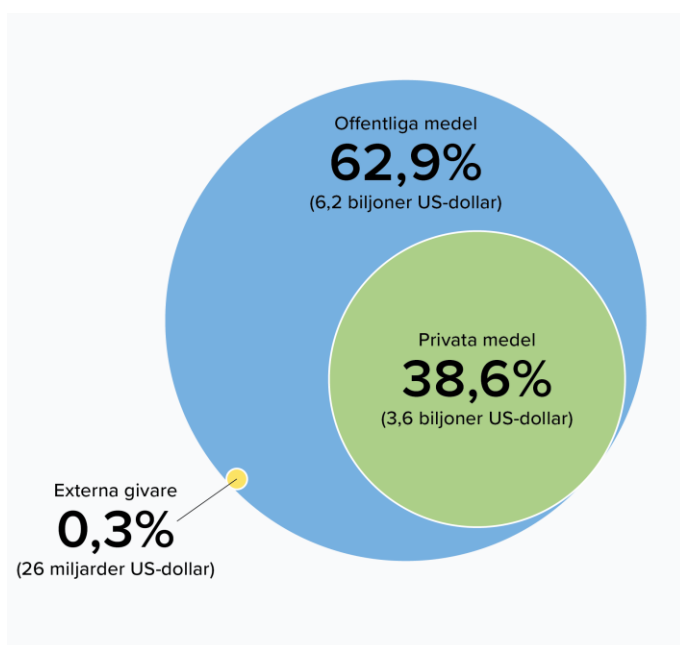
I höginkomstländerna var de genomsnittliga hälsoutgifterna 4 001 US-dollar (USD) per capita 2021, vilket är 8 gånger så mycket som i övre medelinkomstländer (531 USD), 27 gånger mer än i lägre medelinkomstländer (146 USD) och hela 89 gånger mer än i låginkomstländer (45 USD) (WHO, 2023b).

⁴ WHO ansvarar inte för riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i World Health Statistics Report 2024; Figure 2.13 (s. 46) är den bindande och autentiska versionen. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

En annan stor utmaning är också att i låg- och medelinkomstländer är andelen av kostnaderna för hälso- och sjukvård som betalas av patienten direkt ur egen ficka betydligt högre än i rikare länder. Likaså är antalet människor som drabbas av så kallade katastrofala hälsoutgifter ("catastrophic health spending") hög. UHC-reformer strävar efter en mer rättvis och förutsägbar finansiering av allmän hälso- och sjukvård.

Externa resurser, främst bistånd, stod för endast 0,3 procent av världens totala hälsoutgifter (figur 8). För låginkomstländerna står biståndet dock för en betydligt större andel, 38 procent, och för lägre medelinkomstländer var siffran 7 procent. Trenden är att biståndets relativa andel av de nationella finansiella resurserna för hälso- och sjukvård minskar i det flesta länder som tar emot bistånd (WHO, 2023b).

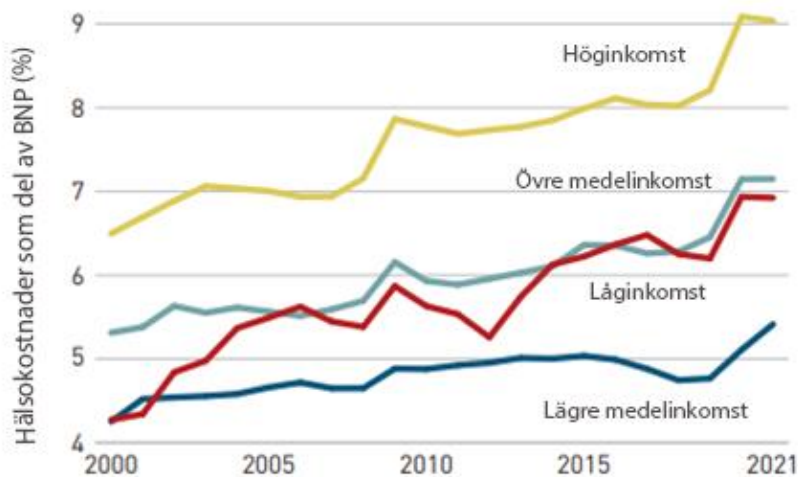
Figur 8: Fördelning av resurser som går till hälsa globalt 2021



Kommentar: Siffrorna baseras på uppgifter från 188 länder från 2021. Omräkningen från lokala valutor till US-dollar skedde 2021 utifrån landspecifika växelkurser.
Källa: WHO Global Health Expenditure Database 2023.

Sett till andel av bruttonationalprodukten (BNP) så har hälso-utgifternas andel ökat i alla världens länder (se figur 9). Skillnaden mellan hög- och låginkomstländer är dock mycket stor. I höginkomstländer är andelen av BNP som läggs på hälsa i genomsnitt cirka 9 procent, medan andelen i låginkomstländer är knappt 7 procent och i lägre medelinkomstländer drygt 5 procent. Rikare länder har alltså både en större ekonomi och lägger dessutom en större andel av den på hälsa – något som förstärker skillnaderna i resurser mellan låg- och höginkomstländer. För att låginkomstländer ska röra sig bort från att förlita sig på bistånd måste andelen av BNP som läggs på hälsa därför öka väsentligt. För att kunna öka sin hälsobudget måste låginkomstländer också öka sina skatteintäkter så att statsbudgeten som andel av BNP ökar.

Figur 9: Andel av BNP som spenderas på hälsa i låg-, medel- (lägre medel- respektive övre medel-) och höginkomstländer 2000–2021



Källa: Global spending on health: Coping with the pandemic (2024). Data från Global Health Expenditure Database 2023 (WHO, 2023b).⁵

⁵ WHO ansvarar inte för riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i Global spending on health: Coping with the pandemic (figur 1.5) 2024 är den bindande och autentiska versionen. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Vad innebär förändringarna för framtida svenskt hälsobistånd?

De samhällsförändringar och trender som jag beskrivit i detta kapitel påverkar i hög grad hälsoutvecklingen i världen och bör vara utgångspunkterna för ett framtida svenskt hälsobistånd. Det gäller såväl utsattheten för olika riskfaktorer, underliggande strukturella faktorer liksom vilka sjukdomar som orsakar ohälsa.

Hur dessa samhällsförändringar och trender hanteras är ytterst nationella politiska beslut. Biståndet kan spela en viktig katalytisk roll men aldrig ersätta det nationella ägarskapet och ansvaret. Det är politiska beslut i varje enskilt land som avgör om man prioriterar att investera i hälsa och om man är beredd att investera i förebyggande och långsiktiga åtgärder och inte bara lägger resurser på hälso- och sjukvård för att behandla de sjukdomar som drabbar människor i nutid. Det är också politiska beslut som avgör om man vill minska hälsoklyftorna i samhället och om man ser kopplingarna mellan olika sektorer och möjligheterna till att förebygga ohälsa. Det räcker inte med enbart evidens och fakta för att möjliggöra kloka politiska beslut för att förbättra befolkningars hälsa – något som jag bland annat lärde mig under mina 13 år som svensk ambassadör för global hälsa. Politiken har också sin logik.

Orsaker till sjukdom och ohälsa bör styra

Från millennieskiftet och fram till 2015 utgjorde millenniemålen den globala färdplanen för hälsoutvecklingen i världen. Tre av de åtta millenniemålen fokuserade på förbättrad hälsa: minskad barnadödlighet, minskad mödradödlighet och minskad förekomst av hiv, malaria och tuberkulos. Arbetet med millenniemålen innebar stora framgångar vad gäller överlevnad i hela världen. Sverige har spelat en betydelsefull roll genom sitt bilaterala och multilaterala hälsobistånd och har medverkat till den positiva hälsoutvecklingen de senaste 30 åren. När det gäller SRHR-insatser så har det svenska biståndet

haft stort värde och påverkat policyer och prioriteringar samt gett många kvinnor och ungdomar tillgång till livsviktiga SRHR-tjänster. Stöden till GAVI, Globala fonden, Unicef, UNFPA (FN:s organ för sexuell och reproduktiv hälsa) samt till bilaterala och regionala SRHR-insatser har varit viktiga och bidragit till att antalet dödsfall relaterade till barnsjukdomar, graviditet och förlossning samt hiv, tuberkulos och malaria minskat globalt från cirka 18 miljoner till drygt 7 miljoner. Dessa 7 miljoner liv ska dock ses i relation till att 15 miljoner människor dör i förtid (före 70 år) i icke smittsamma sjukdomar och att 85 procent av dessa dödsfall sker i låg- och medelinkomstländer. Flera viktiga riskfaktorer har en tydlig koppling till fattigdom och socioekonomisk status.

Vid halvtid för Agenda 2030 var framstegen för de hälsorelaterade hållbarhetsmålen mer blandade, bland annat på grund av att arbetet med att förebygga icke smittsamma sjukdomar och preventivt arbete inom andra sektorer än hälsa inte fått tillräckligt genomslag. De hälsorelaterade delmålen för SDG 3 lyfter också vikten av väl fungerande och rättvisa hälsosystem, vilket är svårare att åstadkomma än riktade insatser av typen vaccinationer.

Givet de förändringar som sker vad gäller sjukdomsbördan i låg- och medelinkomstländer bör Sverige fortsätta arbetet för att minska barna- och mödradödligheten liksom arbetet mot hiv, malaria och tuberkulos, men genom att i större utsträckning bidra till väl fungerande integrerad primärvård där även människor som drabbats av icke smittsamma sjukdomar kan få vård. Lärdomar från arbetet med att förebygga spridning av till exempel hiv kan användas för andra preventiva hälsoinsatser, till exempel när det gäller rökning, hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. Sveriges fortsatta hälsobistånd bör utgå från den faktiska hälsoutvecklingen i låg- och medelinkomstländer och i betydligt högre utsträckning ta hänsyn till att icke smittsamma sjukdomar också är fattigdomsrelaterade. Integration av såväl preventiv som kurativ hälso- och sjukvård, med fokus på primärvård, bör vara huvudstrategin.

Positiva synergier mellan klimat och hälsa inom biståndet

Insatser för att såväl hantera som begränsa den negativa klimatutvecklingen är också av stor betydelse för människors hälsa. Givet att flera av de riskfaktorer som bidrar till ohälsa i världen också bidrar till en negativ klimatutveckling finns det en stor potential i att göra rätt saker för klimatet och samtidigt visa de positiva hälsoeffekterna. Detta gäller särskilt för många av de riskfaktorer som orsakar icke smittsamma sjukdomar som skulle kunna undvikas om rätt åtgärder prioriterades. Ett exempel på detta är stadsplanering som innebär färre bilar och fler cyklar, liksom parker och grönområden för lek och skugga, eller mer hållbar matproduktion och konsumtion som också innebär till exempel mindre ultraprocessad mat.

För att bidra till en förbättrad hälsa för såväl människor som vår planet bör biståndet bidra till både anpassningsåtgärder för att hantera hälsokonsekvenserna av klimatförändringarna *och* begränsningsåtgärder ("mitigation"). Hälsovinsterna med klimattillståndet bör synliggöras, och biståndet bör bidra till att hälso- och sjukvården blir mer klimatsmart.

Finansiella resurser

Skillnaderna vad gäller de nationella finansiella volymer som avsätts för hälsa är fortfarande enorma mellan hög- och låginkomstländer, men totalt sett sker det en viss ökning av de nationella resurserna, särskilt i lägre- och högre medelinkomstländer.

Att tillhandahålla internationella resurser (till exempel bistånd eller vaccin) har varit viktigt för de flesta låginkomstländer, särskilt när det gäller mer riktade insatser av typen vaccin, myggnät och tillgång till mediciner. Vi ser nu en utveckling som dels innebär att de nationella resurserna ökar, dels att sjukdomsburden förändras. Den relativa andelen människor som bor i låginkomstländer har också minskat de senaste 20 åren. Givet den förväntade hälsoutvecklingen

i världen bör biståndets roll också förändras. För låginkomstländer och för akuta humanitära behov bör, och kommer, stöd i form av rena finansiella resurser eller tillgång till exempel till vaccin och myggnät fortsatt spela en viktig roll under överskådlig tid.

I övrigt bör svenskt hälsobistånd i högre utsträckning prioritera icke smittsamma sjukdomar och då särskilt det förebyggande arbetet. Biståndet bör vidare mer och mer fokusera på tekniskt samarbete, till exempel mellan institutioner, och på forskning och kunskapsutveckling. Det finns stora möjligheter till samverkan med svenska aktörer, inklusive inom biovetenskapen.

Givet den betydelse som människors hälsa och en positiv hälso-utveckling har för länders ekonomiska utveckling, inklusive hur vi kan klara av framtida pandemier och hälsohot, är ett fortsatt men förändrat hälsobistånd viktigt. Sveriges institutionella kompetens är en viktig resurs för detta.

Hälsobiståndet är också värdefullt för det ger Sverige en möjlighet att påverka internationella och regionala politiska processer och beslut om till exempel antimikrobiell resistens samt klimat och hälsa. Svenskt hälsobistånd har en fortsatt viktig roll att fylla när det gäller att bidra med finansiella resurser men bör över tid, med undantag för stöd till låginkomstländer och humanitära insatser, i högre utsträckning fokusera på kapacitetsutveckling, globala nyttigheter, forskning och institutionssamarbeten.

Det multilaterala systemet för hälsa

Det internationella systemet för hälsa är komplext, men lite förenklat kan man säga att det fortfarande återspeglar prioriteringar utifrån millenniemålen (MDG 3,4 och 6) – inte Agenda 2030 och SDG 3. Stora finansiella resurser tillkom i början av 2000-talet i och med

etablerandet av vaccinalliansen GAVI⁶, Globala Fonden⁷ och amerikanska PEPFAR⁸. Dessa resurser och organisationer har tillsammans med Unicef, UNFPA och UNAIDS varit av stor betydelse för att bidra till minskad barna- och mödradödlighet och framgångarna vad gäller hiv, malaria och tuberkulos.

Det internationella systemet har dock inte utvecklats och förändrats i enlighet med vad som är de dominerande hälsobehoven i världen idag. Det saknas fokus på den stora sjukdomsördan (de 15 miljoner förtida dödsfallen) som de icke smittsamma sjukdomarna utgör. Inte heller SDG 3, det vill säga att säkerställa att alla människor inte bara överlever utan kan leva friska liv, har påverkat det globala hälsoarbetet i någon större omfattning.

WHO har ett brett mandat utifrån sin konstitution men prioriterar de facto bekämpningen av smittsamma sjukdomar och har nu i allt högre utsträckning blivit en humanitär aktör. UNAIDS utgör en intressant plattform för koordinering av det internationella systemet för ett tvärsektorielt arbete för hälsa. Att däremot ha ett FN-organ som fokuserar enbart på hiv (2 procent av den globala sjukdomsördan) är inte längre motiverat.

EU:s strategi för global hälsa är också en viktig utgångspunkt för Sverige. Strategin utgör både ett ramverk för Sveriges hälsobistånd och en möjlighet för Sverige att påverka EU:s samlade agerande. Sverige har en viktig roll i att påverka och utforma det internationella systemet för hälsa, inte bara genom sina finansiella bidrag utan också genom att driva reformer och policyutveckling. Sverige skulle kunna ta initiativet till en översyn och politisk diskussion om hur det internationella systemet för hälsa kan moderniseras, effektiviseras och göras mer relevant utifrån dagens och morgondagens hälsobehov.

⁶ [Gavi, the Vaccine Alliance.](#)

⁷ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria – <https://www.theglobalfund.org/en/>.

⁸ The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) – <https://www.state.gov/about-us-pepfar/>.

Slutord

Sammanfattningsvis har hälsosituationen i världen förbättrats de senaste 20 åren, samtidigt som påtagliga hälsoutmaningar som drabbar låg- och medelinkomstländer kvarstår och då särskilt för de lägsta socioekonomiska grupperna. Givet förändringar i demografin och samhällsekonomin, klimatkrisen och hotet om nya pandemier så är ett fortsatt fokus på människors hälsa starkt motiverad för svenskt utvecklingsarbete. Min syn är dock att biståndets roll och funktion bör förändras över tid och att vissa globala hälsoutmaningar och behov bör hanteras som globala nyttigheter och intressen snarare än som bistånd. Den enorma potential av investeringar i sjukdoms-prevention och hälsofrämjande åtgärder, som skulle kunna adressera 50 procent av den globala sjukdomsördan, nyttjas inte. Detta bör beaktas i utformningen av ett framtida svenskt hälsobistånd.

Referenser

Azevedo, J. P. B., A.; Wilmoth, J.; Fu, H.; You, D. (2024). Hard truths about under-5 mortality: call for urgent global action. *Lancet*, 404(10452), 506–508.

Bryant J, C. F., Dorn E, et al. (2022). How COVID-19 caused a global learning crisis. Retrieved from <https://www.mckinsey.com/industries/education/our-insights/how-covid-19-caused-a-global-learning-crisis#/>

Bui, L. P., Pham, T. T., Wang, F., Chai, B., Sun, Q., Hu, F. B., . . . Willett, W. C. (2024). Planetary Health Diet Index and risk of total and cause-specific mortality in three prospective cohorts. *Am J Clin Nutr*, 120(1), 80–91.

GBD. (2024). Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Global Burden of Disease (GBD) 2021 Forecasting Collaborators*. *Lancet*, 403(10440), 2204–2256.

Globala fonden. (2024). Global Fund Results Report Retrieved from https://www.theglobalfund.org/media/14794/core_2024-results_report_en.pdf

Lancet. (2024). Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*, 403(10440), 1989–2056.

Marten R and Abdalla S. (2024). Maximizing climate change and health co-benefits: an overview of existing evidence on food, energy, and urban infrastructure systems and transitions (unpublished work).

Sida. (2023). Sidas arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Retrieved from <https://www.sida.se/sida-i-varlden/teman/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter>

The Independent Panel. (2024). No Time to Gamble. Leaders Must Unite to Prevent Pandemics. Retrieved from <https://live-the-independent-panel.pantheonsite.io/wp-content/uploads/2024/06/The-Independent-Panel-No-time-to-gamble.pdf>

UNAIDS. (2023). Understanding measures of progress towards the 95–95–95 HIV testing, treatment and viral suppression targets. Retrieved from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_en.pdf

WHO (2023a). Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.

WHO (2023b). Global spending on health: coping with the pandemic. Geneva: World Health Organization 2023.

WHO. (2024a). Noncommunicable diseases: Mortality. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality#:~:text=Noncommunicable%20diseases%20%28NCDs%29%20kill%2041%20million%20people%20each,%22premature%22%20deaths%20occur%20in%20low-%20and%20middle-income%20countries.>

WHO. (2024b). Healthy life expectancy (HALE) at birth. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/66>

WHO. (2024c). World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization 2024.

WHO. (2024d). Adolescent health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/causes-of-adolescent-deaths#tab=tab_1

WHO. (2024e). Mental health of adolescents. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Globally%2C%20one%20in%20seven%2010-19-year-olds%20experiences%20a%20mental,leading%20causes%20of%20illness%20and%20disability%20among%20adolescents.>

WHO. (2024f). Obesity and overweight. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WHO. (2024g). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization 2024.

Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., . . . Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*, 393(10170), 447–492.

World Economic Forum. (2022). The 20 humanitarian crises the world cannot ignore in 2023 — and what to do about them. Retrieved from <https://www.weforum.org/agenda/2022/12/the-20-humanitarian-crises-the-world-cannot-ignore-in-2023-and-what-to-do-about-them/>

3 En färdplan för att halvera antalet förtida dödsfall till 2050: Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 3.0

Gavin Yamey, Sarah Bolongaita, Angela Chang, Ayodamope Fawole, Dean Jamison, Omar Karlsson, Wenhui Mao, Ole Norheim, Osondu Ogbuaji, Marco Schäferhoff, David Watkins, Jesper Sundewall och Armand Zimmerman

- Rapporten ”Global Health 2050: The Road to Halving Premature Death by Mid-Century” publicerades den 15 oktober 2024.
- Rapporten visar att alla länder kan halvera förtida dödlighet i befolkningen – dvs. dödsfall som inträffar före 70 års ålder – till 2050 (”50 till 50”, som det benämns i rapporten) genom att fokusera på 15 sjukdomstillstånd, där 8 berör infektionssjukdomar och mödrahälsa och 7 berör icke smittsamma sjukdomar och skador.
- Global Health 2050 argumenterar för behovet av en uttalad strategi för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen och offentlig finansiering av läkemedel, vacciner och diagnostik för att kontrollera de 15 prioriterade sjukdomstillstånden.

- Den viktigaste insatsen för att uppnå ”50 till 50” är höga punktskatter på tobak, med tanke på det stora antalet dödsfall som orsakas av tobak. Politiska beslut om sådana skatter kan göra stor skillnad.
- Kommissionen menar att alla länder behöver grundläggande kapacitet inom folkhälsa och smittskydd, inklusive övervakning och kontaktspårning för att vara bättre förberedda för nästa pandemi.
- Bistånd till hälsa bör, i allt högre grad, fokuseras till de allra fattigaste länderna och på att tillhandahålla globala nyttigheter.

Bakgrund till Lancetkommissionen för investeringar i hälsa

1993 års World Development Report var den första, och hittills enda, årliga utvecklingsrapporten från Världsbanken som uteslutande fokuserade på hälsa. Rapporten med titeln ”Investing in Health” riktade sig till finansministrar och biståndsgivare och argumenterade för att investeringar i de mest kostnadseffektiva hälsoinsatserna för sjukdomar med hög sjukdomsbörda förbättrar hälsa och välbefinnande samtidigt som ekonomin stimuleras (Berkley et al., 1993). Rapporten togs fram på uppdrag av Lawrence Summers, som vid den tiden var chefekonom på banken, och arbetet leddes av hälsoekonomen Dean Jamison.

För att uppmärksamma tjugoförstaårsjubileet av ”Investing in Health” publicerade Lancet 2013 den första rapporten från en ny tillsatt kommission för investeringar i hälsa (Commission on Investing in Health, CIH). Den första CIH bestod av en internationell grupp på 25 ekonomer och hälsoexperter med Summers som ordförande och Jamison som medordförande (Jamison et al., 2013). I rapporten från 2013, ”Global health 2035: a world converging within a generation” (GH2035), sammanfattades hälsoutvecklingen mellan

1993 och 2013 och ett ambitiöst ramverk lades fram för att uppnå en global hälsotransformation fram till 2035 genom noggrant utvalda hälsoinvesteringar.

När GH2035 gjorde en tillbakablick på perioden 1993–2013 konstaterades imponerande framsteg vad gäller minskad barna- och mödradödlighet – även om minskningstakten var för långsam för att nå de hälsorelaterade millenniemålen (mål 4: minska barnadödligheten och mål 5: minska mödradödligheten). När GH2035 blickade framåt mot 2035 identifierades fyra utmaningar för låginkomstländer (low-income countries, LIC) och medelinkomstländer (middle-income countries, MIC). Den första var den ”oavslutade agendan” vad gäller infektionssjukdomar. Kommissionen noterade att dödligheten till följd av infektioner var fortsatt hög, särskilt för hiv/aids, tuberkulos och malaria samt dödlighet till följd av mödra- och barnhälso-relaterade sjukdomar. Den andra utmaningen var en ökande dödlighet och sjuklighet i icke smittsamma sjukdomar och skador. Den tredje utmaningen handlade om kostnader: den växande bördan av förödande individuella sjukvårdskostnader i kombination med ineffektiva, snabbt stigande kostnader för att tillhandahålla sjukvård (WHO, 2010). Den fjärde var hälsohot – och då framför allt hotet om en pandemi av samma magnitud som 1918 års influensapandemi (spanska sjukan). Hur skulle var och en av dessa fyra utmaningar kunna hanteras inom ett så kort tidsspänn som en generation?

För att ta itu med den oavslutade agendan visade GH2035 att världen med en aggressiv ökning av befintliga verktyg och utveckling av ny hälsoteknik skulle kunna uppnå det som i rapporten kallas en ”grand convergence” inom hälsa. I rapporten definieras ”grand convergence” som en minskning av dödligheten i infektions-sjukdomar och av barna- och mödradödlighet i samtliga länder i världen till samma nivåer som i de bästa presterande medelinkomstländerna. CIH uppskattade att en sådan transformation skulle kräva investeringar på ytterligare 70 miljarder US-dollar per år från 2016 till 2035 (i 2011 års växelkurs), och vilket skulle kunna förhindra cirka 10 miljoner dödsfall per år från 2035 och framåt. Vid tidpunkten för

publiceringen av GH2035 förutspådde Internationella valutafonden (IMF) en stark ekonomisk tillväxt för låginkomstländer, som var på väg att öka sin bruttonationalprodukt med nästan 10 biljoner US-dollar per år fram till 2035. Enligt denna optimistiska prognos skulle de flesta av kostnaderna för ”grand convergence” kunna betalas med inhemska resurser i de minst utvecklade länderna förutsatt att regeringarna i dessa länder avsatte 1–3 procent av sina inkomster till detta, ett belopp som var inom räckhåll givet prognoserna för framtida ekonomisk tillväxt.

CIH föreslog att finanspolitiska åtgärder skulle användas för att ta itu med den ökande bördan av icke smittsamma sjukdomar, särskilt lyftes beskattning av tobak och andra skadliga ämnen samt minskade subventioner av fossila bränslen. En sådan politik skulle kombineras med kostnadseffektiva hälsoinsatser för cancer, hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, psykisk ohälsa samt grundläggande kirurgisk vård och behandling av skador, inklusive kirurgi för barn.

För att bromsa höga och skenande sjukvårdskostnader och för att bidra till hälsa och ekonomiskt skydd vid sjukdom, särskilt för de fattigaste hushållen, rekommenderade GH2035 två ”progressiva universella” alternativ för att uppnå allmän hälso- och sjukvård (universal health coverage, UHC). I det första alternativet skulle en offentligt finansierad sjukförsäkring – som bekostas med skatteintäkter och arbetsgivaravgifter – täcka ett paket med hälso- och sjukvårdstjänster för alla, ett paket som omfattar grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster för icke smittsamma sjukdomar och skador. Ett sådant alternativ är progressivt (gynnar fattiga människor mest) eftersom de fattiga drabbas oproportionerligt hårt av dessa problem. En andra typ av progressiv universalism skulle innebära ett mer omfattande paket med hälso- och sjukvårdsinsatser för alla, men som skulle behöva finansieras delvis av patientavgifter. Ett sådant alternativ skulle kräva ytterligare finansieringsmekanismer – inte bara allmänna skatteintäkter och arbetsgivaravgifter utan även obligatoriska försäkringspremier och att patienterna själva betalar en

del av vårdkostnaden. Människor som saknar ekonomiska resurser skulle i ett sådant system vara undantagna från avgifter.

För att hantera globala hot som pandemier och antimikrobiell resistens (AMR) argumenterade GH2035 kraftfullt för att biståndet för hälsa (development assistance for health, DAH) i allt högre grad borde fokusera på de länder som har lägst inkomster, på att tillhandahålla globala kollektiva nyttigheter (global public goods, GPG) och på att hantera negativa gränsöverskridande utmaningar som pandemier. I GH2035 uppmanades biståndsgivare att öka sitt stöd till utveckling av pandemivacciner och till global övervakning av och insatser vid sjukdomsutbrott. Att använda hälsobistånd till andra globala kollektiva nyttigheter, t.ex. utveckling av nya kontrollverktyg för hiv, tuberkulos, malaria samt mödra- och barnhälsovård, skulle vara ytterligare ett viktigt sätt för givare att stödja konvergensagendan.

GH2035 påverkade den globala hälsopolitiska agendan på flera sätt. Resultaten bidrog till diskussionerna kring målen för hållbar utveckling (SDG) (Horton, 2015). Rapporten låg också till grund för globala strategier för kvinnors och barns hälsa inom WHO och Partnerskap för mödra- och barnhälsa (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, PMNCH). GH2035 samarbetade med WHO och PMNCH i en gemensam studie om ökade insatser för mödra- och barnhälsa (Stenberg et al., 2014). Kommissionens arbete bidrog vidare till att stödja Globala fondens¹ fjärde påfyllningsomgång (Dybul, 2013).

Efter publiceringen av GH2035 bjöd Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) in CIH att granska Sveriges hälsobistånd och ge råd om hur lärdomarna från GH2035 kunde tillämpas på Sveriges hälsobiståndsportfölj. Arbetet utmynnade i EBA-rapporten "Sweden's development assistance for health-policy options to support the Global Health 2035 Goals" (Yamey et al., 2014). The Oxford Review

¹ Globala fonden mot hiv, tuberkulos och malaria
<https://www.theglobalfund.org/en/>.

of Economic Policy bjöd sedermera in CIH att publicera analysen av svenskt hälsobistånd i en specialutgåva om ekonomi och global hälsa (Yamey et al., 2016).

Fem år efter publiceringen av GH2035, 2018, innebar 40-årsjubileet av Alma-Ata-deklarationen² ett tillfälle för CIH att utvärdera framstegen mot ”grand convergence” och att reflektera över framtiden för den globala satsningen på allmän hälso- och sjukvård (Watkins et al., 2018). I den andra CIH-rapporten (CIH 2.0), ”Alma Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health”, kunde man konstatera att det var en blandad bild som framträdde av utvecklingen. Betydande framsteg hade gjorts när det gäller hiv/aids och barnadödlighet, men mycket mindre hade skett när det gäller tuberkulos och mödradödlighet. CIH konstaterade att om den globala mortalitetstrenden under 2010–2016 skulle fortsätta skulle konvergensmålen för minskad dödligheten bland barn under 5 år och för dödligheten i aids att uppnås i hela världen omkring 2035. CIH:s mål för mödra- och tuberkulosdödlighet skulle däremot inte uppnås förrän 2067 respektive 2074. I efterhand kan man konstatera att de missade målen delvis beror på att de kan ha varit alltför ambitiöst satta.

I likhet med GH2035 avvek CIH 2.0-rapporten från det gängse tänkandet kring allmän hälso- och sjukvård genom att betona behovet av att prioritera när man inkluderar hälsointerventioner i olika paket med sjukvårdsförmåner (Yamey & Watkins, 2018). I rapporten identifierades en uppsättning med 218 interventioner, det så kallade ”oumbärliga UHC-paketet”, varav 198 interventioner kunde tillhandahållas inom primärvården och övriga 20 interventioner på sjukhus. I rapporten definierades också en undergrupp på 108 interventioner som benämndes ”det högst prioriterade paketet”. I ett optimistiskt scenario för ekonomisk tillväxt konstaterade CIH 2.0 att de flesta medelinkomstländer, utom Indien,

² Alma-Ata-deklarationen (1978) var en viktig milstolpe som identifierade primärvård som centralt för att uppnå god hälsa för alla – [Declaration of Alma-Ata \(who.int\)](#).

skulle ha råd att tillhandahålla det högst prioriterade paketet till en majoritet av befolkningen fram till 2035. Låginkomstländer skulle dock ha svårt att tillhandahålla det paketet om länderna inte mobiliserade betydligt mer resurser till hälso- och sjukvård.

Ökande geopolitiska spänningar, alltmer uppenbara klimatförändringar, ökad nationalistisk populism, minskat engagemang för global hälsa, långsammare framsteg mot UHC och, viktigast av allt, covid-19-pandemin, har definierat de sex år som gått sedan CIH 2.0. På inbjudan av Richard Horton, redaktör för *The Lancet*, sammankallades CIH 2023 för att på nytt lägga fram argumenten för att investera i hälsa. I den tredje utgåvan av CIH (CIH 3.0) utökades tidshorizonten från 2035 till 2050. Antalet författare ökade också till 50, med en bättre representation av forskare tidigt i karriären och forskare verksamma i låg- och medelinkomstländer.

Den 15 oktober 2024 publicerade *Lancet* CIH 3.0 rapporten ”Global health 2050: the path to halving premature death by mid-century” (GH2050). Rapporten lanserades vid World Health Summit 2024 i Berlin, Tyskland (Jamison et al., 2024). GH2050-rapporten kom fram till sju viktiga slutsatser, vilka vi sammanfattar i resten av detta kapitel.

Sju slutsatser i CIH 3.0-rapporten 2024

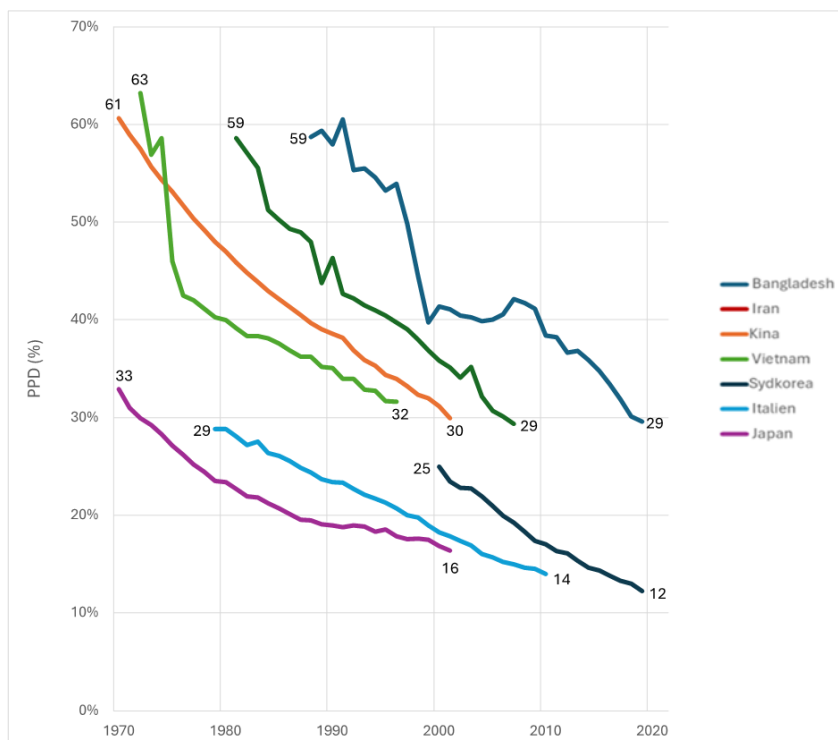
Slutsats 1: En halvering av den förtida dödligheten är möjlig fram till 2050

CIH 3.0-rapporten visar att dramatiska förbättringar av välståndet kan uppnås i alla länder fram till mitten av århundradet om vi gör rätt investeringar i hälsa. Fram till 2050 kan de länder som gör rätt investeringar halvera sannolikheten för förtida död (Probability of Premature Death, PPD) – dvs. sannolikheten att dö före 70 års ålder – utifrån den nivå som rådde före pandemin 2019. CIH kallar detta

”50 by 50” – en 50-procentig minskning av PPD fram till 2050. Som gräns för förtida död valdes 70 år, baserat på en tidigare CIH-studie av Norheim et al., som 2015 konstaterade följande: ”Den förväntade livslängden i världen är nu strax över 70 år, och de flesta dödsfall före den åldern kan undvikas” (Norheim et al., 2015).

Är ”50 till 50” under en tidsram på 31 år (dvs. från 2019 till 2050) verkligen genomförbart? Det första argumentet som talar för att det är möjligt är historiska erfarenheter. Under det senaste halvsekle har 7 av de 30 folkrikaste länderna halverat sin PPD på 31 år eller mindre – Bangladesh, Kina, Iran, Italien, Japan, Sydkorea och Vietnam (Figur 1). Det andra argumentet är att fortsatta vetenskapliga framsteg kommer att påskynda minskningen av den förtida dödligheten. Till exempel minskar barnadödligheten med 2 procent extra per år i länder som tar till sig ny hälsoteknik när den blir tillgänglig, jämfört med länder som inte gör det (Jamison et al., 2016). En nyligen publicerad studie av Ogbuoji et al. (2024) konstaterade att de nya läkemedel och vacciner och den nya diagnostik som är under utveckling idag för att hantera infektionssjukdomar och mödrahälsa sannolikt kommer att ge upphov till många banbrytande hälsotekniker som kan bidra till den här minskningen om den införs.

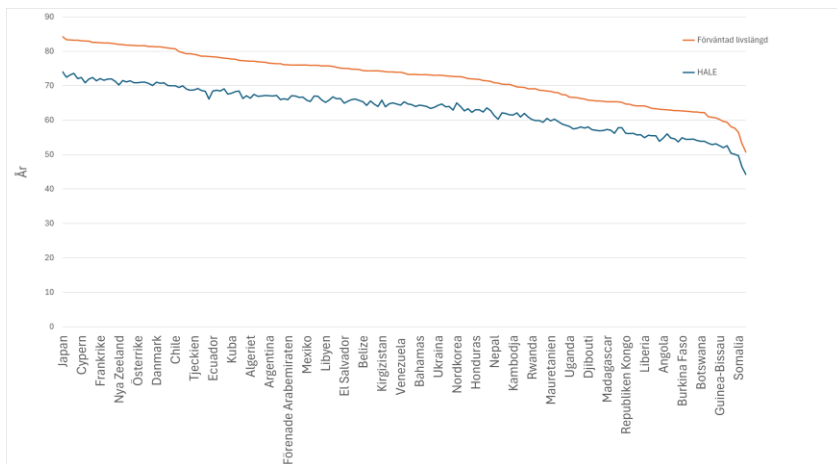
Figur 1. Sju länder med stor befolkning som uppnått en halvering av sannolikheten att dö före 70 års ålder (PPD) på 31 år eller mindre under det senaste halvseket



Källa: FN, 2024.

Med tanke på att dödlighet är starkt korrelerad med sjuklighet – och förväntad livslängd är starkt korrelerad med hälsojusterad förväntad livslängd (se figur 2) – kommer investeringar för att uppnå ”50 till 50” även att bidra till minskad sjuklighet och funktionsnedsättning (Norheim et al., 2024). GH2050 medger dock att korrelationen mellan dödlighet och sjuklighet eller förlust av funktioner inte gäller för alla tillstånd. Till exempel orsakar psykisk ohälsa, åldersdemens och bristande normal tillväxt hos barn och ungdomar stor sjuklighet utan att orsaka stor dödlighet. I kommissionens rekommendationer om att stärka länders hälso- och sjukvårdssystem (health systems strengthening, HSS), som diskuteras i slutsats 3 nedan, betonas vikten av att tillhandahållande tjänster för sådana tillstånd.

Figur 2: Förväntad livslängd jämfört med hälsojusterad förväntad livslängd (HALE), 2019



Källa: WHO 2021.

Slutsats 2: Kraftig minskning av dödligheten kan uppnås parallellt med att man inför UHC

Den andra slutsatsen i GH2050 är att länder inte behöver kunna erbjuda fullständig allmän hälso- och sjukvård (universal health coverage, UHC) för att kunna uppnå en kraftig minskning av dödligheten; minskad dödlighet kan uppnås redan innan länder åstadkommit UHC. Länder kan se snabba, stora dödlighetsminskningar genom att fokusera på en avgränsad uppsättning av blott 15 sjukdomstillstånd, vilket är anmärkningsvärt. Dessa 15 tillstånd står för en stor del av skillnaden i PPD mellan hög- och låginkomstländer. Åtta av dessa utgörs av infektionssjukdomar och tillstånd som har med reproduktiv hälsa att göra (CIH kallar dem ”I-8”): neonatala sjukdomar, nedre luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar, hiv/aids, tuberkulos, malaria, klustersjukdomar hos barn samt mödrahälsa. Sju är icke smittsamma sjukdomar och skador (CIH kallar dessa Non-Communicable Diseases-7, ”NCD-7”): hjärt-kärlsjukdomar, stroke, icke smittsamma sjukdomar med stark koppling till

infektioner (t.ex. magcancer, livmoderhalscancer), icke smittsamma sjukdomar med stark koppling till tobaksbruk (t.ex. lungcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom), diabetes, trafikolyckor och självmord.

För länder som har hög dödlighet är det av högsta prioritet att ta itu med I-8 gruppen. Att utöver I-8-gruppen också adressera NCD-7-gruppen kommer att vara avgörande för att uppnå ”50 till 50” i alla länder, även i länder med lägre dödlighetsnivåer i utgångsläget.

Slutsats 3: Ett modulärt tillvägagångssätt för att stärka hälso- och sjukvårdssystemen kan ge fokus och konkretion till hälso- och sjukvårdsagendan

Trots att UHC är ett av de globala hållbarhetsmålen visar den senaste uppföljningsrapporten att världen nästan inte har gjort några framsteg alls när det gäller allmän hälso- och sjukvårdstäckning sedan starten av Agenda 2030 (WHO, 2023). Denna brist på framsteg, i kombination med den ökande förekomsten av s.k. katastrofala hälsoutgifter, visar att tidigare momentum för starkare hälso- och sjukvårdssystem och UHC helt klart har stannat av. Det krävs innovation för att bryta det dödläge som uppstått.

GH2050 introducerar ett nytt sätt att tänka kring att stärka länders hälsosystem genom att föreslå ett modulärt tillvägagångssätt, med ett initialt starkt fokus på I-8 och NCD-7 och därefter en gradvis breddning av insatserna i takt med att dessa sjukdomstillstånd kan hanteras mer fullständigt inom hälso- och sjukvårdssystemen. Offentliga medel skulle användas för att finansiera ett paket med tjänster för att inledningsvis ta itu med de 15 prioriterade sjukdomstillstånden, helt utan kostnad för patienten och tillgängliga för alla. Detta skulle vara en form av det som CIH har kallat progressiv universalism, där människor med låga inkomster får mest nytta tidigt i processen med att införa UHC, eftersom förmånspaketet omfattar hälsoproblem som drabbar socioekonomiskt svaga och utsatta grupper oproportionerligt hårt. I takt med att resursutrymmet växer breddas paketet.

GH2050 identifierar insatser som är mycket kostnadseffektiva och som är möjliga att implementera i låg- och lägre medelinkomstländer och grupperar dem i 19 moduler (se tabell 1). Varje modul representerar ett programområde med en specifik uppsättning riktlinjer och finansieringsarrangemang. De insatser som visas i tabell 1 kan ses som grunden i ett hälso- och sjukvårdssystem (t.ex. behandling av hiv, förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar, familjeplanering) eller som en checklista för utveckling av hälso- och sjukvårdssystem. GH2050 noterar att ”lokala omständigheter kommer att diktera detaljerna, och alla moduler eller insatser kommer inte att vara relevanta i alla länder”. Totalt 17 av modulerna kan implementeras inom ”första linjens hälso- och sjukvård” (primärvård, hemsjukvård, uppsökande vård) och 2 av modulerna på sjukhusnivå eller inom specialistvården. Utöver insatser som minskar dödligheten inkluderar tabellen även insatser som tillgodoser andra krav på hälso- och sjukvårdssystemen och förbättrar livskvaliteten, t.ex. rehabilitering, barns och ungdomars utveckling samt palliativ vård.

I rapporten föreslås också att beslutsfattare ska använda en tvåfasmetod som kallas modulär kostnadseffektivitetsanalys (Modular Cost-effectiveness Analysis, mCEA). I den första fasen ska hälso- och sjukvårdsplanerare identifiera en uppsättning moduler som motsvarar olika program och insatser inom hälsosektorn – dessa kan organiseras utifrån sjukdomar (t.ex. malaria, hjärt- kärlsjukdomar), vårdformer (t.ex. uppsökande vård, primärvård), betalningsmekanismer, eller utifrån andra principer. Planerarna uppskattar de befintliga utgifterna för varje modul och budgetutrymmet för att utöka eller minska varje modul baserat på tillgängliga resurser. Tabell 1 ger uppskattningar av den inkrementella kostnaden för att utöka täckningen av GH2050:s rekommenderade kärninterventioner, skraddarsydd för att nå ”50 till 50”, för 19 moduler, till ytterligare 10 procent av befolkningen, vilket är en realistisk ökning inom en given policycykel. Den andra fasen innebär att värdet för pengarna optimeras inom varje modul och att synergier eller ineffektivitet identifieras (i termer av kostnader eller resultat) som kan uppstå när flera relaterade insatser genomförs samtidigt.

Tabell 1: En modulär metod för att stärka länders hälso- och sjukvårdssystem

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Primärvård				
"1-8" ⁵	1. Vaccinering av barn	Alla eller de flesta vaccin som WHO rekommenderar (n=11).	Dödsfall som kan förhindras. (Längd i förhållande till ålder hos barn.)	0,22
"1-8"	2. Behandling av akuta tillstånd hos barn⁶	Behandling av luftvägsinfektioner, malaria, undernäring och diarréer.	Dödsfall som kan förhindras. (Längd i förhållande till ålder hos barn.)	2,2
"1-8"	3. Vård vid graviditet och förlossning⁷	Mödrahälsovård, förlossningsvård, hantering av förlossningskomplikationer, eftervård, neonatalvård (inkluderar t.ex. kejsarsnitt).	Dödsfall bland kvinnor som kan förhindras. (Förhindrade dödfödselar och neonatala dödsfall.)	2,2

³ En modulär struktur för ett land, eller för en region, beror på den lokala epidemiologin, hälsosystemet och preferenser. CIH-tabellen är endast avsedd att fungera som ett exempel och en möjlig startpunkt för en diskussion.

⁴ Årlig inkrementell kostnad för att öka täckningen för alla högprioriterade insatser i modulen med 10 procent, uttryckt i baspunkter av bruttonationalprodukten (BNP) per år. En baspunkt är 1 procent av 1 procent. Obs: Analysen gjordes endast för låg- och lägre medelinkomstländer (n=82).

⁵ Infektionssjukdomar och tillstånd som har med reproduktiv hälsa att göra.

⁶ I många länder används metoden Integrated Management of Childhood Illness (IMCH).

⁷ Vård på olika nivåer kan behövas.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
"1-8"	4. Tuberkulos^d	Behandling av smittade personer, inkl. personer med resistent tuberkulos, och förebyggande behandlingar bland högrisk-kontakter.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	0,87
"1-8"	5. Hiv/aids^d	Antiviral behandling för personer med hiv, förebyggande behandlingar bland högrisk-kontakter.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	4,1
"NCD-7" ⁸	6. Basal vård för hjärt-kärlsjukdomar och respiratoriska sjukdomar	Läkemedels-behandling för personer med hög risk för hjärt-kärlsjukdom ⁹ , kontroll av blodsocker och övervakning av komplikationer hos personer med diabetes, behandling av astma och KOL.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	7,1

⁸ Icke smittsamma sjukdomar och skador: hjärt-kärlsjukdomar, stroke, icke smittsamma sjukdomar med koppling till infektioner (t.ex. mag- och cervix-cancer), sjukdomar med stark koppling till tobaksbruk (t.ex. lungcancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom [KOL]), diabetes, trafikolyckor och självmord.

⁹ Inkluderar sekundär prevention bland personer med etablerad hjärt-kärlsjukdom.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
"NCD-7"	7. Psykisk hälsa^d	Läkemedelsbehandling och psykoterapi för svåra depressioner, schizofreni och andra allvarliga och vanligt förekommande psykiatriska tillstånd. ¹⁰	Fall som hanteras på ett adekvat sätt under ett år. (Förhindrade självmord.)	3,6
Hälsosystem	8. Familjeplanering	Preventivmedelstjänster som är anpassade till kontext och patientens önskemål.	Oavsiktliga graviditeter förhindras. (1–2 års skydd.)	0,26
Hälsosystem	9. Utveckling av barn och ungdomar i skolåldern	Elevhälsa – inkl. vaccin (t.ex. HPV), screening för synfel och munhälsa, avmaskning (skolmat ej inkl.).	Barns längd i förhållande till ålder. 15-åringars matematikresultat. (Glasögon-täckning.)	0,67

¹⁰ Till sjukdomarna hör psykotiska störningar, bipolär sjukdom, depressiva störningar, ångestsyndrom, traumatiska störningar och opioidmissbruk.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	10. Omvårdnad och palliativ vård	Delat ansvar mellan hälso- och sjukvårdssystemet och hushåll ¹¹ för att tillhandahålla skydd, mat, säkerhet, värdighet och symtomkontroll för tillstånd som inte kan behandlas (t.ex. demens, ryggmärgsskada, cancer i slutstadiet).	Adekvat hantering av ärenden under ett år.	1,5

¹¹ Många länder kämpar för att finansiera ett generöst paket av långtidsvårdstjänster. Kostnaden för denna omsorg kan dock vara en stor ekonomisk börda för hushållen och drabbar kvinnor och flickor oproportionerligt hårt. Länder med tillräckliga resurser bör överväga att kompensera hushållen för obetald vård och relaterade kostnader.

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	11. Folkhälsoinsatser (sjukdomsförebyggande)	Befolkningsbaserade insatser för att förebygga sjukdom, inkl. uppsökande insatser för att hitta fall av tuberkulos och hiv, insatser för malariakontroll, massadministrering av läkemedel för utvalda sällsynta tropiska sjukdomar, tillskott av mikronäringsämnen och åtgärder under epidemier/pandemier.	Dödsfall som kan förhindras bland barn. Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	0,97
Hälsosystem	12. Primärvård	Behandling för vanliga tillstånd och symtom i (inkl. nödvändig diagnostik och vård).	N/A; möjliggörande insatser.	1,7

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Distriktssjukvård				
"NCD-7"	13. Basal kirurgi	Behandling av vanliga kirurgiska tillstånd med fokus på skador och matsmältningsorganens sjukdomar (t.ex. frakturer, blindtarmsoperationer).	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	3,7
"NCD-7"	14. Förbättrad kardiovaskulär och respiratorisk vård	Långsiktig behandling av hjärt-kärlsjukdom och hjärtsvikt, behandling av akuta hjärt-kärl- och luftvägs-komplikationer, prevention av reumatisk hjärtsjukdom.	Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.	3,2
Hälsosystem	15. Rehabilitering	Grundläggande rehabiliteringstjänster, med fokus på vård efter hjärt-kärlsjukdomar och skador.	Patienter som återintegrerats funktionellt inom ett år.	0,95
Hälsosystem	16. Tandvård	Behandling av infektioner, karies, tandutdragning.	DMF (The Decay-Missing-Filled (DMF) index) – minskad incidens.	0,49

	Modul³	Insats	Utfallsmått Primärt (Sekundärt)	Kostnad⁴
Hälsosystem	17. Krisberedskap	Hantering av vanliga akuta situationer i samhället, inom öppenvård och på sjukhus, inkl. behandling av akut sjuka personer under epidemier/pandemier. ¹²	N/A; möjliggörande insatser.	2,2
Specialist-vård				
"NCD-7"	18. Grundläggande cancervård	Behandling av förstadier till cancer och tidiga stadier av livmoderhalscancer, bröstcancer, kolorektal cancer och oral cancer (med botande syfte).	Antal fall med 10-årsöverlevnad. (Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.)	1,2
"NCD-7"	19. Förbättrad cancervård	Organiserade screeningprogram för cancer i första ledet, behandling av utvalda cancerformer med potential för långvarig tillbakagång. ¹³	Antal fall med 10-årsöverlevnad. (Dödsfall som kan förhindras bland vuxna.)	13

¹² En del av detta kommer att vara långtidsvård snarare än akutvård.

¹³ Cancerformerna i denna lista varierar avsevärt mellan olika länder och i takt med att sjukvården förbättras. Exempel på cancerformer är vanlig leukemi och lymfom hos barn, prostatacancer, livmodercancer, Hodgkins lymfom och vissa icke-Hodgkins lymfom hos vuxna, sköldkörtelcancer och njurcancer.

Slutsats 4: Offentlig finansiering av utvalda sjukvårdsprodukter styr arbetet med att stärka länders hälsosystem mot att leverera högprioriterade insatser i första hand

GH2050 föreslår ett pragmatiskt sätt att styra resurserna mot de 15 prioriterade sjukdomstillstånden och de moduler som stöder implementering av dessa tillstånd. Förslaget utgår från offentlig finansiering av en lista med läkemedel, vacciner och diagnostik som är inriktade på dessa tillstånd. I rapporten kallas detta tillvägagångssätt för Arrowmekanismen, uppkallad efter den framlidne Kenneth Arrow, den nobelprisbelönade ekonom som var en av författarna till GH2035 och som utvecklade Affordable Medicines Facility malaria (AMFm)¹⁴ – en finansieringsmekanism för malariamediciner (Arrow, 2012). Till skillnad från AMFm, som endast gällde malariamediciner, gäller Arrowmekanismen i GH2050 för en rad olika produkter som är inriktade på de 15 prioriterade sjukdomstillstånden.

Den subventionsmekanism som CIH föreslår i GH2050 består av fyra huvudkomponenter. Den första komponenten rör allmänna budgetöverföringar till hälsoministerierna. Enligt den mekanism som föreslås ska överföringar som tidigare varit generella öronmärkas för specifika prioriterade läkemedel. Den andra komponenten är gemensamma inköp, kvalitetssäkring och ett långsiktigt åtagande gentemot tillverkarna för att säkerställa en pålitlig tillgång till prioriterade produkter. Den tredje komponenten är att säkerställa upphandling i tillräcklig volym för att garantera tillgänglighet. Slutligen ska befintliga offentliga *och* privata leveranskedjor användas och stärkas. Arrowmekanismen skulle kraftigt kunna öka tillgången till viktiga produkter och samtidigt minska utgifterna. I många låg- och lägre medelinkomstländer utgör sådana utgifter ett stort hinder

¹⁴ AMFm är en finansieringsmekanism utvecklad för malariamediciner. För mer läsning se t.ex.: <https://onehealthtrust.org/projects/affordable-medicines-facility-malaria/>.

för tillgång till viktiga läkemedel för en rad olika sjukdomar – inte bara infektionssjukdomar (Barter et al., 2012) utan även icke smittsamma sjukdomar och för riskfaktorer för icke smittsamma sjukdomar (Gnugesser et al., 2022).

En viktig aspekt av Arrowmekanismen – och av AMFm som ligger till grund för dess utformning – är att förlita sig på befintliga privata distributionskedjor för läkemedel. Genom att tillhandahålla betydande mängder av ett specifikt läkemedel till subventionerat pris till toppen av de privata distributionskedjorna kan den befintliga distributionskapaciteten inom den privata sektorn gynnas och därmed dra nytta av Arrowmekanismen. Läkemedelsföretagen kan naturligtvis även bidra till sänkta priser och ökad tillgång till läkemedel, vacciner och diagnostik genom mekanismer som beskrivs utförligt på andra håll, t.ex. genom att dela patent i Medicines Patent Pool (Wang, 2022) eller överföra teknik till tillverkare i låg- och medelinkomstländer (Cramer, 2014).

Slutsats 5: Höga punktskatter på tobak är den viktigaste sektorsövergripande politiken för att uppnå ”50 till 50”

Ett stort antal sektorsövergripande åtgärder kan förbättra folkhälsan, t.ex. fastställda och upprätthållna hastighetsbegränsningar för att minska antalet dödsfall i trafiken, reglering av farliga bekämpningsmedel för att minska antalet självmord och förbud mot koleldning inomhus för att minska antalet dödsfall i luftvägs- och hjärt-kärlsjukdomar. I den tredje upplagan av Disease Control Priorities ingick ett kapitel där man undersökte vilka av dessa åtgärder som sannolikt skulle ha störst effekt på dödligheten (Watkins et al., 2017). GH2050 menar att tobakskontroll är den absolut viktigaste sektorsövergripande politiken för att bidra till att uppnå ”50 till 50”, med tanke på det stora antalet dödsfall som orsakas av tobak samt länders upparbetade och förbättrade kapacitet att genomföra en striktare tobakspolitik.

GH2050 menar att länder bör införa omfattande åtgärder för att minska tobaksbruket, inklusive förbud mot rökning på offentliga platser och strikt reglering av reklam, marknadsföring, förpackning och tillgänglighet till tobak. Den viktigaste åtgärden är att ta ut höga punktskatter på tobak. ”Höjda tobaksskatter”, säger Bloomberg och Summers (2019), ”kan göra mer för att minska förtida dödlighet än någon annan enskild hälsopolitisk reform”.

Slutsats 6: Alla länder behöver grundläggande folkhälsokapacitet, inklusive övervakning och kontaktsparning

I kölvattnet av ebolaepidemin i Västafrika 2014–2016 förespråkade det internationella hälso- och sjukvårdsamfundets aktörer ökade investeringar i prevention, beredskap och insatser mot pandemier (pandemic prevention, preparedness and response, PPR) och nya styrmekanismer för PPR (Keita et al., 2024). Under det senaste årtiondet har flera reformer av PPR-arkitekturen genomförts, t.ex. lanseringen av WHO:s Health Emergencies Programme (2016), lanseringen av verktyget Joint External Evaluation för att bedöma ländernas centrala PPR-kapacitet (2016) och lanseringen av CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (2017). De enorma hälsomässiga, ekonomiska och samhällsliga konsekvenserna av covid-19 visade dock att det fortfarande fanns stora svagheter i de regionala, nationella och globala beredskapssystemen.

GH2050 undersökte länders resultat under covid-19, dvs. från det att pandemin förklarades vara ett internationellt hot mot folkhälsan (PHEIC)¹⁵ den 30 januari 2020 till dess att PHEIC upphörde den 5 maj 2023. Prestationerna bedömdes med hjälp av ett mått som

¹⁵ Vid extraordinära händelser kan WHO deklarerar ett ”internationellt hot mot människors hälsa” (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/krisberedskap/internationella-halsoreglementet/internationellt-hot/>.

kallas P-score, som avser antalet dödsfall under perioden i procent av det antal dödsfall som rimligen skulle ha förväntats om pandemin inte hade inträffat. I rapporten dras slutsatsen att den stora variationen mellan länderna i P-score under denna fas av pandemin, särskilt innan vaccinerna utvecklades, pekar på vikten av grundläggande folkhälsokapacitet. Sådan kapacitet omfattar snabb upptäckt, respons, isolering av smittade individer, karantän för dem som exponerats samt socialt och ekonomiskt stöd till dem som isoleras eller sätts i karantän. GH2050 drar slutsatsen att ”under nästa pandemi kommer dessa grundläggande åtgärder att bidra till att undvika dödsfall i väntan på att vaccin utvecklas och tas i bruk”.

Slutsats 7: Utvecklingsbistånd bör finansiera globala kollektiva nyttigheter och stödja länder med minst resurser

De sex slutsatserna i GH2050 som sammanfattas ovan riktar sig främst till nationella regeringar, även om de helt klart också har implikationer för biståndsgivare. Till exempel kan extern finansiering (bistånd) bidra till ett lands Arrowmekanism, och hälsobistånd kan spela en viktig roll när det gäller att finansiera befolknings-, policy- och implementeringsforskning för att generera och sprida kunskap om modulärt hälsosystemstärkande arbete och sektorsövergripande policyer.

Den sjunde slutsatsen riktar sig särskilt till biståndssamfundet. GH2035 argumenterade för att hälsobiståndet, i takt med att låg- och lägre medelinkomstländer går ifrån att ta emot extern finansiering för sjukdomsbekämpning och hälso- och sjukvård, i allt högre grad bör finansiera globala kollektiva nyttigheter för hälsa. GH2050 upprepar denna rekommendation och betonar den ytterligare. I GH2050 framhålls särskilt att hälsobiståndet bör stödja stärkandet av data- och övervakningssystem, minska utvecklingen och spridningen av antimikrobiell resistens, pandemiberedskap (PPR), främja ledarskap och opinionsbildning inom global hälsa, identifiera och sprida bästa

tillgängliga praxis samt utveckla och distribuera nya läkemedel, vacciner och diagnostik (Schäferhoff et al., 2024). Direkt bistånd till länder, dvs. direkt ekonomiskt och tekniskt hälsobistånd till länder, bör riktas till de länder som har minst resurser för att hjälpa till att kontrollera sjukdomar samt utveckla och stärka hälso- och sjukvårdssystemen. I båda fallen – om man riktar hälsobiståndet mot globala nyttigheter respektive om man riktar hälsobiståndet mot länder med minst resurser – skulle en fokusering av insatserna på de 15 prioriterade sjukdomstillstånden bidra mest till ”50 till 50”.

Uppföljning av rekommendationerna från EBA-rapporten 2014

EBA-rapporten ”Sweden’s development assistance for health – policy options to support the global health 2035 goals” från 2014 innehöll en rad rekommendationer och förslag för svenskt bistånd till hälsa. Flera av oss var medförfattare även till den rapporten och i det här avsnittet tar vi upp några av rapportens rekommendationer mot bakgrund av slutsatserna i CIH 3.0.

I rapporten från 2014 presenterades prognoser för framtida ökning av svenskt hälsobistånd baserat på antaganden om ekonomisk tillväxt och ökade investeringar i hälsa. Rapporten framhöll att det finns goda skäl för att öka andelen av det svenska biståndet som går till hälsa med tanke på den enorma avkastningen från hälsoinvesteringar som GH2035-rapportens beräkningar visade (ett kostnads-nyttoförhållande på mellan 9 och 20 gånger). Vi kan nu konstatera att varken tillväxten i det svenska biståndet totalt eller andelen som går till hälsa har utvecklats i linje med dessa förslag. I nominella termer ökade svenskt hälsobistånd från 2013 till 2022 från 3 763 miljoner kronor till 5 910 miljoner kronor, men andelen av det svenska biståndet som går till hälsa minskade från 13 procent 2013 till 11,3 procent 2022. Så varken i absoluta tal eller som andel av det totala biståndet har tillväxten för hälsobistånd motsvarat våra förhoppningar.

En annan rekommendation från 2014 års rapport var att svenskt hälsobistånd i allt större utsträckning borde rikta in sig på högprioriterade kärnfunktioner, ("core functions" enligt GH2035), inklusive tillhandahållande av globala kollektiva nyttigheter samt ledarskap och styrning inom global hälsa. Vi noterar att en ökande andel av svenskt hälsobistånd kanaliseras genom multilateralt samarbete – 65 procent 2022 jämfört med 60 procent 2013, vilket tyder på ett ökat fokus på multilaterala organisationer. Trots det är det inte möjligt att utifrån dessa övergripande siffror dra slutsatser om i vilken utsträckning finansieringen har inriktats på de prioriterade kärnfunktioner som beskrivs i GH2035. Som diskuterades i 2014 års rapport ger många av de multilaterala organisationer som är mottagare av svenskt hälsobistånd, exempelvis Globala fonden, Gavi och UNFPA, främst direkt stöd till länder (vad CIH kallar lokala funktioner), och så ser det ut även 2024.

En kärnfunktion som betonades starkt i rapporten från 2014 var förberedelse inför nästa pandemi och hantering av antimikrobiell resistens (AMR). Sedan 2014 har Sverige förvisso fortsatt att ta en ledande roll för att hålla AMR högt upp på agendan, bl.a. genom att utnämna en ambassadör för AMR. I efterhand kan man dock samtidigt konstatera att covid-19-pandemin var en väckarklocka som visade på otillräckliga investeringar i pandemiberedskap och global ojämlikhet i tillgången till vaccin.

Rapporten från 2014 lyfte också fram behovet av att förbättra ledarskapet och styrningen inom global hälsa, och i det sammanhanget lyftes Sveriges historiskt starka stöd till multilaterala organisationer som WHO och UNAIDS fram som positiva exempel. Tio år senare ifrågasätts UNAIDS roll och Sverige meddelade nyligen att man kommer att avsluta sitt kärnstöd till organisationen från och med 2025. Även om det är rimligt att diskutera om det ska finnas ett eget FN-organ som fokuserar på endast ett specifikt sjukdomsområde, vill vi upprepa det stora behovet av ett starkt globalt ledarskap för hälsa och att någon bär ansvar för att samla in och sammanställa robusta data om internationella hälsoindikatorer. Hälsobiståndet har

en avgörande roll för att finansiera dessa kärnfunktioner i det globala systemet de kommande 25 åren. Sverige har historiskt spelat en viktig roll i detta avseende och det vore olyckligt om beslutet att stoppa kärnstödet till UNAIDS innebär att Sverige tar ett steg tillbaka från sitt traditionellt starka stöd till globala hälsoinstitutioner.

Resultaten från CIH 3.0 har betydande konsekvenser för våra rekommendationer om svenska hälsobistånd framöver. Att investera i hälsa är ett klokt och betydelsefullt beslut. Vi rekommenderar för det första att Sverige vänder trenden med att avsätta en minskande andel av sitt totala officiella utvecklingsbistånd (Official Development Assistance, ODA) för hälsa. Med tanke på den rådande inflationskrisen och den svenska regeringens avsteg från enprocentsmålet för svenskt ODA finns det en reell risk att svenskt hälsobistånd allvarligt undermineras. För det andra bör det direkta bilaterala stödet prioritera de ekonomiskt svagaste och minst utvecklade länderna. Även om begreppet att länder ”tar examen” från bistånd har diskuterats under en tid, blir begreppet mer relevant i takt med att fler länder går från att vara låginkomstländer till att bli medelinkomstländer. Slutligen krävs ett starkt globalt ledarskap för att hantera globala hälso-utmaningar. Sverige har historiskt sett spelat en avgörande roll för att stödja globala hälsoinstitutioner, och det är sannolikt viktigare än någonsin att Sverige fortsätter att upprätthålla denna roll.

Nästa steg för CIH 3:0: att omsätta evidens till handling

Efter lanseringen av CIH 3.0-rapporten vid världshälsotoppmötet i Berlin 2024 inleder Lancetkommissionen ett program med aktiviteter som syftar till att omsätta evidensen från GH2050 till politiska åtgärder. Ett viktigt verktyg för denna omvandling är de nationella CIH 3.0-kommissionerna, som leds av nationella beslutsfattare med tekniskt stöd från GH2050-författarna.

De nationella kommissionerna inom CIH 3.0 är utformade efter de kommissioner som lanserades efter GH2035, t.ex. kommissionerna i Mexiko och Myanmar. CIH genomförde och publicerade flera analyser av hur Mexiko skulle kunna uppnå målen i GH2035, inklusive publikationer på spanska i en mexikansk tidskrift (Beyeler et al., 2015) och i "Lancet Global Health" (Gonzalez-Pier et al., 2016), och presenterade detta arbete för Mexikos hälsoministerium. CIH fick också i uppdrag av Myanmars kommission att genomföra en analys med titeln "Investing in health in Myanmar: How can the country reach grand convergence and pro-poor universal health coverage?" (Commission on Investing in Health, 2016).

Vid sidan av dessa nationella kommissioner samarbetar CIH också med bilaterala och multilaterala givare för att analysera hur CIH 3.0-rapporten kan påverka biståndsgivares finansiering och politik. En djupgående diskussion om rapportens konsekvenser för varje enskild givare får inte plats i detta dokument, men som en fallstudie har vi i Box 1 nedan beskrivit våra rekommendationer till Europeiska unionen.

GH2050 är medveten om de många utmaningar som väntar men analysen visar på en väg för alla länder att halvera antalet förtida dödsfall till 2050. Nationella kommissioner är nästa steg i att operationalisera hur länder kan uppnå målet "50 till 50". Genom att initialt fokusera resurserna mot en snäv uppsättning hälsointerventioner och öka finansieringen för att utveckla ny hälsoteknik ligger målet inom räckhåll.

Box 1: Rekommendationer från CIH 3.0-rapporten till Europeiska unionen

Finansiering av forskning och utveckling

EU:s framtida forskningsfinansiering kommer sannolikt att vara betydande. I Mario Draghis rapport om den europeiska konkurrenskraftens framtid anges t.ex. att ”budgeten för det nya ramprogrammet (FP10) bör fördubblas till 200 miljarder euro per 7 år” (Draghi, 2024). Den första rekommendationen gäller EU:s forskningsfinansiering. En större andel av forskningsbudgeten i EU:s ramprogram för forskningsinnovation – Horizon Europe för 2021–2027 och därefter ramprogram 10 (FP10) med start 2028 – bör gå till global hälsa, inklusive förbisedda tropiska sjukdomar. EU:s forskningsfinansiering är avgörande för samarbetet mellan EU och afrikanska länder för att bekämpa infektionssjukdomar, förbisedda tropiska sjukdomar och antimikrobiell resistens. Ytterligare finansiering bör också bidra till samarbetet med afrikanska länder.

Beredskap och insatser mot pandemier

Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (HERA), som inrättades som ett generaldirektorat inom Europeiska kommissionen, spelar en roll inom bl.a. forskning och utveckling (FoU), PPR, AMR och samarbete med Afrika. HERA är t.ex. det center som leder EU:s samordning av mpox-utbrottet 2024, inklusive potentiella donationer av vacciner till drabbade länder i Afrika. HERA:s budget bör ökas i linje med dess uppdrag och stora omfattning, inklusive tillräckliga resurser för att stödja storskaliga investeringar i FoU. Dessutom bör EU bygga vidare på HERA:s resultat inom internationellt samarbete och stöd till låg- och medelinkomstländer, inklusive samarbetet med Afrikas centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

Antimikrobiell resistens – AMR

EU dess medlemsstater har prioriterat kampen mot AMR. EU behöver nu fortsätta att visa globalt ledarskap inom AMR genom fler incitament för utveckling av nya antimikrobiella medel, ökad finansieringen av forskning och utveckling och intensifierat arbete inom fyrapartssamarbetet (WHO, FN:s livsmedels- och jordbruksorganisation, Världsgesundhetsorganisationen för djurhälsa och FN:s miljöprogram). HERA kan också bidra med teknisk kompetens.

Volymen på EU:s hälsobistånd

EU bör öka hälsobiståndet. Global hälsa är en av prioriteringarna för EU, och Afrika söder om Sahara får en betydande andel av EU:s bilaterala offentliga utvecklingsbistånd 2021–2027. Under de senaste åren har dock konkurrerande politiska prioriteringar och ökad finansiering till Ukraina lett till en minskning av resurser till låginkomstländer. I EU:s nästa budgetram bör global hälsa och Afrika söder om Sahara förbli viktiga tematiska och geografiska prioriteringar vid fördelningen av medel.

Immaterialrätt inom global hälsa

EU bör visa större öppenhet för immaterialrättsliga undantag när det gäller medicinska åtgärder vid en pandemi (läkemedel, vacciner, diagnostik), i synnerhet om WHO har förklarat att det råder ett internationellt hot mot folkhälsan. När det gäller delning av immateriella rättigheter och tekniköverföring har förhandlingarna om pandemifördraget visat att EU fortfarande är motståndare till att göra sådan delning och överföring obligatorisk vid framtida pandemier (Cullinan, 2023). EU förespråkar i stället flexibla frivilliga strategier och långsiktig kapacitetsuppbyggnad.

Referenser

Arrow K. Saving a malaria program that saves lives. New York Times Nov 13, 2012. <https://www.nytimes.com/2012/11/14/opinion/saving-a-malaria-program-that-saves-lives.html>

Barter DM, Agboola SO, Murray MB, Bärnighausen T. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa – a systematic review. BMC Public Health 2012;12:980.

Berkley S, Bobadilla JL, Hecht R, et al. World development report 1993: investing in health. Washington, DC: World Bank Group, 1993. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468831468340807129/World-development-report-1993-investing-in-health>

Beyeler N, González-Pier E, Alleyne G, et al. Salud global 2035: implicaciones para México. Salud Pública de México. vol.57 no.5 Cuernavaca Sept/Oct 2015.

Bloomberg MR, Summers LH, Ahmed M. Health Taxes to Save Lives. Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages. 2019. Tillgänglig på: <https://www.bloomberg.org/public-health/building-public-health-coalitions/task-force-on-fiscal-policy-for-health/>

Commission on Investing in Health. Investing in health in Myanmar: How can the country reach grand convergence and pro-poor universal health coverage? January 2016. <https://globalhealth2050.org/files/2024/04/myanmar-brief.pdf>

Crager SE. Improving global access to new vaccines: intellectual property, technology transfer, and regulatory pathways. Am J Public Health 2014;104:e85–91.

Cullinan K. Intellectual Property Negotiations Belong at WTO, European Countries Tell Pandemic Accord Negotiations. Health Policy Watch, 6 Nov 2023. <https://healthpolicy-watch.news/intellectual-property-negotiations-belong-at-wto-european-countries-tell-pandemic-accord-negotiations/>

Dybul M. A grand convergence and a historic opportunity. Lancet 2013;382:e38–9.

Draghi M. The future of EU competitiveness. Sept 2024.

https://commission.europa.eu/topics/strengthening-european-competitiveness/eu-competitiveness-looking-ahead_en

González-Pier E, Barraza-Lloréns M, Beyeler N, et al. Mexico's path towards the Sustainable Development Goal for health: an assessment of the feasibility of reducing premature mortality by 40% by 2030. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e714–25.

Gnugesser E, Chwila C, Brenner S, et al. The economic burden of treating uncomplicated hypertension in Sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2022;22:1507.

Horton R. Offline: Can one turn an aspiration into reality?
Lancet 2015;385:492.

Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.

Jamison DT, Sandbu M, Wang J. Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries? *J Health Econ.* 2016;48:16–25.

Jamison DT, Summers LH, Chang AY, et al. Global health 2050: the path to halving premature death by 2050. *Lancet* 2024 (in press).

Keita M, Boland ST, Okeibunor J, et al. 10 years after the 2014–16 Ebola epidemic in west Africa: advances and challenges in African epidemic preparedness. *Lancet* 2024; 403:2573–2575.

Norheim OF, Jha P, Admasu K. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–2030: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet* 2015;385:239–52.

Norheim OF, et al. Halving premature death and improving the quality of life at all ages. Background paper for CIH 3.0 [Internet]. 2024. Tillgänglig på: <https://www.uib.no/en/bceps/170424/lancet-commission-investing-health-cih3>

Ogbuoji O, Schäferhoff M, Zimmerman A, Fawole A, Yamey G. Health and economic benefits of improving efficiencies in product development for neglected diseases, emerging infectious diseases, and maternal health. 2024. <https://centerforpolicyimpact.org/wp-content/uploads/sites/18/2024/07/health-and-economic-benefits-of-improving-efficiencies-in-product-development.pdf>

Schäferhoff, M, Zimmerman A, Foppe M, Yamey G, Jamison D. Financing for international collective action for health between 2020–2022. Background paper for CIH 3.0. 2024; Tillgänglig på: <https://www.uib.no/en/bceps/170424/lancet-commission-investing-health-cih3>

Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women’s and children’s health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2014; 383:1333–1354.

United Nations. World Population Prospects 2024. Department of Economic and Social Affairs, 2024. <https://population.un.org/wpp/>

Wang LX. Global drug diffusion and innovation with the medicines patent pool. *J Health Econ* 2022 Sep;85:102671.

Watkins DA, Nugent R, Yamey G, et al. Intersectoral Policy Priorities for Health. In: *Disease Control Priorities (third edition): Volume 9*. Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al. (eds). Washington, DC: World Bank, 2017.

Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M, et al. Alma Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *Lancet* 2018; 92:1434–1460.

World Health Organization. *The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.

World Health Organization. *Global health estimates: leading causes of death in 2019*. Published 2021. Geneva: WHO; 2021.

World Health Organization, World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report [Internet]*. Washington, DC: World Bank; 2023. Tillgänglig på: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1ced1b12-896e-49f1-ab6f-f1a95325f39b>

Yamey G, Saxenian H, Hecht R, Sundewall J, Jamison DT. Sweden’s development assistance for health—policy options to support the Global Health 2035 goals. EBA report 02|2014, https://eba.se/wp-content/uploads/2014/11/891866_EBA_WEB_LR.pdf

Yamey G, Sundewall J, Saxenian H, et al. Reorienting health aid to meet post-2015 global health challenges: a case study of Sweden as a donor.

Oxford Review of Economic Policy 2016;32:122–146.

<https://academic.oup.com/oxrep/article/32/1/122/2452856>

Yamey G, Watkins D. Let's end the fuzziness in universal health coverage.

Global Health Now. Oct 25, 2018. [https://globalhealthnow.org/2018-](https://globalhealthnow.org/2018-10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage)

[10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage](https://globalhealthnow.org/2018-10/lets-end-fuzziness-universal-health-coverage)

4 Århundradets hälsohot – klimatförändringarnas effekter på vår hälsa

Maria Nilsson

- Klimatförändringarna utgör en av vår tids allra största och allvarligaste utmaning och hotar de senaste 50 årens framsteg för folkhälsan.
- Hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan måste minska, behovet av att anpassa hälsosektorn till en ny verklighet växer för varje dag.
- Biståndet kan spela en viktig roll för att stärka länders hälsosystem så att de är bättre rustade att klara av klimatförändringarnas effekter på hälsa och på hälso- och sjukvårdens infrastruktur.
- Den orättvisa fördelningen av konsekvenser och ansvar för klimatförändringarna drabbar låginkomstländer dubbelt.
- Genom att inkludera kunskapsområdet ”klimatförändringarnas hälsoeffekter” som en stående punkt vid planering och beslutsfattande kan viktiga synergieffekter uppnås.

Inledning

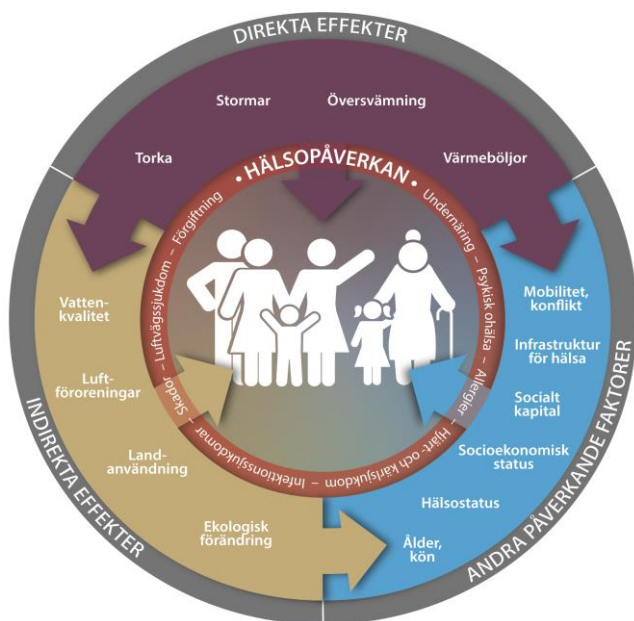
År 2023 upplevde världen de högsta globala temperaturerna på över 100 000 år. Under 2024 har nya värmerekord slagits på kontinent efter kontinent. Världen upplever mer extrem värme, nederbörd och torka; inlandsisar, havsis och glaciärer som krymper och en allt snabbare havsnivåhöjning och havsuppvärmning (European Commission, 2024). Klimatförändringarna utgör en av vår tids allra största och allvarligaste utmaning. År 2009 konstaterade den medicinska tidskriften *The Lancet* att klimatförändringarna är detta århundrades största hälsohot, som med nuvarande utsläppstrender innebär att de senaste 50 årens hälsoframgångar är hotade (Costello et al., 2009). Alla delar av världen påverkas, både ekosystem och mänskliga samhällen, men värst drabbade är låginkomstländerna. Parallellt har mänskligheten flera andra allvarliga utmaningar att hantera, som till exempel minskad biologisk mångfald, luftföroreningar och antimikrobiell resistens. Var och en av dessa har betydande effekter på människors hälsa, men när de samverkar förstärker de varandras negativa effekter. Klimatförändringarna kan till exempel indirekt främja förutsättningarna för spridningen av antimikrobiell resistens genom att påverka miljö, ekosystem och mänskliga beteenden.

Under FN:s globala klimatmöte COP21 i Paris 2015 beslutade världens länder att gemensamt fortsätta ansträngningarna för att begränsa jordens temperaturökning, så att den inte överskrider 1,5 °C i slutet av detta århundrade. Insatserna är nödvändiga eftersom varje bråkdel av en grads uppvärmning har stor betydelse. För att möjliggöra en hållbar framtid för nuvarande och kommande generationer är det avgörande att se riskerna i vitögat, förstå konsekvenserna, ta dem på allvar och hitta möjliga lösningar som kan omsättas i praktiken snarast möjligt. Vi behöver ha modet att ta till oss kunskapen, agera skyndsamt och göra rätt för att minska riskerna. Att visa hur klimatförändringarna påverkar människors hälsa ger en mänsklig dimension som ökar förståelsen för dess allvar och behovet av snabb samhällsförändring. Det kan vara den största möjligheten för global hälsa under detta sekel.

Klimatförändringarnas hälsoeffekter

Vi människor exponeras alltmer för klimatrelaterade hälsorisker. Kunskapen om hälsoeffekter globalt, i Europa och hos oss i Sverige har ökat avsevärt under de senaste årtiondena. På bilden nedan illustreras hur klimatförändringen kan påverka hälsan på direkta och indirekta sätt med exempel på andra påverkansfaktorer.

Figur 1: Klimatförändringarnas hälsoeffekter



Källa: Maria Nilsson, 2024 (opublicerat).

Direkt och indirekt påverkan av värme och extremväder

Hälsan kan påverkas direkt vid värmeböljor och annat extremväder som torka, stormar och översvämningar. I en värld som blir allt varmare, med fler, längre och mer intensiva värmeböljor, ökar risken för sjukdomar och dödsfall kopplade till flera av kroppens organ som

hjärta, lungor och njurar. Långvarig hetta ökar risken för värmestress och värmeslag. Även om den globala medeltemperaturökningen stannar på strax under 2 °C kommer de värmerelaterade dödsfallen att öka med 370 procent till mitten av seklet, givet den nuvarande takten på klimatanpassning (Romanello et al., 2023). Ett hetare klimat med fler och längre perioder av torka ökar risken för skogsbränder som kan hota liv och hälsa direkt i samband med katastrofhändelser och indirekt genom ökade luftföroreningar som kan påverka hjärt-kärlsjukligheten samt luftvägssjukligheten, inte minst hos äldre människor (Etzel et al., 2024).

Klimatrelaterade naturkatastrofer har betydande effekter på både den fysiska och psykiska hälsan. Stormar och översvämning kan leda till direkta effekter som personskador och dödsfall och till indirekta effekter genom försämrad kvalitet på vatten och bristande tillgång till rent vatten. Översvämningar och torka, som minskar tillgången till rent vatten och mat genom försämrad livsmedels säkerhet och livsmedelsförsörjning, ökar risken för infektionssjukdomar och undernäring. Exempel på andra indirekta hälsoeffekter är allergier, förvärrad astma och andra luftvägssjukdomar samt infektionssjukdomar som sprids via vektorer (Haines & Ebi, 2019).

Vissa grupper är extra sårbara, som spädbarn och små barn, äldre, gravida och människor med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom. Dessa grupper kan ha svårare att reglera kroppstemperaturen, ha större sårbarhet för uttorkning, påverkad mobilitet och/eller ett svagare immunsystem. Höga temperaturer är kopplade till högt blodtryck och graviditetsdiabetes hos gravida men också till negativa födelseutfall, främst för tidig födsel och dödfödda barn. Värmeböljor ökar risken för hjärtinfarkt och andningsproblem hos äldre och kan påverka barns och ungdomars kognitiva funktion och inläring. Luftföroreningar ökar risken för högt blodtryck under graviditeten, låg födelsevikt, för tidig födsel och negativa effekter på fosterhjärnans och lungornas utveckling (Etzel et al., 2024).

Psykisk hälsa

Klimatförändringarna kan orsaka både omedelbara och långvariga effekter på den psykiska hälsan. Bland de omedelbara effekterna finns ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom och missbruk; som ökar efter naturkatastrofer. Risken för psykiskt trauma är betydande efter katastrofer som resulterat i skador på individer samt förlust av hem, mark och egendom. Perioder av extrem värme ökar riskerna för dem som redan lider av psykisk ohälsa. Vid hetta ökar sårbarheten vid medicinering med vanligt förekommande antidepressiva och vätskedrivande läkemedel genom att kroppens förmåga till värmerreglering och vätskebalans påverkas. I allt fler studier rapporteras också om barns och ungas klimatoro där uttryck ges för oro för den egna framtiden och för andras framtid (Lawrence et al., 2022).

Mat och vatten

Utöver från översvämningar och torka påverkas tillgången till mat och rent vatten av ökad salthalt i marken och förlust av odlingsbar mark. Förändringarna av klimatet påverkar livsmedelssystem och produktion, vilket kan få stora konsekvenser. Minskade skördar, försämrat näringsinnehåll och problem med tillgång till färskvatten kan leda till ökad undernäring, särskilt i områden som subsahariska Afrika och Sydasiens. En minskande trend i avkastningen från viktiga grödor globalt, vilken observerats sedan 1960-talet, hotar både produktionen och säkerheten kring livsmedel. Små barn och spädbarn drabbas ofta hårdast och effekterna av undernäring i tidig ålder kan bli bestående (Watts et al., 2019).

Infektionssjukdomar

Klimatförändringar påverkar förekomsten och utbredningen av livsmedels-, vatten- och vektorburna infektionssjukdomar orsakade av bakterier, virus och parasiter. Sjukdomarna kan påverkas avsevärt av förändringar i temperatur, nederbördsmonster och extrema

väderhändelser. Nya infektionssjukdomar kan etableras, och spridningsmönstret för redan befintliga infektionssjukdomar kan förändras. Låginkomstländer är mer sårbara på grund av otillräcklig vatteninfrastruktur, brister i sanitet och begränsad tillgång till rent vatten. Kustområden har en högre risk på grund av närhet till vatten som kan vara förorenat av smittämnen, särskilt med stigande havsnivåer och varmare vatten. När klimatförhållandena ändras med ökande temperaturer och ändrade nederbördsmönster kan nya geografiska områden och allt fler människor hamna i riskzonen för allvarliga infektionssjukdomar som denguefeber, malaria, West Nile-virusinfektion och vibrioinfektion¹ (Romanello et al., 2023). Denguefeber är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) en av de allvarligaste myggburna infektionerna med snabbast spridning i världen. Sjukdomen finns i mer än 100 länder och hälften av världens befolkning löper risk att drabbas, med uppskattningsvis 100–400 miljoner infektioner varje år (WHO, 2024a).

Luftföroreningar

Enligt WHO exponeras 99 procent av världens befolkning för luftföroreningsnivåer som överstiger WHO:s riktlinjer. Luftföroreningar i utomhusmiljö, både i städer och på landsbygden, orsakar omkring 4,4 miljoner dödsfall globalt varje år. Totalt uppskattar WHO att luftföroreningar varje år, inomhus och utomhus kombinerat, leder till 7 miljoner förtida dödsfall (före 70 års ålder) (WHO, 2024b). Exponering för luftföroreningar kan öka hälsoriskerna under perioder av hetta. Hälsoeffekterna kan bli akuta vid exponering för höga halter, som hjärtinfarkt, stroke och akuta luftvägsinfektioner, medan långvarig exponering kan leda till cancer och astma.

¹ Vibrioinfektion orsakas av vissa typer av vibriobakterier. Man kan smittas vid kontakt med vatten där bakterien förekommer, vilket framför allt kan ske vid bad i bräckt vatten med vattentemperatur över 20 grader.

Ökad sårbarhet för konsekvenserna av klimatförändringarna

För mer än 15 år sedan konstaterade Sternrapporten ”The economics of climate change” att ”de fattigaste kommer att drabbas tidigast och hårdast” (Stern, 2007). Vi ser det hända idag.

Klimatförändringarna är en global kris som påverkar alla länder med en orättvis fördelning av både orsaker och konsekvenser. Höginkomstländerna har genom sina historiska utsläpp av växthusgaser drivit på klimatförändringarna genom omfattande användning av fossil energi och höga konsumtionsnivåer. Låginkomstländer betalar generellt det högsta priset för klimatförändringarnas effekter, trots att de bidragit minst till problemet.

Många låginkomstländers beroende av jordbruk och naturresurser för sin försörjning gör dem extra sårbara för klimatförändringarnas konsekvenser. Förutom de effekter på hälsa som vi har varit inne på, så leder de också till ökande ekonomiska kostnader för återuppbyggnad och klimatanpassning av samhällen. Det samverkar med andra demografiska, socioekonomiska och miljömässiga faktorer, liksom med nivå på social stabilitet samt tillgången till och prioriteringen av resurser för hälsosystemen, vilket i sin tur påverkar hälsan. Den orättvisa fördelningen av konsekvenser och ansvar innebär att låginkomstländer tvingas hantera en dubbel börda: De drabbas hårt av klimatförändringarnas effekter, samtidigt som de generellt har lägre kapacitet och färre resurser för att motverka problemen, anpassa samhällen och skydda hälsan hos sina medborgare.

Befintliga hälsoutmaningar och ojämlikheter förväntas öka mellan olika regioner, inom länder och mellan befolkningsgrupper på grund av klimatförändringarna. Afrika tillhör de allra mest sårbara kontinenterna på grund av flera existerande allvarliga samhällsutmaningar, och regionen är redan hårt drabbad av klimat känsliga sjukdomar. Sedan början av 2023 har rekordmånga dödsfall på grund

av stigande temperaturer, ihållande torka och katastrofala översvämningar rapporterats. Stora delar av Afrika räknas som globala ”hotspots” med hög sårbarhet för effekterna av klimatförändringarna (IPPC, 2022).

Temperaturhöjning och fler värmeböljor har observerats i alla afrikanska regioner (Engdaw, Ballinger, Hegerl & Steiner, 2022). Afrika är den region som drabbats hårdast av torka, vilket påverkat livsmedelsförsörjningen. På Afrikas horn upplevde vissa områden torka under alla årets månader 2022, vilket bidrog till hungersnöd för miljontals människor (Romanello et al., 2023).

Enligt Världsmeteorologiska organisationen var Asien världens mest katastrofdrabbade region 2023. Förändringar av yttemperatur, glaciärsmältning och havsnivåhöjning får betydande negativa konsekvenser för samhällen, ekonomier och ekosystem i regionen. Översvämningar och stormar orsakade det högsta antalet dödsoffer, samtidigt som värmeböljornas inverkan på människors hälsa blivit allvarligare. Till exempel har översvämningar i Bangladesh, Pakistan, Indien och Nepal de senaste åren krävt tusentals liv och lett till osäker tillgång till livsmedel för hundratusentals människor. Den dubbla utmaningen med torka och saltvattenintrång från stigande havsnivåer förvärrar den osäkra tillgången till livsmedel genom en minskning av den odlingsbara marken i syd- och sydostasiatiska regioner. Prognoser tyder på att Sydasien under detta århundrade kommer att uppleva några av de största ökningarna av årliga medeltemperaturer (Dimitrova et al., 2021). Sydasiens topografi med slätter, långa kustlinjer och höga berg har bidragit till sårbarheten för extrema väderhändelser i regionen. Ökande temperaturer och häftigare skyfall har också förändrat spridningen av infektionssjukdomar som till exempel denguefeber, vilket utgör ett växande hälsohot i Sydasien (Tsheten, Gray, Clements, & Wangdi, 2021; Watts et al., 2019).

Jobb, sysselsättning och inkomst påverkas

Jobb och sysselsättning är en central del i arbetet för att minska fattigdom och ojämlikhet. Även här spelar klimatförändringarna en betydande roll med konsekvenser på alla nivåer: för individ, familj, och samhälle. Höga temperaturer påverkar människors arbetsförmåga genom minskad produktivitet och effektivitet. Det kan i sin tur påverka människors försörjningsförmåga och levnadsstandard genom en omfattande förlust av potentiella arbetstimmar, räknat per arbetare och år, särskilt i låginkomstländer (Romanello et al., 2023). Afrika och västra Stillehavsregionen har en hög andel utomhusarbetare, vilket utsätter arbetarna i dessa regioner för särskilt höga klimatrelaterade risker. Problemen är stora inom jordbrukssektorn men också inom fiske, skogsbruk och byggnadsarbete, med indirekta effekter inom turism-, hälso- och finans-/försäkringssektorerna. Det får ekonomiska konsekvenser för enskilda arbetare och deras familjer men påverkar även arbetsgivare och nationer. Småbrukare är särskilt utsatta för extrema väderhändelser som översvämningar och torka. Det kan förstöra en hel skörd och lämna dem utan en pålitlig inkomstkälla. Deras försörjning är beroende av specifika temperatur- och nederbördsintervall, och klimatanpassningsförmågan är begränsad.

Urbanisering

Idag bor nästan 60 procent av världens befolkning i städer; 2050 kommer 7 av 10 människor att göra det. Hållbar utveckling är beroende av hur denna tillväxt hanteras, särskilt i låginkomst- och lägre medelinkomstländer där urbaniseringstakten förväntas vara snabbast (UN, 2018). Urbaniseringen innebär särskilda utmaningar då världen blir hetare. Infrastruktur som byggnader, vägar och annat gjort av betong, sten och med mörka ytor absorberar värme under dagen, som sedan utsöndras under natten. Stadsområden, där tillgången till grönska är begränsad, blir till så kallade urbana värmeöar, med högre temperaturer i förhållande till omgivande områden. Kombinationen med luftföroreningar kan ytterligare

förstärka risken för dödsfall och ohälsa. Extremvärme gör att halten av luftföroreningar såsom marknära ozon och partiklar ökar, med ökad belastning på hälsan som följd. Ungefär en miljard människor världen över bor i slumområden, och antalet förväntas öka. I tätbefolkade slumområden i resursfattiga länder blir de negativa hälsoeffekterna särskilt påtagliga under perioder av extrem värme, där hus, tak och skydd ofta är byggda av enkla material som plast och metall, och där tillgången till rent vatten, sanitet och hälsovård är bristfällig eller icke-existerande. Dessutom påverkar klimatrelaterade risker som kraftiga regn och översvämningar vattenkvalitet, bostäder och sanitetssystem negativt.

Konflikter och migration

Klimatförändringarna utgör en växande faktor med betydelse för migration och konflikter världen över. När jordens klimat förändras riskerar en alltmer ansträngd tillgång till naturresurser som vatten och odlingsbar jordbruksmark att få allvarliga konsekvenser för samhällen och individer. Brist på rent vatten, återkommande allvarliga översvämningar och förlust av mark och egendom kan leda till påtvingad migration. FN:s miljöprogram UNEP har uppgett att 2030 riskerar ungefär hälften av världens befolkning att bo i områden med hög vattenstress.

Det är svårt att uppskatta hur många människor som kan behöva migrera på grund av klimatförändringar. Uppskattningarna bygger på komplexa antaganden om olika klimatscenarier, befolkningsökning och migrationsmönster. International Organization for Migration har uppskattat att upp till 200 miljoner människor kan vara på flykt 2050 på grund av klimatförändringarna. Uppgiften omfattar påtvingad migration på grund av stigande havsnivåer, extremt väder och andra miljöbelastningar som förvärras av klimatförändringarna.

Klimatmigration kan ske inom länder, eller vara internationell där människor korsar gränser och söker skydd. I de fall där hela regioner blir obeboeliga kan den internationella migrationen öka. Bland de

områden som kommer att drabbas värst finns Sahel, där hundratals miljoner människor kan behöva migrera före slutet av århundradet (Defrance et al., 2017).

Klimatförändringarna diskuteras som något som i ökande grad kan komma att påverka global stabilitet och säkerhet. Konflikter och social oro relaterade till klimatförändringar kan uppstå ur en kombination av miljömässiga, sociala, ekonomiska och politiska faktorer. Några faktorer som nämns är resursbrist, osäker tillgång till livsmedel, förlust av mark och infrastruktur, migration och förflyttning, ekonomiska störningar, konkurrens om energiresurser, svaga styrningsstrukturer och politisk instabilitet. Utbredda hälsokriser kan också förvärra sociala spänningar och bidra till instabilitet och konflikter.

Klimatförändringarnas effekter på länders hälso- och sjukvårdssystem

Klimatförändringarna har djupgående effekter på olika samhällssektorer, så även på hälso- och sjukvård. Covid-19-pandemin visade världen betydelsen av starka hälsosystem och god beredskap för att skydda människors hälsa mot hälsochocker. Samtidigt ser vi att de ökande hälsoeffekterna av klimatförändringarna sätter hälsosystemen under press, både på kort och lång sikt. Effekterna är särskilt uttalade i låginkomstländer, med hälso- och sjukvårdssystem som tvingas hantera stora utmaningar med begränsad resurstillgång, svag infrastruktur samt otillräcklig finansiering.

Behoven av mer omfattande och kostsam hälso- och sjukvård kan komma att öka till följd av förändrade sjukdomsmönster och högre sjuklighet, till exempel på grund av större spridning av smittsamma sjukdomar och ökad antimikrobiell resistens.

Sjukvårdsinrättningar kan skadas och nödvändiga transporter hindras av översvämningar och extrema väderförhållanden, vilket försvårar tillgången till mediciner och medicinsk utrustning. Brist på

vatten inom hälso- och sjukvården bidrar till ökad smittspridning och till att det inte går att utföra säker vård. Osäker livsmedelstillgång kan leda till både undernäring, felnäring och andra hälsoproblem som ytterligare belastar hälso- och sjukvårdssystemen.

Effekterna av klimatförändringarna, som extremväder och en ökande sjukdomsburda, höjer kraven på hälso- och sjukvårdspersonal som många gånger redan jobbar under stress. Denna dynamik skapar sammantaget en ond cirkel som ytterligare belastar redan pressade hälso- och sjukvårdssystem.

Hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan

Hälso- och sjukvårdens verksamhet bidrar till klimatförändringen genom klimatpåverkande utsläpp och bidrar därmed oavsiktligt till att undergräva folkhälsan. Enligt Världsbanken och organisationen Health Care Without Harm står hälso- och sjukvårdssektorn för nästan 5 procent av de globala utsläppen av växthusgaser och har ett årligt koldioxidavtryck som motsvarar runt 515 koleldade kraftverk. Som den tredje största utsläpparen står EU:s hälso- och sjukvårdssektor för 12 procent av den globala sektorns klimatavtryck.

Allt fler exempel finns dock där hälsosektorn, både sjukhus och hela hälsosystem, tar steg för att minska sitt klimatavtryck, bidra till folkhälsan och samtidigt spara pengar. I Europa var National Health Service (NHS) i England det första nationella hälsosystemet som beslutade om nettonollutsläpp, med en detaljerad plan för att göra sjukvården grönare. Health Promoting Hospitals Network, som har sitt ursprung i Europa och stöds av WHO, har utvecklat standarder för klimatomställnings- och anpassningsstrategier i hälso- och sjukvårdsorganisationer (International Network of Health Promoting Hospitals, 2024). Health Care Without Harm rapporterar om en utveckling där ett antal globala företag tävlar om att bygga och driva ”gröna sjukhus” runt om i världen. Nätverket Global Green and Healthy Hospitals har över 1 900 medlemmar i mer än 80 länder som

representerar mer än 70 000 sjukhus och hälsosystem. De arbetar för att utveckla hälsosektorn för en hållbar och hälsosam framtid.

WHO presenterade i slutet av 2023 ett operativt ramverk för att bygga klimattåliga hälsosystem med låga koldioxidutsläpp och främja integrationen av klimatförändringar och hälsa i nationella, regionala och globala planer. Ramverket kallas ”Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems” och släpptes 2023 inför COP28. Det utvecklades efter en begäran om WHO-stöd från hälsoministrar i mer än 75 länder som blev medlemmar i Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH) som sjösattes av WHO och Storbritannien vid COP26. ATACH har idag mer än 80 medlemsländer; Sverige är inte ett av dessa.

Bonuseffekter på hälsa från klimatomställning och klimatanpassning

När samhället ställs om för att minska människors klimatpåverkan får det positiva bonuseffekter på folkhälsan. Exponering för luftföroreningar ökar belastningen på hälso- och sjukvården genom sjukdomar som kräver inläggningar och akutbesök. En systematisk övergång till grön energi och utfasning av fossila bränslen minskar utsläppen av växthusgaser, vilket leder till renare luft, bättre folkhälsa och i förlängningen ekonomiska besparingar. När fossildrivna fordon fasas ut och möjligheterna till aktiv transport såsom cykling och gång integreras i stadsplaneringen, främjas ökad fysisk aktivitet samtidigt som det stödjer klimatomställningen. Det har en rad positiva effekter på människors hälsa.

Gröna ytor i städer bidrar både till att minska värmeöar och till att reducera partikelhalter. Tillgång till gröna miljöer är bra för alla, men en god tillgång till grönytor under barndomen har rapporterats vara förknippad med en lägre risk för att utveckla psykisk ohälsa från barndomen till vuxen ålder.

Livsmedelsproduktion ger, som tidigare nämnts, stora utsläpp i ett globalt perspektiv. Genom att ändra matvanor till en mer hållbar kost med ökad konsumtion av frukt, grönsaker och baljväxter samt minskat intag av kött, särskilt rött kött och bland högkonsumerter, kan betydande miljö- och hälsofördelar uppnås. En sådan övergång minskar växthusgasutsläpp från livsmedelssystem samt vatten- och markanvändning, men kan även medföra stora hälsofördelar genom minskad risk för kroniska sjukdomar som hjärtsjukdomar och stroke. I EAT Lancetkommissionens rapport från 2019 presenterades den så kallade globala PHD-dieten ("planetary health diet"), som är hälsosam för både människor och planet. Dieten bygger på konsumtion av ett flertal olika minimalt bearbetade vegetabiliska livsmedel samt en blygsam mängd kött och mejeriprodukter. En uppföljningsstudie av dieten, publicerad sommaren 2024, visade att risken för förtida död var 30 procent lägre bland de 10 procent av deltagarna som följde PHD-dieten mest noggrant jämfört med de 10 procent som följde den minst noggrant. Varje större dödsorsak, som cancer, hjärtsjukdomar och lungsjukdomar, minskade med ökad följsamhet till dieten. De som följde PHD-dieten mest noggrant hade också en betydligt lägre miljöpåverkan än de som följde den minst noggrant med 29 procent lägre utsläpp av växthusgaser, 21 procent lägre användning av gödningsmedel och 51 procent lägre behov av odlingsmark (Bui et al., 2024).

I några närliggande länder finns exempel där man genomfört satsningar med synergier inom området hälsa och klimat. Danmark, särskilt Köpenhamn, är känt för sina omfattande satsningar på cykelinfrastruktur. År 2022 investerade Köpenhamn 10 miljoner euro i cykelinfrastruktur. Staden har skapat ett nätverk av cykelvägar som inte bara främjar hälsa genom att uppmuntra fysisk aktivitet utan också minskar trafikrelaterade utsläpp av växthusgaser. I Norge har regeringen satt målet att nya personbilar och lätta skåpbilar ska vara nollutsläppsfordon från 2025. För att klara den snabba övergången används styrmedel och en lång rad incitament. Finland arbetar med program för skolmåltider där fokus ligger på att använda lokalt producerade, ekologiska råvaror, vilket minskar transportrelaterade

utsläpp och stödjer lokal ekonomi. Satsningen ska bidra till förbättrad barnhälsa genom att erbjuda mer näringsrik mat och samtidigt minska skolornas klimatavtryck. Tyska städer som till exempel Freiburg har integrerat grön stadsplanering för att skapa hållbara och hälsosamma levnadsmiljöer. Genom att designa städer med mycket grönområden, gång- och cykelvägar samt effektiv kollektivtrafik minskar man utsläppen samtidigt som man främjar fysisk aktivitet och psykisk hälsa. Nederländerna har lång erfarenhet av att hantera vatten, och genom att skapa multifunktionella gröna områden som fungerar som både rekreationsytor och översvämningsskydd bidrar man till ökad fysisk aktivitet och minskad stress, samtidigt som man anpassar sig till klimatförändringarna.

Följande exempel visar hur integrerade insatser kan skapa synergier mellan hälsa och klimatomställning i några låginkomstländer. Grameen Shakti är en organisation i Bangladesh som främjar användningen av solenergi, biogas och förbättrade spisar som minskar beroendet av fossila bränslen som ved och kol. Den förbättrade luftkvaliteten inomhus har lett till färre luftvägsinfektioner relaterade till inomhusluftföroreningar. Verksamhet har genomförts med Sidastöd. The Green Belt Movement i Kenya planterar träd för att bekämpa avskogning och erosion samt förbättra vattenkvalitet och tillgång till vatten. Trädplanteringarna ska bidra till att binda koldioxid, minska klimatpåverkan och risken för vattenburna infektionssjukdomar. Sanitation and Water for All (SWA) arbetar för att förbättra sanitet och vattenkvalitet genom att introducera hållbara sanitetslösningar och avfallshanteringssystem för minskad klimatpåverkan. Insatserna är särskilt fokuserade på att minska utsläppen av metan och andra växthusgaser från avfall. Förbättrad sanitet och minskad förorening av vattenkällor leder till färre fall av diarré och minskad risk för vattenburna infektionssjukdomar.

Målkonflikter?

Vid klimatomställning och klimatanpassning kan potentiella målkonflikter uppstå, ofta i relation till energi-, transport-, industri-, byggnads-, vatten- och livsmedelssektorerna. Dessa konflikter behöver identifieras. Det är nödvändigt att förstå när en åtgärd som syftar till att minska utsläpp inom ett område kan riskera att öka dem i ett annat.

Klimatomställning är åtgärder för att minska eller begränsa utsläppen av växthusgaser och därmed bromsa klimaförändringarna. Målet är att minska mänskliga aktiviteter som orsakar global uppvärmning, exempelvis genom att minska beroendet av fossila bränslen, öka energieffektiviteten samt skydda och öka antalet kolsänkor.

Klimatanpassning handlar om att förbereda samhället för de redan pågående eller oundvikliga effekterna av klimaförändringarna. Detta kan inkludera byggandet av infrastruktur som tål extrema väderhändelser, planering för höjda havsnivåer, förändringar inom jordbruk för att hantera nya vädermönster samt att utveckla hälso- och sjukvården och andra system för att hantera värmeböljor och översvämningar.

Ett enkelt exempel på en målkonflikt är när det krävs ökade transporter för att människor ska kunna ta sig till miljöåtervinningsstationer, vilket medför högre utsläpp. En annan större målkonflikt på en mer övergripande nivå är den mellan hälso- och sjukvårdens klimatpåverkande utsläpp och dess ansvar att upprätthålla och förbättra folkhälsan, vilken riskerar att försämrans påtagligt av klimaförändringarnas konsekvenser.

Genom att balansera olika mål och eftersträva lösningar som maximerar de samlade fördelarna, samtidigt som de negativa effekterna minimeras kan stora fördelar uppnås vid beslutsfattande kring klimatomställning och klimatanpassning – på både kort och lång sikt.

Några centrala policysammanhang

Sveriges policykontext vad gäller klimatförändringar och hälsa präglas av både internationella och nationella åtaganden. På den internationella arenan har Sverige genom Parisavtalet åtagit sig att minska sina utsläpp av växthusgaser och bidra till att begränsa den globala uppvärmningen till under 1,5 °C. Inom FN:s klimatkonvention lämnar länder in nationella anpassningsplaner (NAP), där policier som kan förbättra klimatmotståndskraften beskrivs. NAP för klimatförändringar avses vara ett centralt verktyg som utformas i linje med internationella överenskommelser. I Sveriges NAP nämns hälsa som ett viktigt område att adressera för att minska sårbarheter och förbättra beredskapen inför framtida klimatpåverkan.

Sveriges klimatpolitik har dessutom åtaganden enligt EU:s klimatlagstiftning som sätter upp bindande mål för utsläppsminskningar och övergången till förnybar energi. Enligt målsättningar som satts av EU under 2024 ska också arbete bedrivas för att minska hälso- och sjukvårdens klimat- och miljöavtryck.

Internationellt driver Sverige frågor om klimat och hälsa genom FN:s fackorgan WHO och underorgan som UNEP och Unicef.

På nationell nivå har Sverige en klimatlag från 2018, enligt vilken regeringen rapporterar klimatpolitiska åtgärder årligen och sätter långsiktiga mål för ett klimatneutralt samhälle till 2045. Dessa klimatåtgärder är indirekt knutna till hälsofrågor, då klimatförändringar genom extrema väderförhållanden och spridning av sjukdomar påverkar folkhälsan.

Svenskt bistånd kopplat till klimatförändringar och hälsa

Klimat- och miljöfrågor är ett prioriterat område för Sida, liksom hälsa. Klimat- och miljöperspektivet genomsyrar hela Sidas verksamhet – dels genom projekt och program med klimat och miljö som

huvudmål, dels genom att myndigheten integrerar ett klimat- och miljöperspektiv inom andra tematiska områden. På senare år har man jobbat mer intensivt med att identifiera synergier mellan klimat och hälsa inom biståndet. År 2020 tog man fram ett informationsmaterial om hur hälsa och klimat- och miljöfrågorna hänger ihop, vilket väldigt väl beskriver de mest centrala utmaningarna (Sida, 2020), och mycket har gjorts sedan dess. År 2023 arrangerades till exempel ett seminarium om uppbyggnad av klimatsmarta hälsosystem.²

Några exempel på konkreta projekt som indirekt kan ha betydelse för klimatförändringarnas effekter på människors hälsa har genomförts av Sida i Zambia, Somalia och Bangladesh. Zambia är hårt drabbat av klimatförändringarnas effekter med stigande temperaturer, torka, översvämningar och slagregn. Där har Sida samarbetat med organisationer för att ge fler invånare på landsbygden tillgång till enklare eltjänster. Den förnybara elen bidrar till en minskad klimatpåverkan. Småbrukare är särskilt utsatta för klimatförändringens effekter och stöd har getts för att utveckla klimatsmarta och mer resilienta jordbruksmetoder och ökad produktion av biogas och slam som alternativ till träkol.

I Somalia märks effekterna av klimatförändringarna alltmer med översvämningar och fler perioder av torka. Där bidrar Sida i program för att människor som försörjer sig på jordbruk och boskapsskötsel bättre ska klara kriser som uppstår. De har stött verksamhet som utbildar och bygger lokal kapacitet inom katastrof- och riskhantering.

I Bangladesh är en av klimatförändringarnas konsekvenser återkommande översvämningar. De slår hårt mot landet och de förutspås komma oftare och bli allt allvarligare. Där bidrar Sida genom FN:s barnfond Unicef och WaterAid till att förbättra

² How do we build sustainable and resilient healthcare systems? Welcome to a Development Talk on climate change and public health, focusing on sustainable and resilient healthcare systems – <https://www.sida.se/seminarier-och-kurser/seminarium-och-konferenser/how-do-we-build-sustainable-and-resilient-healthcare-systems>.

tillgången till säkert dricksvatten och sanitet, särskilt i slumområden där urbaniseringen har lett till ökande fattigdom och miljöförstöring.

Regeringens strategi för utvecklingssamarbetet inom miljö, klimat och biologisk mångfald 2022–2026 beskrivs i faktarutan nedan.

Strategi för Sveriges globala utvecklingssamarbete inom miljö, klimat och biologisk mångfald 2022–2026

Ett integrerat tillvägagångssätt tillämpas mellan olika politikområden som strävar efter att bidra till flera mål samtidigt.

Enligt strategin ska svenskt utvecklingsbistånd bidra till att:

- i) förbättra samhällets förmåga att anpassa sig till klimatförändringens effekter
- ii) främja hållbara ekosystem
- iii) säkerställa tillgång till rent vatten och sanitet och
- iv) främja jordbruksmetoder som minskar klimatpåverkan och säkerställer livsmedelssäkerhet.

Vidare skriver regeringen att: ”Klimatförändringar, föroreningar och förlusten av biologisk mångfald är vår tids ödesfrågor och orsakar allvarliga konsekvenser för fattigdomsbekämpning, livsmedelsförsörjning, vattentillgång, ekosystemtjänster, hälsa, mänskliga rättigheter, jämställdhet samt fred och säkerhet”.

Framtidens svenska utvecklingsbistånd – fokus på klimatförändringar och hälsa

God hälsa är en drivkraft för, och en möjliggörare av, social och ekonomisk utveckling. För att skydda hälsan krävs policyer och systematiska åtgärder på både lokal, nationell och global nivå. Åtgärder för att skydda människors hälsa är avgörande för att minska fattigdom och ojämlikhet på alla nivåer. Svenskt utvecklingsbistånd

inom klimatområdet behöver tydligt uttalade målsättningar och måste stärkas och vidareutvecklas för att bidra till att hantera de alltmer omfattande utmaningar som klimatförändringarna innebär för människors hälsa och välbefinnande.

Utan en ökad takt i genomförandet av klimatomställnings- och klimatanpassningsåtgärder med fokus på hälsa kommer hälsoeffekterna att förvärras påtagligt under det kommande decenniet, vilket påverkar miljontals människors liv, välbefinnande och ekonomi. Framtida hälsokriser kommer att påverka de mest utsatta individerna, samhällena och hälsosystemen allvarligast.

De senaste årens förändringar i budgeten för utvecklingsbistånd och utvecklingsforskning har väckt diskussioner om Sveriges roll i global hälsa, både inom landet och internationellt. Sverige har länge setts som en viktig aktör inom global hälsa och hållbar utveckling, men det finns nu en oro för att detta kan förändras negativt. Budgetjusteringarna har skapat utmaningar för Sveriges forskningssamarbeten med låg- och medelinkomstländer.

När hälsan sätts i centrum och kommuniceras i samband med klimatomställnings- och klimatanpassningsåtgärder ökar engagemanget hos individer; alla kan förstå vilka fördelar det ger mig själv, min familj, mitt samhälle och vårt land. Klimatanpassning kan bedrivas med generellt utformade arbetssätt men måste alltid utgå från analyser av lokala problem, lokal sårbarhet och förmåga för att vara effektiv: Hur påverkar klimatförändringarna hälsan i de områden där biståndet verkar och vilka regioner och befolkningsgrupper är mest utsatta och sårbara? Vilka metoder ska användas och vilka lokala resurser kan ge kraft till arbetet?

När relevanta evidensbaserade arbetssätt introduceras ökas möjligheten till positiva effekter och minskade risker som på direkta och indirekta sätt stärker människors och samhällets motståndskraft mot klimatrelaterade hälsorisker. Ett exempel på en rekommenderad åtgärd är tidiga varningssystem som ger förhandsvarningar om hälsorisker, såsom värmeböljor, översvämningar och andra extrema

väderhändelser. Dessa system gör det möjligt för människor att agera i tid för att skydda sig själva och andra i sin närhet, särskilt de som är extra sårbara. Konkreta förbättringar inom sanitet och vattenförsörjning är ett annat exempel.

Ett effektivt svenskt bistånd ska också bidra till att främja hållbara och klimatsmarta lösningar inom hälsosektorn, såsom mer energi-effektiva sjukvårdsanläggningar och förnybara energikällor inom sjukvården. Att ge bistånd till låginkomstländers utveckling av hälsosystemen är en central del i att skydda befolkningen mot klimatförändringarnas effekter. För att bidra till en hälsosam och motståndskraftig framtid behövs miljömässigt hållbara och klimattåliga hälsosystem som minimerar sin klimatpåverkan och har kapacitet att hantera nuvarande och framtida hälsoeffekter av klimatförändringarna med beredskap för framtida pandemier. Energieffektiva system och lokal produktion av förnybar energi gör sjukvårdsanläggningar mer motståndskraftiga under extrema väderförhållanden, exempelvis stormar eller perioder av extrem hetta, som kan störa el- och vattenförsörjningen. Detta möjliggör att livsviktiga hälso- och sjukvårdstjänster kan fortsätta utan avbrott.

Genom att minska sitt beroende av kol och olja bidrar sjukvårdsanläggningar samtidigt till att minska luftföroreningar som annars skulle uppstå vid förbränning av fossila bränslen. Detta leder till förbättrad luftkvalitet, vilket är särskilt viktigt i områden med höga nivåer av föroreningar, och skyddar därmed folkhälsan. Även i höginkomstländer som i Sverige, med en energiintensiv, välutvecklad sjukvårdsinfrastruktur, finns en inneboende brist på motståndskraft i slutna, elnätsberoende byggnader som kan påverka fortsatt drift under extrema väderhändelser. Behovet av att anpassa hälsosektorn till en ny verklighet växer för varje dag som går.

Uppmärksamhet måste ges till att jämställdhet och klimatförändringar är nära kopplade från global till lokal nivå, men deras inverkan och hur de hänger ihop skiljer sig åt mellan låg-, medel- och höginkomstländer. I alla typer av ekonomier är dock klimatförändringar en katalysator för att förstärka befintliga ojämlikheter

mellan könen. Att integrera jämställdhetsperspektiv i klimatpolitiken är därför avgörande för att skapa långsiktiga och inkluderande lösningar på klimatkrisen, och Sida har åtagit sig att integrera jämställdhetsperspektivet i hela sin verksamhet.

Sverige förespråkar i sin NAP vikten av en rättvis omställning och att mänskliga rättigheter ska beaktas i alla anpassningsåtgärder. Att beakta urfolks och urbefolkningars rättigheter ska vara en väsentlig del i arbetet med hållbara klimatanpassningsåtgärder.

Genom att inkludera kunskapsområdet ”klimatförändringarnas hälsoeffekter” som en stående punkt vid planering och beslutsfattande kan synergieffekter uppnås. Detta innebär att man inte bara tar hänsyn till klimatpåverkan utan samtidigt tar vara på möjligheter att främja och skydda människors hälsa genom riktade satsningar. Sådana åtgärder bidrar till att minska sjukdomar och dödsfall relaterade till klimatförändringar, samtidigt som de stödjer miljömål och ekonomisk stabilitet. För att vara framgångsrikt behöver svenskt utvecklingsbistånd bygga förtroende och stärka samarbetet mellan olika sektorer och internationella aktörer samt baseras på en gemensam långsiktig strategi som integrerar klimatåtgärder med tydliga och konkreta insatser för att direkt förbättra människors hälsa och välbefinnande.

Referenser

- Bui, L. P., Pham, T. T., Wang, F., Chai, B., Sun, Q., Hu, F. B., . . . Willett, W. C. (2024). Planetary Health Diet Index and risk of total and cause-specific mortality in three prospective cohorts. *Am J Clin Nutr*, 120(1), 80–91.
- Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R., . . . Patterson, C. (2009). Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *Lancet*, 373(9676), 1693–1733.
- Defrance, D., Ramstein, G., Charbit, S., Vrac, M., Famién, A. M., Sultan, B., . . . Alvarez-Solas, J. J. P. o. t. N. A. o. S. (2017). Consequences of rapid ice sheet melting on the Sahelian population vulnerability. 114(25), 6533–6538.
- Dimitrova, A., Ingole, V., Basagaña, X., Ranzani, O., Milà, C., Ballester, J., & Tonne, C. (2021). Association between ambient temperature and heat waves with mortality in South Asia: Systematic review and meta-analysis. *Environ Int*, 146, 106170.
- Engdaw, M. M., Ballinger, A. P., Hegerl, G. C., & Steiner, A. K. (2022). Changes in temperature and heat waves over Africa using observational and reanalysis data sets. *International Journal of Climatology*, 42(2), 1165–1180.
- Etzel, R. A., Weimann, E., Homer, C., Arora, N. K., Maimela, G., Prats, E. V., & Banerjee, A. (2024). Climate change impacts on health across the life course. *J Glob Health*, 14, 03018.
- European Commission. (2024). Copernicus. Retrieved from <https://climate.copernicus.eu/> (Hämtad 24-07-05).
- Haines, A., & Ebi, K. (2019). The Imperative for Climate Action to Protect Health. *N Engl J Med*, 380(3), 263–273.
- International Network of Health Promoting Hospitals. (2024). *Health promotion and climate change in health care organizations: mitigation and adaptation strategies*. Retrieved from https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2024/06/HPH_Policy-Brief_Climate-Change_2024.pdf (Hämtad 24-07-05).
- IPPC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*.

Lawrance, E. L., Thompson, R., Newberry Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry*, 34(5), 443–498.

Richardson, K., Steffen, W., Lucht, W., Bendtsen, J., Cornell, S. E., Donges, J. F., . . . Rockström, J. (2023). Earth beyond six of nine planetary boundaries. *Sci Adv*, 9(37), eadh2458.

Romanello, M., Napoli, C. D., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., . . . Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet*, 402(10419), 2346–2394.

Stern, N. (2007). *The economics of climate change: the Stern review*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tsheten, T., Gray, D. J., Clements, A. C. A., & Wangdi, K. (2021). Epidemiology and challenges of dengue surveillance in the WHO South-East Asia Region. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 115(6), 583–599.

UN. (2018). 68% of the world population projected to live in urban areas by 2050, says UN. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/en/news/population/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>

Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., . . . Montgomery, H. (2019). The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet*, 394(10211), 1836–1878.

WHO. (2024a). *Global report on neglected tropical diseases 2024*.

WHO. (2024b). Air quality, energy and health. Retrieved from <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/air-quality-energy-and-health/health-impacts/exposure-air-pollution>

Sida. (2020). *Health and linkages to Climate Change and Environment*.

5 Pandemier och andra hälsohot

Anders Tegnell, Johan Carlson och Nina Viberg

- Beredskap i länder utan fungerande hälsosystem innebär framför allt att det behövs resurser och kapacitet för att kunna leverera hälso- och sjukvård och bygga starka hälsosystem med grundläggande funktioner för att hantera hälsohot.
- Sverige behöver ett brett hälsobistånd som arbetar med länder för att stärka deras hälsosystem för att kunna hantera antimikrobiell resistens (AMR) och ha beredskap för hälsokriser.
- Det räcker dock inte med starka hälsosystem – beredskap för hälsohot och AMR kräver insatser och utveckling av hela samhället i enlighet med devisen ”health in all policies” och Agenda 2030.
- Det grundläggande arbetet för en god hälsa i befolkningen och för fungerande hälso- och sjukvård måste ske kontinuerligt, vara lokalt förankrat och inte ske i samband med en kris.
- Starkt stöd till arbetet med AMR är nödvändigt både för låg- och medelinkomstländer och för Sveriges egen säkerhet.
- Offentligt–privat samarbete är viktigt för utvecklingen av nya antibiotika och vaccin, och för tillgången i låg- och medelinkomstländer.

Inledning

Covid-19-pandemin 2020–2023 påminde om hur stora effekter en pandemi kan få och visade hur alla sektorer i samhället påverkas, både direkt och indirekt, vid en omfattande pandemi. Ingen vet hur nästa stora pandemi kommer att se ut, eller när den blir, men att den kommer, det vet vi. Antimikrobiell resistens, det vill säga att mikroorganismer utvecklar resistens mot antibiotika, brukar ibland kallas ”den tysta pandemin” och utgör ett växande hälsohot.

Covid-19-pandemins omfattning innebär också att det nu finns en ökad medvetenhet om hälsohot och om vikten av kapacitet och beredskap generellt. Ett av regeringens prioriterade områden inom hälsa är beredskap och respons mot hälsohot (Regeringen, 2023).

Historien upprepar sig

Infektionssjukdomar, eller smittsamma sjukdomar, och deras mest extrema förlopp pandemier har följt mänskligheten sedan tusentals år. Många metoder för att stoppa spridningen av pandemier är gamla men har uppgraderats. Det handlar till exempel om att spåra källan till spridningen, att isolera sjuka samt att minimera olika kontakter och hygien. Redan innan man förstod vad som orsakade infektioner insåg man att de spreds mellan människor och kunde spridas från ett land till ett annat av resenärer. Det medförde att det infördes regler, framför allt för båtar från främmande länder som tvingades ligga på redde och vänta i karantän innan någon fick gå iland. Det sägs att själva ordet karantän kan härledas till de 40 dagar som man tvingades vänta (från franskans ”quarante”, som betyder just fyrtio).

Om detta hade någon effekt får man nog säga är oklart, för de olika pest- och kolerapandemierna spreds ganska fort redan för tusen år sedan. Möjligen kan det ha fördröjt spridningen något in till i vissa städer men inte mer än så. Men åtgärder för att minska resande har använts ganska ofta. Hygien, inte minst vårdhygien, är en annan

viktig förebyggande och återkommande åtgärd. År 1847 lyckades en läkare i Wien minska dödligheten på en förlossningsklinik från 18 procent till 0,19 procent på ett år genom att införa någonting helt nytt – handtvätt med klorkalk.

Det är framför allt de senaste 100 åren som vi har kunnat minska antalet människor som dör i infektionssjukdomar kraftigt genom utvecklingen av vaccin och antibiotika. Infektionssjukdomar står fortfarande för en stor del av dödligheten i låginkomstländer, inte minst bland barn – bland barn som dör före fem års ålder står infektionssjukdomarna för över 40 procent (Villavicencio et al., 2024).

De globala ojämlikheterna till trots har det skett stora framsteg under 1900-talet, tack vare medicinska innovationer men framför allt genom sociala innovationer. Ett riktigt klassiskt exempel är hur tuberkulos minskade i Europa långt innan vaccinet kom, för att levnadsförhållandena förbättrades genom minskad trångboddhet och bättre motståndskraft i befolkningen tack vare bättre kosthållning med mera. Det första vaccinet uppfanns i slutet av 1700-talet och ledde så småningom till att smittkoppor kunde utrotas under andra halvan av 1900-talet. Vaccin som tagits fram har i första hand varit inriktade mot de klassiska barnsjukdomarna och har drastiskt ökat chansen för barn att överleva över hela världen.

Upptäckten av antibiotika 1928 förändrade åter spelplanen och revolutionerade medicinen. Det blev plötsligt möjligt att bota infektioner på ett mycket effektivt sätt, och tillgången på antibiotika har möjliggjort fantastiska framsteg inom till exempel kirurgin och bidragit till en kraftigt ökad barnaöverlevnad och ökad medellivslängd.

Efter andra världskriget (1939–1945), med de medicinska framsteg som följde, var man benägen att avfärda infektioner som ett problem – när hiv dök upp. Det visade med stor tydlighet att sjukvården och de medicinska verktyg som fanns inte var tillräckliga utan många delar av samhället behövde bidra för att hantera hivpandemin. Hivpandemin visade också att det inte fanns en åtgärd som kunde lösa problemet utan att det krävdes ett paket av åtgärder. Vaccin mot

hiv lyfte aldrig men behandlingen blev så småningom framgångsrik. Behandling mot hiv är dock mycket resurskrävande och utgör en stor kostnad för hälso- och sjukvården i många länder. Och vi glömmer fort; covid-19-pandemin är inte första gången i modern tid som vi har upplevt en pandemi.

De olika hot som vi har upplevt har alla testat olika delar av vår förmåga och beredskap och alltid visat att vi inte har varit helt förberedda utan det har krävts stora insatser för att hantera hoten. Sarsutbrottet 2002–2004¹ krävde omfattande åtgärder inom vårdhygien innan man fick kontroll på smittspridningen. Svininfluensan visade vikten av vaccinregister för att snabbt identifiera och verifiera problem. Galna kosjukan aktualiserade problemen med djurfoder (Jordbruksverket, 2024). Det finns många liknande exempel som visar vikten av ett brett arbete för att förhindra, upptäcka och hantera nya hot, som vi helt klart kommer att få uppleva.

Bättre förutsättningar för fler och nya pandemier

Vi lär oss hela tiden mer och mer och blir allt bättre på att förebygga, upptäcka och hantera epidemier och pandemier. Samtidigt blir förutsättningarna för uppkomst och spridning av pandemier alltmer gynnsamma. Det är kopplat till hur våra samhällen utvecklats. Sambanden är komplexa, men två viktiga faktorer är dels stora ansamlingar av människor som bor relativt tätt tillsammans, dels just resandet mellan dessa grupperingar. I modernare tid har det blivit uppenbart att de allra flesta pandemier har sitt ursprung från sjukdomar som sprids mellan djur, som sedan muterar så att de kan smitta från människa till människa. Därför är närheten mellan djur och människor en viktig faktor när man diskuterar risker för nya pandemier. I en värld med klimatförändringar och ökat befolkningstryck som innebär att människor vistas i nya miljöer och får nya och annorlunda kontakter med djur och deras sjukdomar, har detta

¹ Sars (severe acute respiratory syndrome) är en allvarlig luftvägsinfektion. Den orsakas av en typ av coronavirus, SARS-CoV.

tillkommit som en riskfaktor. De kontakter med djur som är riskfyllda är framför allt de som sker inom livsmedelsproduktion för där är spridningspotentialen störst, men nya smittämnen kommer initialt oftast från den vilda faunan. Djurhållningen inom storskalig livsmedelsproduktion bidrar också till ökad antibiotikaresistens. Klimatförändringar, miljöförstöring, global uppvärmning och extremväder innebär också större risker för smittspridning och även för att nya virus ska uppstå eller börja spridas mellan människor. Varmare temperaturer och värmeböljor ökar risken för att sjukdomar som till exempel malaria åter börjar spridas i områden som varit malariafria. Översvämningar kan leda till att smittämnen och föroreningar sprids och gör så att människor insjuknar. Skogsskövling i kombination med snabb befolkningstillväxt och urbanisering leder dels till att människor bor alltmer i tätbebyggda områden, dels till att djur som till exempel gnagare, andra smådjur och fästingar i högre grad lever bland människor (färre naturliga fiender, färre värdjur att leva av) (Costello et al., 2009).

Potentialen för fler pandemier, med mindre mellanrum, finns alltså och man kan möjligen se en trend åt det hållet med ett par pandemier redan under 2000-talet samt flera oroande incidenter.

Internationellt regelverk kring smittsamma sjukdomar

Tidigare pandemier, till exempel de olika influensaepidemier som i olika omgångar drabbat världen och inte minst utbrottet av sars 2002–2004, har lett fram till den globala lagstiftning som finns idag för utbrott av smittsamma sjukdomar – det internationella hälso-reglementet (IHR) (WHO, 2024). Den första versionen av IHR antogs 1969 av WHO:s högsta beslutande organ och omfattade sex sjukdomar. Coronapandemin blottlade ett antal svagheter i IHR och i efterförloppet av pandemin har ett reviderat IHR förhandlats fram. Detta förväntas träda i kraft hösten 2025 och kommer bland annat att innebära en större tydlighet när det gäller hur WHO kan varna för en pandemi.

En av de stora framgångarna under coronapandemin var det snabba framtagandet av vaccin. Framgången förmerckades dock av den ojämlika fördelningen av vaccin som uppkom när den rika världen, det globala nord, på ett tidigt stadium köpte upp i praktiken allt vaccin som fanns att tillgå under det första produktionsåret. Visserligen skapades efterhand kanaler för donation av vaccin till låg- och medelinkomstländer och en viss vidareförsäljning förekom också. Men stora volymer köptes upp, lagrades och till och med kasserades av rika länder. Detta har skapat en ilska i de minst utvecklade länderna och en förtroendeklyfta mellan låg-, medel- och höginkomstländer i hälsofrågor. För att om möjligt överbrygga denna inleddes 2022, på EU:s initiativ, en förhandling i syfte att åstadkomma ett särskilt pandemifördrag. Fördraget avser bland annat att reglera tillgången till medicinska åtgärder vid utbrott samt att ge ekonomiskt och tekniskt stöd till låginkomstländer vid uppbyggnaden av en robust beredskap för hälsohot.

Fördraget avser också att reglera tillgången till medicinska motmedel (till exempel vaccin och andra läkemedel) vid utbrott samt ge ekonomiskt och operationellt stöd till låginkomstländer vid uppbyggnaden av en robust beredskap för hälsohot. Den största utmaningen har dock varit att hitta en lämplig mekanism för att åstadkomma detta. En sådan skulle kunna vara ett så kallat PABS-system. PABS ("Pathogen Access and Benefit Sharing") innebär i korthet att länder som bidrar med sådant biologiskt och genetiskt material som är viktigt för utvecklingen av vacciner och andra läkemedel också automatiskt får del av stödet. PABS-systemet, som det har beskrivits i tidiga utkast till fördrag, bedöms dock vara en alltför rigid konstruktion som riskerar att hämma och fördröja utvecklingen av effektiva motmedel. Från EU, USA och andra länder har därför föreslagits ett mer öppet system med fri tillgång till biologiskt och genetiskt material som i stället kopplas till förpliktelser från rikare länder och tillverkare att en viss andel av produktionen avsätts till låg- och medelinkomstländer. För att ett pandemiavtal ska kunna komma till stånd måste parterna hitta någon slags konsensus

i dessa frågor. Det är i skrivande stund oklart när förhandlingarna kommer att avslutas men troligen under 2025.

Från det globala nord finns också utfästelser om stöd till låg- och medelinkomstländer i händelse av pandemi eller andra större utbrott. Som motprestation bör dock tydliga skrivningar finnas i avtalet om att substantiella satsningar på prevention, beredskap och respons verkligen görs i alla medlemsländer. Ett ekonomiskt och operationellt stöd kan kanaliseras via existerande globala mekanismer men även vara en viktig del i det bilaterala och regionala stöd som förmedlas via Sida. Det är i detta sammanhang viktigt att påpeka att kapacitetsuppbyggnad inom hälsosektorn i låg- och medelinkomstländer med särskilt fokus på förebyggande insatser kommer att vara helt avgörande för hur världen kan svara på framtida hälsokriser.

Vad har vi lärt oss av covid-19-pandemin?

Sedan covid-19-pandemin började 2020 har minst 7 miljoner människor dött (WHO, 2024). Det finns dock stora osäkerheter i rapporteringen och en stor underrapportering av fall från låg- och medelinkomstländer; vissa uppskattningar tyder på att långt fler människor dött i låginkomstländer än vad som syns i den officiella statistiken, bland annat enligt en rapport från Oxfam (Oxfam, 2022). Helt klart är att covid-19-pandemin drabbade låg- och medelinkomstländer värst i och med de oerhörda ekonomiska och sociala konsekvenserna av nedstängningar inklusive ökad fattigdom (Mahler & Lakner, 2022; Rothwell et al., 2024; UN, 2021), skolstängningar (Jakubowski et al., 2024; Psacharopoulos, 2020), undanträngnings-effekter och överbelastade hälso- och sjukvårdssystem (Manirambona et al., 2022), färre vaccinerade barn (WHO, 2022) och minskat demokratiskt utrymme (Lewkowicz, 2022; Sorsa & Kivikoski, 2023). De mest omfattande konsekvenserna globalt uppstod på grund av de åtgärder som vidtogs för att stoppa spridningen.

Samtidigt som pandemin och åtgärderna för att minimera smittspridningen pågick sjuöskattes en rad krisåtgärder runt om i världen för att mildra de värsta sociala och ekonomiska effekterna av pandemin. Pandemin ledde till den största globala ekonomiska krisen på mer än ett sekel, vilken förvärrades av en minskad efterfrågan eftersom pandemin påverkade konsumenternas beteende. Under 2020 minskade den ekonomiska aktiviteten i cirka 90 procent av världens länder enligt Världsbanken, vilket är mer omfattande än under de två världskrigen, den stora depressionen på 1930-talet, skuldkriserna i tillväxtekonomierna på 1980-talet och den globala finanskrisen 2007–2009 (World Bank, 2022). Den globala fattigdomen ökade för första gången på en generation, och de ekonomiska effekterna av pandemin har varit mycket ojämliga inom och mellan länder. Inkomstförlusterna var också större bland ungdomar, kvinnor, egenföretagare och tillfälligt anställda med lägre utbildningsnivå. I synnerhet kvinnor drabbades av inkomst- och sysselsättningsförluster eftersom de var mer benägna att vara anställda i de sektorer som drabbades hårdast av nedstängningsåtgärder och åtgärder för social distansering, och de fick bära huvudbördan av de ökande behoven av familjeomsorg, till exempel i samband med stängningen av barnomsorg och skolor. Enligt telefonundersökningar som genomfördes av Världsbanken förlorade långt fler kvinnor sina jobb under pandemins inledande fas fram till juli 2020, vilket understryker krisens ojämliga effekter utifrån kön (World Bank, 2022).

Samtidigt öppnade covid-19-pandemin upp vissa möjligheter. Många företag hittade innovativa vägar att fortsätta eller anpassa sin verksamhet till den nya situationen – flera av dem på sätt som även kunde användas efter pandemin. Både den breda allmänheten och politiker över hela världen blev påmind om hur stor effekten av en pandemi kan bli och vilka konsekvenser den kan få utöver de rent medicinska. Människor insåg också att pandemier verkligen är globala. Det ligger i sakens natur; ordet pandemi betyder ”en epidemi, vanligen av infektionssjukdom, som sprids över världsdelar”. Covid-19-pandemin bidrog till att global hälsa blev en fråga på allas

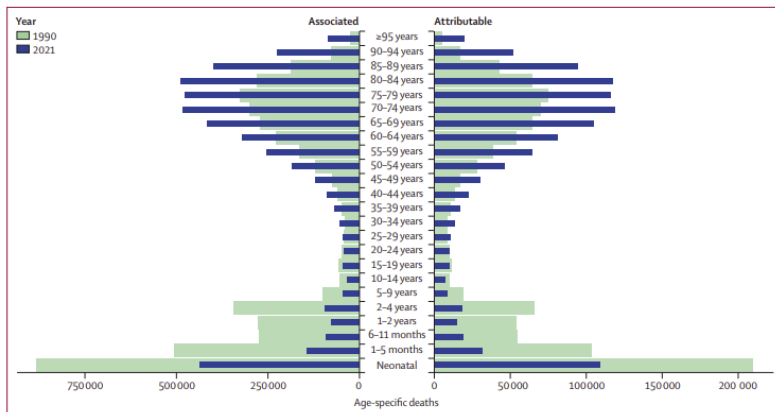
bord. Hälsohot och pandemier diskuteras nu som en ekonomisk, geopolitisk och säkerhetspolitisk fråga.

Det är också viktigt att det vanliga arbetet kan fortgå under en kris, både inom till exempel hälso- och sjukvården men också inom biståndet. Under covid-19-pandemin var Sida flexibelt och lyckades fortsätta leverera svenskt bistånd. EBA-rapporten ”Swedish aid in the time of the pandemic” (2022) analyserar hur svenskt bistånd hanterades under pandemin. Den lyfter fram hur biståndet kunde anpassas under pandemin och drar vissa lärdomar inför framtida kriser. En förutsättning för att biståndet ska kunna vara så flexibelt som krävs under en kris är breda strategier med en hög grad av flexibilitet och en decentraliserad beslutsprocess. Det har underlättat justeringen av biståndet i de fall det har behövts. Under pandemins första år 2020 uppgick det finansiella stödet specifikt för pandemin till cirka 6 procent av den totala biståndsbudgeten. Dessa medel gick främst till områdena hälsa och social infrastruktur (Schwensen, Lövkrona, & Smed, 2022).

Antimikrobiell resistens är en viktig biståndsfråga

Antimikrobiell resistens (AMR), inklusive antibiotikaresistens, är ett av de tio främsta hoten mot människors hälsa enligt WHO (2021). Resistensproblematiken slår värst mot låg- och medelinkomstländer. AMR-mortaliteten för vuxna ökade mellan 1990 och 2021 i alla världens regioner utom i Väst- och Centraleuropa (se figur 1). Fram till 2050 uppskattas antalet dödsfall direkt orsakade av AMR i världen uppgå till 39 miljoner, och antalet dödsfall som på ett eller annat sätt kan kopplas till AMR uppskattas till 169 miljoner. Den största framtida bördan kommer att ligga i södra och sydöstra Asien, Oceanien samt i Afrika söder om Sahara (Lancet, 2024; Okeke et al., 2024). Dessa dystra framtidsprognoser kan emellertid mildras betydligt med hjälp av redan kända åtgärder samt genom framtagande av nya antibiotika (Lancet, 2024; Lewnard et al., 2024).

Figur 1: Antal dödsfall associerade med eller på grund av AMR i olika åldersgrupper år 1990 (gröna staplar) och år 2021 (blå staplar)



Källa: (Lancet, 2024).

I Sverige har AMR funnits med högt på agendan oavsett regering under många år. Det är ett område där Sverige tidigt haft goda resultat på hemmaplan och vi har därför varit ett föregångsland som andra länder vänt sig till för att få råd och vägledning. Det har gett oss tillgång till politiska arenor på högsta nivå både inom EU och globalt, och Sverige har många gånger haft möjlighet att påverka världspolitiken långt utöver landets storlek. En nyligen publicerad genomgång av arbetet mot antibiotikaresistens i 73 olika länder visar att Sverige är ett av endast tre länder som framgångsrikt lyckats vidta åtgärder för att få ner antibiotikaresistensen utan att göra avkall på patientsäkerheten (Søgaard Jørgensen et al., 2024).

AMR beskrivs ibland som en tyst pandemi. Frågan kan uppfattas som svårgripbar, och konsekvenserna av AMR låter sig inte kommuniceras lika tydligt som till exempel dödlighet i specifika sjukdomar. Jämfört med utvecklingsfrågor på många andra områden är den emellertid (chimer) välavgränsad och kan därför samtidigt uppfattas som politiskt attraktiv. AMR är en såväl nationell som internationell fråga och organisatoriskt ligger AMR, till skillnad från

många andra globala hälsofrågor, på Socialdepartementet. Regeringen tillsatte 2022 en särskild AMR-ambassadör med samma hemvist. Denna ambassadör kan, till skillnad från UD:s ambassadör för global hälsa, lägga fullt fokus på AMR-frågan. En rad andra departement har också AMR-frågan på sitt bord och regeringens arbete med AMR samordnas från Socialdepartementet genom en interdepartemental arbetsgrupp (s.k. IDA-grupp). Biståndsfrågan per se ligger emellertid på UD, vilket kräver ett nära samarbete mellan departementen vad gäller AMR både som nationell fråga och som biståndsfråga.

Även som biståndsfråga har AMR haft relativt hög prioritet. Låginkomstländer drabbas oproportionerligt hårt av antimikrobiell resistens och har sämre möjligheter att framgångsrikt hantera den. Dessutom är bristande tillgång till antibiotika ett stort problem som leder till sjuklighet och dödlighet i behandlingsbara infektioner och även till att behandling sker med de läkemedel som finns till hands även om de inte är de rekommenderade förstahandsvalen. Vid ett högnivåmöte i FN:s generalförsamling (UNGA) i september 2024 framhölls vikten av stöd till låg- och medelinkomstländer för att begränsa den allt allvarligare situationen i dessa länder (UNGA Declaration 2024²).

AMR känner inga landsgränser och sprids över hela världen oavsett var den uppstår. Ett fortsatt starkt fokus på AMR i svenskt bistånd är alltså helt i linje med FN:s rekommendationer. Det är dessutom avgörande för vår möjlighet att fortsätta kunna behandla infektioner i Sverige. Hur mycket vi än satsar på att begränsa AMR här i Sverige är vi ändå beroende av hur resistensutvecklingen i resten av världen ser ut.

Värt att notera i biståndssammanhang är att den relativa framgång som arbetet mot AMR har och har haft i Sverige måste ses i ljuset av vårt välfungerande samhälle. Antibiotika används ofta som substitut för fungerande samhällsstrukturer så som god tillgång till sjukvård,

² Political Declaration of the High-level Meeting on Antimicrobial Resistance – [FINAL-Text-AMR-to-PGA.pdf](#)

rent vatten, hygienrutiner eller god djurhållning. För att kunna genomföra en operation eller rädda ett för tidigt fött barn krävs ofta antibiotikaanvändning även i Sverige, men i ett land där infrastruktur inte finns på plats, och möjligheten till god hygien brister, blir beroendet av antibiotika än större. För en fattig bonde i ett låginkomstland kan det vara mer rationellt att behandla djuren förebyggande med (relativt billig) antibiotika för att få dem att växa bättre än att investera i bättre levnadsförhållanden för djuren. Den höga utbildningsnivå vi har i Sverige skapar också bättre förutsättningar för informationskampanjer till allmänheten om rationell antibiotikaanvändning och vikten av att våga vänta och se om infektionen går över av sig själv. Att våga vänta är beroende av tillgång till ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem och att patienterna har tillit till att de kan få den vård de behöver om sjukdomsläget förvärras. Finns inte detta på plats är det ur patientens synvinkel mer rationellt att behandla med antibiotika genast (om den finns tillgänglig).

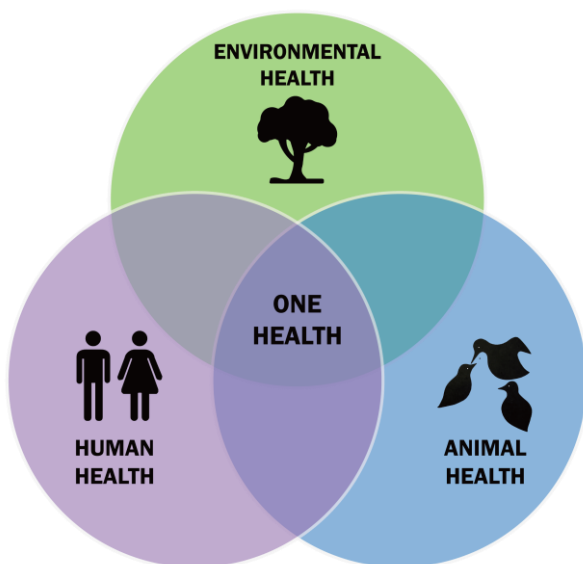
Den utveckling av hälsosystem som sker idag bygger på att fungerande antibiotika kommer att finnas tillgängliga även framöver. Det kan vi emellertid inte ta för givet, och det är ett tungt vägande skäl till att bygga system av så hög kvalitet att behovet av antibiotika minimeras.

AMR är emellertid inte ett problem som kan begränsas enbart genom insatser inom hälso- och sjukvårdssystemen. Det framgår med tydlighet i deklARATIONEN FRÅN UNGA 2024 som beskriver att för att begränsa AMR-utvecklingen krävs ett helhetsgrepp där hållbar utveckling står i fokus för att bygga väl fungerande samhällen. Ett talande exempel är att de genomgripande preventiva åtgärder, restriktioner och beteendeförändringar som skedde i samhället under covid-19-pandemin ledde till att antibiotikaanvändningen gick ner betydligt (ECDC, 2022). Anledningen var en kombination av de icke-farmakologiska interventioner som infördes, som troligen hade en effekt på spridning och förekomst av infektionssjukdomar generellt, och på att färre besök i primärvården ledde till minskad

onödig förskrivning av antibiotika, enligt Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC. Dessutom minskade antalet patienter som fick elektiv kirurgi.

Behovet av att ta ett samlat grepp är inget nytt inom AMR-området. Begreppet ”One Health” har använts länge och beskriver kopplingarna, och behoven av samverkan, mellan humanhälso-, djurhälso- och miljöområdet. Många smittämnen cirkulerar mellan djur, människor och i naturen och det behövs tvärssektoriell samverkan för att hantera detta.

Figur 2: Konceptet One Health



Källa: Wikipedia (Wikipedia, 2024).

Ett fortsatt starkt AMR-bistånd är viktigt, men önskat långsiktigt resultat kommer inte att nås utan bygge av starka samhällsstrukturer, fungerande hälso- och sjukvårdssystem samt fungerande djurhållning och miljöskydd. Även om det specifika AMR-biståndet går till interventioner för att begränsa AMR behöver biståndet till ett hållbart samhällsbygge stärkas om regeringen vill se resultat på AMR-området. I omställningen från bilaterala biståndsstrategier till

landstrategier där Sveriges biståndsenagemang sätts i ett bredare perspektiv, så som det beskrivs i regeringens strategi ”Bistånd för en ny era – Frihet, egenmakt och hållbar tillväxt” (Regeringen, 2023) finns goda möjligheter att inkludera AMR i ett samhällsbyggesperspektiv för ett effektivare genomslag.

Framtagandet av nya antibiotika går trögt och är en viktig fråga både inom och utanför biståndet. De få nya antibiotika som tas fram kommer snabbt att tappa effekt i icke-fungerande hälso- och sjukvårdssystem, och användningen av dem kommer att behöva begränsas för att behålla effekten. Detta är inte ett attraktivt scenario för läkemedelsindustrin som (som minimum) behöver få tillbaka satsad investering.

I ett dokument från Regeringskansliet inför UNGA 2024 framhålls att alternativa finansieringsmodeller som till exempel frikopplar vinst från försäljningsvolym kan vara en väg framåt (Regeringskansliet, 2024). Detta kräver dock ett nära samarbete mellan privat och offentlig sektor med en gemensam målbild. Eventuellt kan lärdomar dras av den finansiella riskdelning mellan privat och offentlig sektor som gjordes vid framtagandet av covidvaccinen. Viktigt är också, vilket Regeringskansliet framhåller i sitt dokument, att eventuella avtal om framtagandet av nya antibiotika innehåller garantier för tillgången i låg- och medelinkomstländer.

Regeringen bör fortsätta sitt starka engagemang för AMR-frågan. Sverige lyckades få in viktiga skrivningar i UNGA-deklarationen som kan bidra till att det globala AMR-arbetet går i rätt riktning och får ökad prioritet. Där ingår rekommendationer om att skapa en internationell evidenspanel och skrivningar som förutsätter en mer framträdande roll för den så kallade Kvadripartiten – ett One Health-samarbete mellan fyra multilaterala organisationer.³ Dessutom framhålls att även andra multilaterala organisationer som UNDP och

³ World Health Organization (WHO), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), UN Environment Programme (UNEP), World Organisation for Animal Health (WOHA).

Unicef bör bjudas in till samarbete kring AMR. Minskat kärnstöd till vissa multilaterala organisationer bör beaktas i ljuset av den viktiga roll dessa organisationer spelar i det gemensamma globala arbetet mot AMR.

Beredskap är ingen ”quick fix”

I många länder inklusive Sverige uppstod debatter och kritik om att det inte fanns tillräcklig beredskap för att hantera covid-19-pandemin – vare sig inom hälso- och sjukvården eller i samhället i stort. Brister i beredskapen, faktiska och upplevda, har lett till ett större intresse för beredskap i låg- och medelinkomstländer – både från givare och från länderna själva. Att ha en ökad medvetenhet om, beredskap för och kapacitet inför att hantera pandemier, hälsohot och AMR är centralt inom global hälsa. Så länge inte alla länder har beredskap och kapacitet för att till exempel förebygga, upptäcka, övervaka och hantera epidemier och pandemier, eller för att hantera antibiotika på ett sätt som minimerar risken för resistens, är risken överhängande för att vår förmåga att hantera nya pandemier förblir bristfällig. Både EU:s strategi för global hälsa (EU Global Health Strategy, 2022) och regeringens reformagenda för Sveriges bistånd (Regeringen, 2023) ger beredskap mot hälsohot en större tyngd.

Samtidigt finns det ingen ”quick fix”. Utifrån vår samlade erfarenhet av att hantera de förändringar i infektionssjukdomarnas panorama de senaste årtiondena så är det några saker som sticker ut.

Ett beredskapsarbete, särskilt i en kontext med begränsade resurser, måste omfatta olika tänkbara storskaliga hälsohot. Det går inte att frikoppla beredskap mot hälsohot från pandemier från andra kriser som till exempel krig och konflikter eller jordbävningar och extrema väderhändelser som ökar i och med klimatförändringarna. Sådana kriser innebär en enorm påfrestning på länders hälso- och sjukvård, och en stor del av krishantering kommer att behöva ske inom ramen för hälsosystemen. Det finns alltså ett behov av en bred, grundläggande beredskap, som för många låg- och medelinkomst-

länder i mångt och mycket handlar om att ha tillräcklig kapacitet och tillräckliga resurser för att bedriva hälso- och sjukvård, att ha tillräckligt med kunskap och kompetens och att ha grundläggande funktioner på plats för till exempel tidig upptäckt av sjukdomsutbrott. Funktionerna i ett hälsosystem är uppbyggt kring dess personal; vilken infrastruktur som finns i form av exempelvis kliniker, sjukhus och laboratorium; tillgången till läkemedel, vaccin och medicinsk utrustning; tillgång till hälsodata; stabil och tillräcklig finansiering samt styrning och reglering av hälso- och sjukvården, vilket behövs till exempel för att ta fram beredskapsplanering (WHO, 2010).

Samtidigt måste man ha med sig att det finns ett behov av att kunna planera med större precision för vilka åtgärder som bör vidtas i samband med att något inträffar. När ett hälsohot blir en realitet så måste åtgärderna vara anpassade till just det hotet och den kontext det uppstår i. Det här kräver alltså ett stort mått av flexibilitet och precision. Åtgärder behöver skräddarsys för varje enskild incident. Tillgång till tillförlitlig information i realtid om det som inträffar är en förutsättning för att kunna göra anpassningar av vilka åtgärder som ska vidtas.

I praktiken har de flesta länder idag något slags planer för hantering av kriser av vissa typer och på olika nivåer. Hur väl utvecklade de är, och inte minst hur integrerade de är mellan olika nivåer och aktörer, varierar, liksom vilka aktörer som involverats. Sjukhus har till exempel oftast planer för att hantera kortvariga akuta kriser av typen större olyckor och naturkatastrofer med ett relativt stort antal skadade eller sjuka som behöver vård akut och där de allra flesta kommer inom en mycket kort tidsperiod. För längre kriser som pandemier och många andra hälsohot är planerna oftast mindre utvecklade och inte så integrerade med de övergripande planerna för samhället som helhet. I de länder som är aktuella för utvecklingsbistånd är situationen ofta ännu svårare – dels drabbas låginkomstländer i mycket högre utsträckning av många, upprepade, ihållande och parallella kriser som drabbar människors hälsa, dels är resurserna

mycket begränsade att hantera dem. Dessutom är i många fall samhällsstrukturen svag och det kan till exempel saknas eller endast existera mycket svaga myndigheter av typen folkhälso-myndigheter/smittskyddsmyndigheter eller särskilda myndigheter för samhällsskydd och beredskap. Det innebär att planeringen för och hanteringen av kriser oftast sker ad hoc och påverkas mycket av hur andra länder och rådgivande organ hanterar frågan.

Många av de länder där Sverige har ett biståndssamarbete på hälsoområdet har dessutom pågående våldsamma konflikter eller är så kallade postkonfliktländer, till exempel Ukraina och Somalia. Det här innebär naturligtvis i sig stora påfrestningar på hälso- och sjukvården. Andra kapitel i denna antologi tar upp just situationen i Ukraina (kapitel 10) och Somalia (kapitel 13). Frågan om beredskap vid en krigssituation i samhället överlag och inom hälso- och sjukvården har aktualiserats även på hemmaplan. Det har sannolikt bidragit till att öka förståelsen för beredskap i bredare bemärkelse i de länder där Sverige har ett utvecklingsamarbete.

I praktiken kommer mycket av beredskapen i ett land att vara helt beroende av fungerande, flexibla och motståndskraftiga hälsosystem som fungerar väl när det inte är kris. I de länder där Sverige har ett biståndssamarbete är hälsosystemen ofta svaga med små möjligheter att hantera den extra belastning en hälsokris innebär, även om det finns beredskapsplaner på plats.

Sveriges internationella arbete kopplat till pandemier och beredskap

Mycket av det internationella arbete som Sverige är engagerat i när det gäller hälsohot och beredskap är inte bistånd, men det arbetet är en viktig pusselbit i Sveriges arbetet med global hälsa. Inte minst genom Sveriges arbete i olika internationella organ finns också stora möjligheter i att påverka den globala hälsan. Här finns behov av ett närmare samarbete som lyfts bland annat i den pågående s.k. Joint

Action för EU:s medlemsländer om global hälsa som leds av Frankrike och där Sverige deltar.

Svenskt bistånd inom hälsoområdet har skiftat fokus genom tiderna. Men hur mycket har beredskap mot pandemier och hälsohot varit i fokus tidigare inom svenskt hälsobistånd? Det beror på hur man räknar. Här kommer vi inte att ge en heltäckande bild av vilka program och insatser som har genomförts med svenska biståndsmedel, men vi kommer att ge några exempel från utvecklingsbiståndet. Inom det humanitära biståndet och vid katastrofinsatser ingår beredskap mot sjukdomsutbrott och andra hälsohot som en del av arbetet i olika kriser. Detta beskrivs också i kapitel 6 som handlar om katastrofmedicin.

Vaccinationer och vaccinutveckling är ett av de allra viktigaste verktygen i arbetet mot epidemier och pandemier, och det har länge varit en mycket prioriterad fråga inom biståndet. Förutom att stödja vaccinering och skänka vaccin har Sverige genom Sida också gett stöd till olika partnerskap och forskningsinstitut som sysslar med smittsamma sjukdomar. European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) är till exempel ett EU-finansierat partnerskap som lanserades 2003 mellan institutioner i 15 europeiska och 28 afrikanska länder. EDCTP har varit en central del i EU:s stöd till global hälsoforskning i Afrika och har fokuserat på infektionssjukdomar och behovet av att utveckla afrikanska länders kapacitet att kollektivt hantera smittsamma sjukdomar i framtiden (EDCTP, 2024). Ett annat exempel är stödet till International Centre for Diarrhoeal Disease Research i Bangladesh – mer känt som ICDDR,B (icddr, 2024).

Arbetet mot AMR är och har varit en prioriterad fråga till exempel genom stöd till FN-fonden Antimicrobial Resistance Multi-Partner Trust Fund (Sida, 2022). Fonden verkar i nio länder: Kambodja, Etiopien, Ghana, Indonesien, Kenya, Marocko, Zimbabwe, Tadzjikistan och Peru. Fonden arbetar även aktivt med att stärka politiska åtaganden både när det gäller finansiering och åtgärder.

Svenskt hälsobistånd har också under många år formats av arbetet mot hiv och aids, vilket beskrivs i en EBA-rapport från 2023 (Baatsen et al., 2023). Även mellan två så till synes olika pandemier som hiv och covid-19 finns det gemensamma nämnare. Viruserna har olika egenskaper, sprids på olika sätt, har olika riskfaktorer, ger olika symptom, och så vidare. Men båda pandemierna drabbade olika grupper i samhället mycket ojämnt och fick enorma ekonomiska och sociala konsekvenser som sträcker sig långt utanför hälsosektorn. Båda dessa pandemier ställde också stora krav på hälso- och sjukvården, på länders hälsosystem och på samhället i stort – till exempel på kapacitet, kompetens, flexibilitet, samverkan, koordinering och insamling av data. Sådana insikter kan lära oss mycket om behoven av beredskap och framför allt om allt annat viktigt arbete som behövs göras mellan pandemierna.

När det gäller smittsamma sjukdomar som kan utvecklas till epidemier och pandemier så är det oerhört centralt med tidig upptäckt och registrering av fall, så att man kan följa vilka diagnoser som människor insjuknar i och vad de dör av, och kan sätta in rätt åtgärder och planera sjukvården. Ett grundläggande uppdrag för en folkhälsomyndighet eller ett smittskyddsinstitut är att bevaka, upptäcka och hantera hälsohot som epidemier och pandemier. Somalia är ett exempel på ett land där Sverige genom Folkhälsomyndigheten har genomfört insatser för att stärka vissa delar av hälsosystemet som är centrala för att öka beredskapen mot just hälsohot. Biståndsmedel har under 2019–2024 gått till att stödja uppbyggnaden av en folkhälsomyndighet i Somalia (Fohm, 2024).

Ett relativt nytillkommet tillskott till starkare strukturer för att hantera hälsohot är den afrikanska smittskyddsmyndigheten Africa Centres for Disease Control and Prevention (ACDC) som bildades 2016 (Africa CDC). Afrikanska unionen beslutade att bilda en gemensam myndighet som arbetar för att alla länder i Afrika ska ha ett nationellt smittskyddsinstitut eller en nationell folkhälsomyndighet samt kapacitet att övervaka spridningen av sjukdomar och förebygga och behandla sjukdomsfall och utbrott. ACDC får bland annat bidrag från Sveriges regionala SRHR-strategi, vilket är

ett exempel på den flexibilitet från biståndsgivare som krävs ibland. Logiken bakom ett sådant beslut är mycket tydlig. En pandemi av den omfattningen som covid-19 skapar undanträngningseffekter som påverkar all annan hälso- och sjukvård och orsakar på så vis indirekt ökad sjuklighet och dödlighet i en rad andra sjukdomar och tillstånd, till exempel ökad mödradödlighet. Strategin hade inledningsvis som mål att förebygga svår sjukdom och död av covid-19-infektion och att minimera de sociala och ekonomiska konsekvenserna av pandemin. Det finns även ett senare tillägg som omfattar säkerställd tillgång till grundläggande hälsosjukvård inklusive mödrabarnhälsovård under covid-19-pandemin (Openaid, 2024).

Lärdomar från arbetet med olika smittsamma sjukdomar under senare hälften av 1900-talet och början av 2000-talet har bidragit till förståelsen av vikten av att stärka hela hälsosystem. Starka hälsosystem fyller en viktig funktion inom arbetet med pandemier, både genom att begränsa riskerna för att de uppstår, genom att identifiera dem tidigt och genom att hantera dem när de uppträder.

Det EU-gemensamma biståndet

Efter covid-19-pandemin har många länders hälsobistånd, inklusive i Sverige och inom EU, ett ökat fokus på beredskap mot pandemier och andra hälsohot samt på hälsosäkerhet. EU kom under 2022 med en ny strategi för global hälsa: ”Bättre hälsa för alla i en föränderlig värld”. Strategin presenterar tre sammanflätade prioriteringar: 1) bättre hälsa och välbefinnande, 2) ökad tillgång till allmän hälso- och sjukvård, och 3) bekämpa hälsohot, såsom pandemier. Det EU-gemensamma biståndet spelar också en allt viktigare roll, och strategin framhåller att global hälsa är ett centralt område för EU:s utrikespolitik, med viktiga geopolitiska dimensioner. En samarbetsform som blir viktigare inom EU är så kallade Team Europe Initiatives (TEI), som har en geopolitisk dimension.⁴ Över 150 TEI

⁴ https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/team-europe-initiatives_en.

inom många olika områden har initierats, varav minst 5 har en direkt koppling till hälsa. Dessa rör områden som vaccin, folkhälsomyndigheter, SRHR, samarbete mellan djur- och humanhälsa (One Health) samt digitalisering inom vårdsektorn. EU:s roll för arbetet med global hälsa och hur Sverige kan bidra i det beskrivs mer utförligt i kapitel 8 som handlar om just EU och global hälsa.

Ett föränderligt sjukdomspanorama innebär också nya hot

Sjukdomspanoramats har förändrats i takt med förändrade levnadsförutsättningar och levnadsvanor. Dessa förändringar i kombination med olika medicinska framsteg, till exempel antibiotika för infektionssjukdomar och tidig behandling av hjärt- kärlsjukdomar, innebär att vi lever längre. Den här transitionen – både demografiskt och när det gäller andra faktorer – har kommit olika långt i olika delar av världen. Sjuklighet och orsaker till för tidig död ser olika ut i olika åldersgrupper och i olika kontexter. Men generellt kan man säga att smittsamma sjukdomar (infektioner) globalt står för en minskande andel av all sjuklighet och dödlighet. I stället är det de icke smittsamma sjukdomarna som utgör ett allt större hälsohot. Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken globalt, sett till alla åldersgrupper sammantaget. Men många andra sjukdomar bidrar också till sjukdomsburden – allt ifrån diabetes och olika typer av cancer till olyckor och psykisk ohälsa. De icke smittsamma sjukdomarna (NCD) är ofta kroniska och orsakar ofta långvarig funktionsnedsättning och lidande, och de medför stora kostnader för både individen och samhället. Flera av dessa sjukdomar som vi ser blir allt vanligare visar sig kunna ha en mycket snabb ökningstakt under olika tidsperioder och därmed skapa utmaningar för samhället och sjukvården som liknar de klassiska hälsohoten i form av pandemier och nya infektionssjukdomar. De drabbar ofta grupper i samhället ojämnt, och samtidigt går de i hög grad att förebygga. Hur kommer det sig?

I början av detta kapitel beskrev vi de förändringar av människors livsvillkor (till exempel ekonomisk tillväxt, minskad trångboddhet, ökad jämlikhet, bättre hygien, sanitet och näringsrik mat) som har skett under 1900-talet och som har lett till kraftigt minskad dödlighet i olika infektionssjukdomar. Många av de sjukdomarna förknippades ofta med fattigdom och utsatthet, som tuberkulos, kolera och syfilis. När hälsan förbättrades och medellivslängden ökade i till exempel Europa och USA, så kallades de ”nya” sjukdomarna – alltså de icke smittsamma sjukdomarna – i början för välfärdssjukdomar. Sedan började man alltmer inse att dessa sjukdomar också hade en social gradient och att de drabbar grupper i samhället olika, och det beror fortfarande på de skillnader som kvarstår när det gäller livsvillkor, även om vi kollektivt har lyckats hantera en stor del av de dödliga infektionerna (Marmot, 2005).

Den utveckling vi redan ser gällande NCD, och som vi kort beskrivit ovan, kommer med all säkerhet att fortsätta och troligen accelerera om inte länder lägger betydligt större resurser på preventivt arbete än vad man gör idag. Detta beskrivs också mer utförligt i kapitel 2 om trender inom global hälsa.

Bättre beredskap på hemmaplan och globalt genom starkt svenskt internationellt engagemang

När det gäller hälsohot och beredskap finns det mycket tydliga fördelar för Sverige med ett starkt engagemang i globala policy-sammanhang för bättre hälsa och starkare hälsosystem i andra delar av världen. Starkt stöd till arbetet med AMR är till exempel nödvändigt både i låg- och medelinkomstländer och för Sveriges egen säkerhet.

Det finns ett stort värde i lärande och erfarenhetsutbyte, och i att ha upparbetade internationella nätverk och kontakter.

Sverige behöver fortsätta att satsa på att bidra till att bygga starka hälsosystem i de minst utvecklade länder där Sverige har ett samarbete inom hälsa. Ett brett hälsobistånd som stärker länders hälsosystem för att kunna hantera även nästa stora hälsokris eller pandemi behövs. Samtidigt finns det stora möjligheter i framtiden inom forskning, innovation och utveckling av globala nyttigheter där samarbetet mellan offentlig och privat sektor kan spela en viktig roll.

Sverige behöver fortsätta att vara aktivt och inflytelserikt på den globala arenan och inom det multilaterala systemet, både genom att bidra substantiellt med finansiella resurser och med kunskap och kompetens samt tekniskt utbyte och ha med hälsa som viktig komponent på alla globala arenor där man deltar.

Referenser

Africa CDC. About us. Retrieved from <https://africacdc.org/about-us/>

Baatsen, P., Jongh, T. d., Kabelka, H., Olsson, J., Petrosova, L., Robbers, R., & Tromp, N. (2023). *The Swedish Aid Response to the HIV Epidemic: An Overview. EBA Report 2023:03*. Retrieved from https://eba.se/wp-content/uploads/2024/03/The-Swedish-Aid-Response-to-the-HIV-Epidemic-An-Overview-2023_03.pdf

Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R., . . . Patterson, C. (2009). Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *Lancet*, 373(9676), 1693-1733.

ECDC. (2022). *Antimicrobial Resistance in the EU/EEA. A One Health Response*. Retrieved from antimicrobial-resistance-policy-brief-2022.pdf (europa.eu).

EDCTP. (2024). Funding clinical research for medical tools to detect, treat and prevent poverty-related infectious diseases in sub-Saharan Africa. Retrieved from <https://www.edctp.org/>

EU Global Health Strategy. (2022). *Better Health For All in a Changing World*. Retrieved from https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/international_ghs-report-2022_en.pdf

Fohm. (2024). Folkhälsomyndigheten samarbetar med National Institute of Health Somalia. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/internationellt-samarbete/folkhalsomyndigheten-samarbetar-med-national-institute-of-health-somalia/>

icddr, b. (2024). About us. We are one of the world's leading global health research institutes. Retrieved from <https://www.icddr.org/about-us>

Jakubowski et al. (2024). *COVID-19, School Closures, and Student Learning Outcomes New Global Evidence from PISA*. Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/09993230112496929/pdf/IDU16cf7d0801f2091478b1934914b47c3ab4027.pdf>

Jordbruksverket. (2024). BSE (galna kosjukan). Retrieved from <https://jordbruksverket.se/djur/djurskydd-smittskydd-djurhalsa-och-folkhalsa/aktuellt-lage-for-smittsamma-djursjukdomar/bse-galna-kosjukan>

Lancet. (2024). Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. *Lancet*.

Lewkowicz, J. e. a. (2022). COVID-19 and erosion of democracy. *Econ Model*, 106, 105682.

Lewnard, J. A., Charani, E., Gleason, A., Hsu, L. Y., Khan, W. A., Karkey, A., . . . Laxminarayan, R. (2024). Burden of bacterial antimicrobial resistance in low-income and middle-income countries avertible by existing interventions: an evidence review and modelling analysis. *Lancet*, 403(10442), 2439-2454.

Mahler, D. G., & Lakner, C. (2022). *The Impact of COVID-19 on Global Inequality and Poverty*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10986/38114>
License: CC BY 3.0 IGO.

Manirambona, E., Musa, S. S., Irakoze, S., Uwizeyimana, T., Gyeltshen, D., Bizoza, D., & Lucero-Priso Iii, D. E. (2022). The impact of COVID-19 on international development aid and health systems strengthening in low-income countries. *Ann Med Surg (Lond)*, 82, 104772.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

Okeke, I. N., de Kraker, M. E. A., Van Boeckel, T. P., Kumar, C. K., Schmitt, H., Gales, A. C., . . . Laxminarayan, R. (2024). The scope of the antimicrobial resistance challenge. *Lancet*, 403(10442), 2426-2438.

Openaid. (2024). Africa CDC: Covid-19 strategi. Retrieved from <https://openaid.se/contributions/SE-0-SE-6-14262#description>

Psacharopoulos, G. e. a. (2020). *Lost Wages. The COVID-19 Cost of School Closures*. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/393fe21b-a35e-5f72-8fb7-25619a6894b9/content>

Regeringen. (2023). *Bistånd för en ny era: frihet, egenmakt och hållbar tillväxt*. [Stockholm]: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet. Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/e96449ad5b04400cae0a62817a98f3a5/bistand-for-en-ny-era---frihet-egenmakt-och-hallbar-tillvaxt-broschyr.pdf>

Regeringskansliet. (2024). *Towards a Results-Oriented Political Declaration from the UN General Assembly High-level Meeting on Antimicrobial Resistance 2024*. Non-paper.

Rothwell et al. (2024). Global evidence on the economic effects of disease suppression during COVID-19. *J Humanities Social Sciences Communications*, 11(1), 1-14.

Schwensen, C., Lövkrona, J., & Smed, L. S. (2022). *Swedish Aid in the Time of the Pandemic*. *EBA Report 2022:02*.

Sida. (2022). Ökat stöd ska bromsa global antibiotikaresistens. Retrieved from <https://www.sida.se/om-sida/nyheter/okat-stod-ska-bromsa-global-antibiotikaresistens>

Sorsa & Kivikoski. (2023). COVID-19 and democracy: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1), 1668.

Sogaard Jørgensen, P., Nguyen Thanh, L., Pehlivanoglu, E., Klein, F., Wernli, D., Jasovsky, D., . . . Klein, E. Y. (2024). Association between national action and trends in antibiotic resistance: an analysis of 73 countries from 2000 to 2023. 2024.2009.2025.24313966.

UN. (2021). *Comprehensive Study on the Impact of COVID-19 on the Least Developed Country Category*. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/CDP_Comprehensive_Study_2021.pdf

Villavicencio, F., Perin, J., Eilerts-Spinelli, H., Yeung, D., Prieto-Merino, D., Hug, L., . . . Liu, L. (2024). Global, regional, and national causes of death in children and adolescents younger than 20 years: an open data portal with estimates for 2000-21. *Lancet Glob Health*, 12(1), e16-e17.

WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). 10 global health issues to track in 2021. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021>

WHO. (2022). COVID-19 pandemic fuels largest continued backslide in vaccinations in three decades. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades>

WHO. (2024). International Health Regulations (IHR). Retrieved from https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1

Wikipedia. (2024). One Health. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/One_Health.

World Bank. (2022). *World Development Report 2022 Finance for an Equitable Recovery*.

6 Hälsoinsatser vid katastrofer: globala trender, utmaningar, möjligheter

Hannah von Reding och Johan von Schreeb

- Nästan 300 miljoner människor runt om i världen kommer att behöva humanitärt bistånd och skydd på grund av olika typer av katastrofer under 2024.
- Humanitära kriser globalt blir alltmer sammankopplade, och många delar av världen hanterar parallella kriser samtidigt, så som naturhändelser, tvångsförflyttningar, väpnade konflikter med ny stridsföring och epidemiska utbrott.
- Den senaste tidens stegring i krig – både antalet konflikter och hur dödliga de är – tyder på en negativ trend. Attacker mot sjukvårdsinrättningar och personal har ökat dramatiskt och det humanitära utrymmet för insatser har krympt.
- Humanitärt bistånd ses som en direkt livräddande och central del av det svenska biståndet och prioriteras politiskt.
- Systematisk kunskap och erfarenhet om katastrofers hälsoeffekter, både på individer och på sjukvårdssystem, gör att humanitära hälsoinsatser kan behovsoptimeras och att ansvarsskyldigheten gentemot drabbade kan förbättras. Samtidigt påverkar många andra faktorer, till exempel geopolitik, insatsernas typ och storlek.
- Lokalisering, standardisering, kvalitetsstyrning och behovsanalyser är utvecklingar inom området där Sverige kan spela en viktig roll för att förbättra hälsoinsatser vid katastrofer och hälsokriser.

Inledning

Detta kapitel beskriver hälsobehov, globala trender, utmaningar och möjligheter vid katastrofer. Författarna fokuserar på utvecklingen inom området ”humanitära hälsoinsatser”, vars mål är att rädda liv, lindra nöd och upprätthålla mänsklig värdighet för människor som utsatts för eller hotas av konflikter, naturhändelser eller andra katastrofliknande förhållanden. Innehållet i kapitlet bygger på kunskap och erfarenheter genererat inom forskargruppen ”Global katastrofmedicin – Hälsobehov och insatser” som sedan 2001 bedriver forskning och utbildning vid institutionen för global folkhälsa på Karolinska Institutet. Forskargruppens mål är att bidra till att stärka hälso- och sjukvårdsförmågan i händelse av katastrofer samt verka för bättre insatser, nationellt och internationellt.

Baserat på forskning och omvärldsanalys inom global katastrofmedicin, praktisk fälterfarenhet i katastrofer samt deltagande i nationella och internationella nätverk inom området, ger författarna en översikt över trender och olika faktorer som präglar aktuella hälsoinsatser vid katastrofer. Syftet med kapitlet är att ge myndigheter och organisationer en ökad kunskap kring utvecklingen på området och föreslå områden där Sverige kan bidra och stärka hälso- och sjukvårdsinsatser vid katastrofer, både nationellt och internationellt.

Bakgrund

Det finns många begrepp inom det humanitära området som delvis överlappar varandra. I kapitlet har vi valt en bred ansats, och med begreppet ”humanitära hälsoinsatser” syftar vi på insatser som tillhandahåller hälso- och sjukvård till personer och samhällen som drabbats av katastrofer. Dessa insatser omfattar sjukvård, förebyggande hälsovård, mental hälsa och psykosocialt stöd samt insatser för att återupprätta eller upprätthålla hälsosystemens funktioner.

I en tid av ökande mängd konflikter, geopolitisk oro, nya sjukdomsutbrott och ett växande hot från klimatförändringar med fler extrema väderhändelser, är planering, förberedelse, utförande och utvärdering av hälso- och sjukvårdsinsatser i katastrofer en central funktion i alla hälsosystem. Covid-19-pandemin påminde om vikten av beredskap inför olika hälsohot och förmågor att kunna hantera katastrofer. Krisarbetet under pandemin har tydliggjort hur vårdpersonal behöver ha grundläggande kunskaper om och erfarenhet av att prioritera och arbeta med begränsade resurser. Den förmågan är grunden i ett robust hälsosystem, men än viktigare är att försöka förebygga hälsokriser. Covid-19-pandemin, som i många länder blev en katastrof, ledde till en mängd initiativ i syfte att stärka de förebyggande insatserna.

Samtidigt ökar mängden katastrofer och allt fler människor är beroende av humanitära insatser. För 2024 uppskattar FN:s kontor för samordning av humanitärt bistånd (OCHA) att nästan 300 miljoner människor runt om i världen kommer att behöva humanitära nödinsatser och skydd på grund av olika typer av katastrofer (OCHA, 2023). Det är en betydande ökning jämfört med 2019, då motsvarande siffra var 132 miljoner (OCHA, 2019). Ökningen beror på komplexa faktorer, så som att allt fler människor är utsatta för fara i konfliktområden, att det sker fler och kraftfullare extremväderhändelser till följd av klimatförändringar, att fler människor lever på flykt och att hunger hotar allt fler.

Vi lever i en tid av förändrade geopolitiska förhållanden och en återkomst av fler och svårare internationella konflikter. Rysslands angreppskrig mot Ukraina 2022 har orsakat stora förluster i människoliv och omfattande förstörelse av kritisk infrastruktur. I de pågående konflikterna i Mellanöstern ser vi att internationell humanitär rätt inte respekteras. Samtidigt får många andra humanitära kriser inte den politiska eller mediala uppmärksamhet som krävs för att de ska få stöd. I skrivande stund pågår en av de största flyktingkriserna i världen i Sudan. Där är över 8 miljoner människor på flykt. Dock får detta knappt något utrymme i de flesta

medier. Hälsobehoven i Sudan är enorma, men det saknas system, förmågor och säkerhet för att täcka dem med humanitära insatser. Humanitära hälsoinsatser kommer alltid att vara otillräckliga och syftet blir därför ofta mer av en gest, vilket benämningen humanitär också implicit antyder; det är en medmänsklig gest som akut kan rädda liv snarare än en lösning.

Gränsen mellan humanitära insatser i resursknappa delar av världen (låg- och lägre medelinkomstländer där ca 10 respektive 40 procent av världens befolkning bor) och katastrofmedicinska¹ insatser i mer resursrika länder (högre medelinkomst- och höginkomstländer där 35 respektive 15 procent av världens befolkning bor) suddas alltmer ut. Vi ämnar beskriva nuvarande katastroftrender och hur de påverkar människors hälsa och hälso- och sjukvårdssystem globalt.

Globala katastroftrender och deras påverkan på vår hälsa

De växande humanitära behoven globalt drivs av nya, fortsatta, återkommande och ofta överlappande katastrofer. Det har gjorts många försök att åstadkomma en enhetlig definition av det laddade begreppet katastrof. Men det har varit svårt att enas, och idag används katastrof på ett sätt som kritiseras för att vara för brett eller för snävt för att vara systematiskt tillämpligt. I regel definieras de flesta katastrofer av behovet av yttre hjälp (utanför det drabbade området) och som händelser som skapar behov som överstiger befintliga resurser. I kapitlet utgår vi från WHO:s definition:² en katastrof är en händelse som orsakar betydande störningar och leder

¹ Katastrofmedicin är ett medicinskt ämnesområde som fokuserar på planering, förberedelse, utförande och utvärdering av hälso- och sjukvårdsinsatser i katastrofer med målet att minska sjuklighet och dödlighet. Begreppet används mestadels i medel- och höginkomstländer.

² WHO Glossary of Health Emergency and Disaster Risk Management Terminology. Geneva: World Health Organization; 2020.

till omfattande mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga förluster som överstiger det drabbade samhällets förmåga att hantera situationen med egna resurser.

Katastrofer utvecklas utifrån en samlad effekt av sårbarhet, exponering och fara. Sårbarhet innefattar bland annat socioekonomi, demografi, sjukdomsburda och hälsosystemets förmåga och erfarenhet av att hantera katastrofer. Exponering är antalet utsatta för en fara. En fara³ (på engelska ”hazard”) är ett fenomen som kan leda till förlust av människoliv, personskador och andra hälsoeffekter samt orsaka skador, sociala störningar och miljöförstöring. Faror klassificeras på många olika sätt men ett sätt är att betrakta dem som antingen naturliga, människoskapade eller blandade.

Effekterna av naturhändelser

Naturhändelser delas ofta in i sex huvudgrupper: geofysiska, hydrologiska, meteorologiska, klimatologiska, biologiska respektive utomjordiska. Enbart under 2023 registrerade Emergency Events Database (EM-DAT) globalt totalt 399 katastrofer relaterade till naturliga faror.⁴ Dessa händelser resulterade i 86 473 direkta dödsfall och drabbade 93,1 miljoner människor (CRED, 2023). Dödssiffrorna relaterade till katastrofer varierar kraftigt från år till år, men det går att visa att antalet dödsfall till följd av naturhändelser har minskat betydligt under det senaste århundradet (EM-DAT, CRED/UC Louvain, 2024). Utvecklingen förklaras av en mängd faktorer, såsom minskad sårbarhet, nya system för tidig varning, bättre infrastruktur och mer samordnade insatser. Hur många som dör eller indirekt drabbas av naturkatastrofer förblir däremot otydligt specificerat och är inte systematiskt uppmätt eller uppskattat.

³ UNISDR Terminology on disaster risk reduction 2009.

⁴ I deras rapport är katastrofer relaterade till naturkatastrofer, exklusive biologiska och utomjordiska katastrofer, vilka rapporteras på landnivå i EM-DAT <https://www.emdat.be/>.

År 2021 publicerade World Meteorological Organization en omfattande genomgång av dödligheten och de ekonomiska förlusterna till följd av extrema väder-, vatten- och klimatförhållanden mellan 1970 och 2019. Den visade att dödsfallen minskade nästan trefaldigt mellan 1970 och 2019. Under 1970- och 1980-talen rapporterades i genomsnitt 170 relaterade dödsfall per dag. Under 1990-talet sjönk detta genomsnitt med en tredjedel till 90 relaterade dödsfall per dag, för att sedan fortsätta sjunka under 2010-talet till 40 relaterade dödsfall per dag (WMO, 2021). Samtidigt vet vi att utsläpp av växthusgaser orsakade av människan har lett till en ökad frekvens och/eller intensitet av vissa väder- och klimatextremer sedan förindustriell tid (IPCC, 2021).

Klimatförändringarna innebär ett allvarligt hot mot människors och djurs hälsa. Oavsett om det uppstår nya okända hälsohot eller inte, så kommer de negativa effekter vi redan ser förvärras, få ökad geografisk spridning och blir mer markerade. Klimatförändringarna väntas leda till ökad dödlighet och sjuklighet på grund av extremväder som värmeböljor och till ökad risk för olyckor och negativa effekter på hälsan till följd av översvämningar, bränder och stormar (IPCC, 2021). Det är dock viktigt att påpeka att dödlighet är en otillräcklig indikator för att bedöma effekterna av en naturkatastrof. Katastrofers inverkan på de drabbade människornas hälsa och på hälsosystemet kan vara långtgående och långvariga. Naturhändelser är en starkt bidragande orsak till ökad sårbarhet och till vidmakthållande av och ökad fattigdom samt nya belastningar på hälsosystemet. Det finns exempelvis samstämmiga belägg för att cykloner kan öka risken för psykisk ohälsa avsevärt, särskilt vad gäller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Huang et al., 2023).

Under de senaste åren har begreppet naturkatastrofer kritiserats eftersom sådana sällan är ”naturliga” och det antyder att till exempel en översvämning är oberoende av sårbarheten och kontexten där den inträffar. Begreppet kan dölja det faktum att katastrofer till stor del är skapade av människan och kan förebyggas. För de som arbetar med riskreducering i katastrofer har det blivit viktigt att skilja på

termerna ”katastrof” och ”fara”, samt visa på deras förhållande till de faktorer som avgör vad konsekvenserna blir. Olika faktorer avgör risken för att en katastrof uppstår när en fara inträffar. Sårbarheten hos samhället och människorna som exponeras är ofta avgörande.

Ett exempel på detta är hur effekten av en jordbävning varierar utifrån grad av sårbarhet. Jordbävningen (Richter 7,0) som drabbade Haiti 2010 hade orsakat betydligt mindre skada om den drabbat Japan. Byggnader i Japan har bättre förutsättningar att klara påfrestningen av jordbävningar.

Klimatförändringarna har beskrivits av FN som en hot-multiplikator, vilket betyder att de förvärrar de humanitära behoven, ökar risken för och förstärker konfliktsituationer, tvingar människor på flykt, intensifierar den osäkra livsmedelsförsörjningen och samverkar negativt med andra behovsfaktorer för att fördjupa sårbarheten (OHCHR, 2021). Vissa grupper i samhället som redan är sårbara, till exempel småbrukare eller internflyktingar, drabbas särskilt hårt. Detta tydliggörs i internationella överenskommelser som Sendairamverket och Agenda 2030, där exempelvis delmål 11.5⁵ handlar om att mildra de negativa effekterna av naturkatastrofer och att särskilt fokus bör ligga på att skydda de fattiga och människor i utsatta situationer. Kapitel 4 i den här antologin går in djupare på klimatförändringarnas betydelse för vår hälsa.

Insatsplanering efter naturkatastrofer

Insatser efter naturkatastrofer bör ske baserat på behov och tidigare erfarenhet. Behovet av externa kirurgiska humanitära insatser efter jordbävningar minskar snabbt efter några dagar, framför allt i länder med förmåga att evakuera skadade. Efter jordbävningen 2023 i Turkiet dominerade vårdbehoven av ”vanliga” åkommor såsom skabb, lunginflammation, diarré och kroniska sjukdomar redan de

⁵ Mål 11: Hållbara städer och samhällen – Globala målen, <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>.

första veckorna. På plats handlade behoven främst om primärvård, då tiotusentals skadade redan hade evakuerades (med helikopter, flyg och ambulans) till andra sjukhus i Turkiet. En WHO-sammanställning över 40 000 patientbesök under den första månaden efter jordbävningen från 38 internationella medicinska team som bedrev vård på plats visade att knappt 20 procent av besöken var traumarelaterade medan resten var andra åkommor utan koppling till jordbävningen.⁶ Detta, liksom sammanställningar från andra jordbävningar, visar att vården måste vara anpassad till den vardagliga sjukdomsbördan och DALY:s⁷. Sverige skickade ett sök- och räddningsteam till Turkiet som anlände 3 dagar efter jordbävningen. För närvarande saknas en svensk struktur för internationella hälso- och sjukvårdsinsatser.

Behovet av internationell traumavård varierar utifrån typ av fara, dess eventuella traumaeffekt, sårbarhet och exponering samt den tid det tar att etablera en insats. Efter en jordbävning är exponeringen över, medan det i en konflikt fortsätter att anlända skadade under en längre tid.

Under de senaste åren har forskning och utvärderingar av katastrofinsatser genererat kunskap kring olika händelsers påverkan på människors hälsa. Myter kring naturkatastrofer och deras effekter på människors hälsa har kunnat avlivas. Myter som att döda kroppar sprider sjukdomar (Gottlieb, 2004) eller att översvämningar ger upphov till epidemier har till exempel inte visat sig stämma (Saulnier et al., 2017). Vi vet också mer om vilka behandlingar och prioriteringar som är effektiva vid en katastrof. Dessa lärdomar kan hjälpa oss att planera mer effektiva och riktade hälsoinsatser vid katastrofer. Nedan följer ett exempel på vad vi vet från forskningen kring jordbävningars effekt på människors hälsa, hälsosystem och viken typ av insats som kommer behöva planeras.

⁶ Data från hälsoministeriet som har rapporterats till EMTCC.

⁷ DALY är ett mått som tagits fram inom det globala sjukdomsbördeprojektet (Global Burden of Disease, GBD) för att mäta och kvantifiera ohälsa – <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>.

Omfattningen av de skador som orsakas av en jordbävning beror på faktorer som jordbävningens storlek, tidpunkten på dagen då den inträffad, dess intensitet och varaktighet, status på infrastrukturen i området, befolkningstäthet och eventuella sekundära risker (till exempel tsunamier eller jordskred). Antalet liv som räddas beror i hög grad på den lokala förmågan och tillgängliga vårdresurser. Inledningsvis räddas överlevande ur rasmassorna av lokalsamhället och sök- och räddningsteam. I nästa fas (3–15 dagar) kommer vanliga åkommor att dominera, som förvärring av kroniska sjukdomstillstånd, förlossningar och infektionsrelaterade åkommor samt komplikationer av benbrott och infekterade sår. Rutinsjukvården måste fortgå. Mellan 3 och 6 veckor efter händelsen kommer behoven att domineras av rutinsjukvård medan behovet för fortsatt vård av komplexa skador och rehabilitering avtar (Chan et al., 2017).

Det finns olika strategier för att optimera den lokala kapaciteten och tillhandahålla optimala vårdinsatser efter jordbävningar. I ett första skede kan svårt skadade evakueras till sjukhus utanför det drabbade området, vilket skedde efter jordbävningarna i Nepal 2015 och Turkiet 2023. Det förutsätter dock ett hälsosystem som har kapacitet att skala upp vårdinsatser som är anpassade till behoven. Det saknades exempelvis efter jordbävningen på Haiti 2010. När behoven överstiger den nationella kapaciteten kan det krävas att regionala och internationella medicinska team anländer, även om dessa sällan är operativa förrän 48–72 timmar efter en jordbävning.

Effekterna av människoskapade faror

Ett av många sätt att klassificera faror som orsakas av människor är att dela in dem i tre klassificeringar⁸ enligt FN:s organ för katastrofriskreducering (UNDRR): 1) tekniska faror (till exempel industriolyckor, explosioner), 2) transportolyckor samt 3) sociala

⁸ Hazard Information Profiles: Supplement to UNDRR-ISC Hazard Definition & Classification Review: Technical Report
<https://www.undrr.org/media/73913/download?startDownload=20240921>.

faror (till exempel krig). Stycket nedan kommer främst att beskriva trenderna när det gäller konflikter i världen, eftersom konflikter har en stor inverkan på människors hälsa och kräver komplexa hälsoinsatser.

Fram till nyligen fanns det goda skäl att hävda att vi såg en positiv utveckling när det gäller att minska antalet traditionella väpnade konflikter. Perioden efter andra världskrigets slut har till och med kallats ”den långa freden” av vissa historiker, tack vare den historiskt sett avvikande frånvaron av krig mellan stater. När krig har utkämpats de senaste decennierna har det nästan alltid varit inom stater, med inblandning av icke-statliga aktörer som rebellgrupper eller terroristorganisationer. Även om krigen varit brutala – som konflikten i Syrien eller folkmordet i Rwanda, där det senare kostade omkring 800 000 människors livet – involverar dessa konflikter vanligtvis inte ”tillräckligt” många människor eller ”tillräckligt” mycket upprustning för att orsaka lika många dödsoffer som mellanstatliga konflikter, det vill säga krig mellan två eller flera länder.

Data från Uppsala Conflict Data Program (UCPD) visar en dramatisk ökning av antalet olika konflikter runt om i världen med start runt 2011 – året för den arabiska vårens uppror, vilket ledde till dödliga konflikter i Syrien, Libyen och Jemen. Den senaste tidens stegring i krig – både i antalet konflikter och hur dödliga de är – tyder på en ny negativ trend.

År 2022, då det enligt UCPD inträffade fler än 204 000 dödsfall i krig, beskrevs som det dödligaste konfliktåret sedan mitten av 1980-talet. Rysslands invasion av Ukraina skapade de största rubrikerna, men det var inte det dödligaste kriget under 2022. Inbördeskriget i Tigrayregionen ledde till mellan 300 000 och 600 000 dödsfall under två år (UCPD, 2023). Med tanke på dödsfallen i Gaza sedan oktober 2023 och konflikter på andra håll är det osannolikt att utsikterna har förbättrats.

Förutom de direkta effekterna av konflikter i form av att civila dödas och infrastruktur förstörs är konfliktdrabbade samhällen sårbara för olika hot mot folkhälsan, bland annat sjukdomsutbrott, könsbaserat våld, mentala och psykosociala problem, bristande mödra- och barnhälsovård samt bristande livsmedelsförsörjning. Det uppskattas att i konflikter dör 3–15 gånger fler av dessa indirekta effekter än av de direkta effekterna.⁹

Icke smittsamma sjukdomar är ett växande och ofta förbisett hot i humanitära kriser. Globalt sett står de för 74 procent av alla dödsfall, men i konfliktdrabbade länder som Ukraina och Syrien är siffrorna ännu mer slående, med 92 procent respektive 75 procent av dödsfallen orsakade av icke smittsamma sjukdomar (Elrha, 2024).

Noterbart är att även under normala förhållande dör 800 000 människor årligen i Ukraina (21 dödsfall per år per 1 000 personer i befolkningen) – många i förtida död (före 70 års ålder) på grund av obehandlade kroniska sjukdomar; medellivslängden bland män i Ukraina är 17 år lägre än i Sverige (65 vs 82 år). I vilken grad kriget har påverkat överdödligheten negativt är oklart, men FN har dokumenterat 12 000 dödsfall orsakade av trauma sedan det fullskaliga kriget började fram till september 2024 (OCHA, 2024). Under samma tidsperiod dog närmare 2 miljoner av andra dödsorsaker. Tillstånd som hjärtsjukdomar och diabetes förvärrar de utmaningar som sårbara befolkningsgrupper står inför och innebär ytterligare påfrestningar på redan fragila hälsosystem. Trots den ökande förekomsten av dessa sjukdomar försummas de ofta i krissituationer när det finns så många konkurrerande prioriteringar – från infektionssjukdomsutbrott till mödravård och såklart traumavård. I kapitel 10 finns mer information om hälsosituationen i Ukraina.

⁹ År 2008 uppskattade sekretariatet för Genève-deklarationen, med Small Arms Survey som värd, att sedan början av 1990-talet, i konflikter där det fanns bra uppgifter, var ”bördan av indirekta dödsfall mellan 3 och 15 gånger större än antalet direkta dödsfall”. Som en försiktig global uppskattning föreslogs ett genomsnittligt förhållande på 4 indirekta dödsfall för varje direkt dödsfall.

Attacker mot sjukvården

Samtidigt som konflikter ökar, ökar även attackerna mot sjukvårdsinrättningar och dess personal dramatiskt i väpnade konflikter. Trots att FN-resolutioner fastslår rätten till skydd har angreppen mot sjukvården blivit en del av krigföringen. Under inbördeskriget i Tigray i Etiopien förstördes över tre fjärdedelar av vårdinrättningarna. Även i Sudan, Ukraina, krigshärjade delar av Myanmar och Gaza förstörs vårdinrättningarna. En rapport från initiativet ”Safeguarding Health in Conflict Coalition” dokumenterade 2 562 attacker och incidenter mot hälso- och sjukvården samt att 487 vårdanställda dödades under 2023. Antalet attacker som rapporterats in är högre än någonsin under de 10 år som data har sammanställts (Safeguarding Health in Conflict, 2024).

Under kriget i Sudan har det pågått ständiga attacker mot sjukvården. Humanitära organisationer har rapporterat hur sjukhus kontinuerligt plundrats och attackerats. I april uppgav WHO att i områden som är svåra att nå är bara 20–30 procent av sjukvårdsinrättningarna fungerande och då på minimal nivå. Läkare Utan Gränser har dokumenterat incidenter av våld och attacker mot sin personal samt mot tillgångar och infrastruktur (MSF International, 2024). Trots att sjukvårdssystemet redan kämpar för att möta befolkningens behov, så blockeras humanitära och medicinska organisationer ofta från att bistå med stöd genom byråkratiska och säkerhetsmässiga hinder, eftersom myndigheter vägrar ge ut resetillstånd till personer eller tillåta transporter inom landet. Det gäller även i andra pågående konflikter, som i Gaza.

Det har hävdats att det humanitära utrymmet – fysiska platser som är säkra från attacker i en konflikt, och respekt för de grundläggande humanitära principerna samt biståndsaktörers möjlighet att hjälpa civila som drabbats av konflikter – har krympt avsevärt. Regeringar, FN-organ och internationella organisationer behöver anpassa sig till dessa förändringar i sina verksamhetsmiljöer.

Nuvarande prioriteringar och praxis för hälso- och sjukvård i konfliktområden bygger fortfarande i stor utsträckning på en modell för humanitär hjälp som utvecklades under de två sista decennierna av kalla kriget. I den moderna humanitära sektorns kollektiva minne lever illusionen kvar att det fanns en tid då organisationer i stort sett var fria att agera var de själva önskade, med hänsyn enbart till behoven hos de befolkningar de försökte hjälpa och de begränsningar som deras egna stadgar satte upp. Den humanitära sektorn har behövt lära sig att alla humanitära insatser bygger på att man förhandlar fram kompromisser med relevanta politiska aktörer, däribland naturligtvis rebellgrupper, givare och andra intressenter (så som mottagarna, vilka ofta glöms bort). Det krävs att man försöker förena konkurrerande agendor, inte bara *mellan* icke-statliga organisationer utan även *inom* de icke-statliga organisationerna.

Den humanitära sektorn har på den senaste tiden påmint om att opartiskhet, neutralitet och oberoende, som är de centrala principerna för alla sammanhängande humanitära insatser, inte är en självklarhet utan att de under årtionden av åtgärder och debatt kontinuerligt behöver försvaras. Som medlem i FN:s säkerhetsråd 2017–2018 var Sverige drivande i arbetet med att ta fram resolution 2286, där världens länder förpliktigar sig att skydda hälso- och sjukvård i konflikter. Sverige stod även bakom resolution 2730 om skydd av humanitär personal, som i slutet av maj 2024 antogs av säkerhetsrådet.¹⁰ Aktörer inom global hälsa har krävt att deras regeringar tar ledningen för att vända den negativa utvecklingen och står upp för rätten att bedriva sjukvård på ett säkert sätt.

Effekterna av blandade faror och komplexa kriser

Under de senaste åren har de som arbetar med katastrof- och riskreducering och hälsa börjat hänvisa till och understryka vikten av en så kallad ”all-hazards approach” – att vi måste arbeta över hela

¹⁰ Resolution 2730 (2024) –

<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n24/145/64/pdf/n2414564.pdf>.

hotskalan. Detta förhållningssätt innebär att även om faror har olika ursprung (naturliga, tekniska eller samhällsliga) utmanar de ofta hälso- och sjukvårdssystemen på liknande sätt och kräver insatser från flera sektorer. Riskreducering, krisberedskap, insatser och lokal återuppbyggnad genomförs vanligtvis enligt samma modell, oavsett orsak. Genom att stärka länders sektorsövergripande beredskap för eventuella katastrofer ska det finnas kapacitet för riskhantering av alla typer av faror. I samband med covid-19-pandemin startades flera initiativ, både på nationell och internationell nivå, som strävar mot att förebygga biologiska faror som kan orsaka katastrofer. Men även om större fokus på pandemiberedskap är en positiv utveckling, så kan det vara viktigt att fortsätta fokusera på att arbeta över hela hotskalan. Nästa stora hälsokris kan vara orsakad av en annan typ av fara än den senast förekommande. En hög IT-användning som många länder har kan exempelvis göra ett samhälle och dess sjukvårdssystem mycket sårbart i olika kriser.

Under de senaste åren har världen drabbats av katastrofer orsakade av flera olika faror vars effekter överlappar varandra i tid och rum. Många delar av världen hanterar flera kriser samtidigt, så som naturhändelser, tvångsförflyttningar, väpnade konflikter och sjukdomsutbrott. Ett exempel är Afghanistan där en kraftig jordbävning inträffade i juni 2022, när människor redan drabbats av konflikt och flerårig torka, följt av extrema regnmängder och översvämningar i augusti. FN:s kontor för katastrofriskreducering definierar sådana händelser som multirisikhändelser, vilket innebär att två eller flera faror inträffar samtidigt eller i följd och att deras effekter kan vara relaterade till varandra. Trots den ökande medvetenheten om vikten av att använda ett multirisikperspektiv (vikten av perspektivet understryks exempelvis i Sendairamverket för katastrofriskreducering 2015–2030) är det vanligt att katastrofer som orsakas av kombinerade faror inte uppmärksammas och rapporteras som sådana av massmedia och webbplatser för katastrofrapportering

som till exempel ReliefWeb¹¹. Ett fragmenterat synsätt skulle kunna leda till en ofullständig förståelse för katastrofer och deras effekter. Insatser för att bistå den drabbade befolkningen blir därmed mer komplexa och svåra att genomföra.

Majoriteten av de globala humanitära insatserna är inriktade mot och finansierade för pågående och utdragna kriser. Det innebär en betydande utmaning att på samma gång försöka möta parallella humanitära kriser och instabilitet, och samtidigt verka för långsiktiga utvecklingsmål (SDG:s). Även om löftet att integrera den humanitära sektorn och utvecklingssektorn när de verkar i samma sammanhang är långt ifrån nytt, dyker det ständigt upp nya tillvägagångssätt, strategier och koncept för att koppla samman fred, utveckling och humanitärt arbete. Att jobba integrerat med humanitärt bistånd, hållbar utveckling och fred enligt trippel nexus¹² har förespråkats under flera år av olika biståndsaktörer, bland andra FN-organ och EU, och frågan har intensifierats i och med olika kriser. Aktörer som arbetar i komplexa kriser har argumenterat att det har blivit svårare att ignorera vikten av konfliktkänslighet i biståndsprogrammering. Konfliktkänslighet förklaras också i WHO:s tekniska vägledning ”The Red Book” för medicinska team som planerar insatser i väpnade konflikter (WHO, 2021).

Att konfliktkänslighet bör tillämpas vid planering i alla miljöer är egentligen varken nytt eller kontroversiellt inom det humanitära området. Men tillvägagångssättet med att integrera sektorerna har ändå kritiserats för att riskera en förflyttning av humanitär hjälp från principiell neutralitet in på den politiska arenan och försöka få dem inkluderade i fredsförhandlingarnas kalkyler. Under ebolautbrottet i Demokratiska republiken Kongo 2018–2020 fanns ett samförstånd mellan internationella hälsoaktörer om behovet av att förbättra

¹¹ ReliefWeb är en humanitär informationstjänst som tillhandahålls av FN:s kontor för samordning av humanitära frågor (OCHA).

¹² Trippel nexus har förespråkats under flera år, och frågan har intensifierats i och med olika kriser. Trippel nexus innebär att koppla samman utvecklingsbistånd, humanitärt stöd och fredsinsatser.

insatsernas förmåga att förstå och arbeta med konfliktodynamiker. Men inom detta breda samförstånd kvarstod kontroversiella frågor: Hur ska det internationella sjukvårdssamfundet samarbeta med värdländernas regeringar när de är en part i konflikten och deras tillvägagångssätt hotar de grundläggande verksamhetsprinciperna och undergräver resultaten? Bör hälso- och sjukvården vara ansvarig för sin inverkan på konfliktodynamiken i politiserade miljöer?

En springande punkt var exempelvis militärens roll vid vaccineringar mot ebola. Det har rapporterats att rebellgrupper såg de som lät sig vaccineras under militärens beskydd som kollaboratörer som sedan bestraffades eller dödades. Detta understryker vikten av att humanitär hjälp ska vara oberoende för att inte uppfattas som att den tar ställning.

Trender inom hälsorespons i katastrofer

Genomförandet av hälsoinsatser vid katastrofer i vårt nuvarande system har många utmaningar. Några aktuella utmaningar, såsom attacker på sjukvården i konfliktområden och den komplexa karaktären hos dagens hälsokriser, har redan nämnts.

Behovsanalyser och prioriteringar inom biståndet

Det svenska utvecklingsbiståndet är inne i en förändringsperiod. Det kopplas starkare till svenska utrikes- och inrikespolitiska intressen med en tydligare strategi att koncentrera biståndet till närområdet. År 2022 var Ukraina den enskilt största bilaterala biståndsmottagaren. I denna förändringsperiod skulle även strategierna och principerna bakom det humanitära biståndet kunna ändras. Men det humanitära biståndet har alltid skiljt sig från utvecklingssamarbetet eftersom det ska vägledas av de humanitära principerna om humanitet, neutralitet, oberoende och opartiskhet. Hälsoinsatser vid katastrofer ligger inom det humanitära biståndet men vilar på det långsiktiga utvecklingssamarbetet inom global hälsa och katastrof-

reducering. ”Grundläggande hälso- och sjukvård i humanitära krissituationer” kallas den del av det svenska humanitära hälsobistånd som vi berör i det här kapitlet, men det utgjorde bara 0,2 procent¹³ av det totala biståndet 2019–2023.

Det primära ansvaret för att samordna det humanitära biståndet vid en katastrof vilar på de nationella myndigheterna, men när externt bistånd krävs är FN ansvarigt för att leda och samordna de humanitära organisationernas insatser. Behovsbedömning och analys är det första steget i den humanitära programcykeln. Det baseras på en övergripande analys av de akuta behoven i ett krisdrabbat samhälle. Analyserna ska identifiera luckor i resurser och tjänster för att sedan prioritera tilldelningen av bistånd och informera om effektiva, ändamålsenliga och snabba handlingsplaner för katastrofhjälp. Eftersom det finns många aktörer inblandade i katastrofinsatser skapades 2005 klustermetoden – ett system för att samordna humanitära aktörer per sektor. Det lanserades av FN:s ständiga kommitté IASC (Inter-Agency Standing Committee) och syftar till att förbättra effektiviteten, förutsägbarheten och ansvarsskyldigheten för humanitära insatser. WHO leder hälsoklustret.

Behovsbaserad finansiering och behovsbaserat bistånd står högt på givarorganisationernas, FN:s och andra humanitära aktörers dagordning. Olika verktyg som kan analysera humanitära behov i hälsokriser och katastrofer ska hjälpa givare att se förbi mediebruset och prioritera finansiering till de som behöver det mest. Sveriges omfattande globala kärnstöd till humanitära organisationer kanaliseras utifrån behovsbedömningar gjorda av FN och andra aktörer, som exempelvis Rödakorsrörelsen. Sida använder data från INFORM Severity Index¹⁴ (OCHA, 2024) för sitt humanitära arbete, som ett sätt att objektiva mäta och jämföra allvarlighetsgraden av kriser och katastrofer globalt. EU:s humanitära finansiering följer också en definierad modell för behovsbedömning.

¹³ Data från Open Aid.

¹⁴ Inform Severity Index är en regelbundet uppdaterad och lättolkad modell för att mäta krisers allvarlighetsgrad. Modellen syftar till att hjälpa beslutsfattare och bidra till förbättrad effektivitet och samordning av humanitära insatser.

Det finns internationell konsensus om att behovsanalyser bör ligga till grund för att tillhandahålla stöd vid katastrofer, men det finns också de som hänvisar till etikbaserade eller rättighetsbaserade perspektiv som vägledning vid fördelning av resurser. Humanitära insatser kan inte täcka alla behov utan måste prioritera utifrån effekt och de mest akuta behoven. Men det kan bli ett dilemma när humanitära insatser ska prioriteras i länder där hälsosystemet till vardags är gravt underfinansierat och inte klarar att ge acceptabel vård för vanliga åkommor.

Humanitärt stöd vid katastrofer i form av en humanitär hälsoinsats kan också vara en utrikespolitisk handling som inte baseras på en behovsbedömning alls. Efter den kraftfulla explosionen i Beiruts hamn 2020 som orsakade mer än 5 000 skadade och 200 döda, skickades flera internationella fältsjukhus dit utan någon närmare analys och bedömning av humanitära behov (Wolff et al., 2022). Det togs ingen hänsyn till att det fanns runt 50 sjukhus inom en timmes transportväg från explosionen. Den italienska marinens fältsjukhus för skadade öppnade en månad efter explosionen. Då fanns inga skadade kvar att vårda.

Beslut kring hälsoinsatser kan vara mycket politiska. När Marocko drabbades av en stor jordbävning 2023 erbjöd Frankrike sitt fältsjukhus. Marocko avböjde, vilket skapade upprörda politiska uttalanden i Frankrike. Marockanska myndigheter förordade i stället erbjudanden om hjälp från sök- och räddningsteam från Storbritannien, Spanien, Qatar och Förenade Arabemiraten men avböjde att ta emot hjälp från andra länder.

De finns konsensus bland biståndsgivarna om att finansiera efter behov men andra överväganden – exempelvis geopolitiskt intresse, medieuppmärksamhet, närhetsprinciper, komplexitet och givartrötthet – konkurrerar med principen att låta behovens omfattning styra finansieringsbesluten. I många av de länder som Sverige stödjer humanitärt har Sida också långsiktigt utvecklingsbistånd. Utvecklingsbiståndet ska bygga kapacitet och skapa förutsättningar för hållbara levnadsvillkor för människor som lever i

fattigdom och förtryck. Sida ska på sikt bidra till ett minskat beroende av humanitärt bistånd och möjliggöra en övergång av ansvaret för insatserna till utvecklingsaktörer. Men med de senaste årens utveckling inom svenskt bistånd finns det dock en risk att finansiellt stöd inte kommer gå till det långsiktiga utvecklingsbiståndet i de mest sårbara och konfliktdrabbade staterna. Detta riskerar att försämra utrymmet för svensk humanitär verksamhet i ett flertal länder. I stater där Sverige inte kan samarbeta med sittande regeringar eller regimer är samarbete med organisationer i det civila samhället avgörande. De är ofta bäst lämpade att identifiera vilka människor som har störst behov, förhandla med nyckelaktörer om tillträde och se till att katastrofhjälp kan levereras till svåråtkomliga samhällen. Att på längre sikt stärka människors och samhällens förmåga att skydda sig mot och återhämta sig efter kriser och katastrofer är helt avgörande för att hälsoinsatser vid katastrofer överhuvudtaget kan genomföras. Men som påpekats tidigare är tillgången till befolkningen och säkerhet starkt begränsande faktorer för humanitära insatser, även för neutrala och oberoende icke-statliga organisationer.

Standardisering, ansvarsutkrävande och evidensbaserade strategier?

För att på ett koordinerat och kvalitetssäkrat sätt stärka nationella insatser med extra klinisk vård i olika katastrofer initierades 2013 Emergency Medical Teams (EMT)¹⁵ av WHO. EMT kan beskrivas som ett internationellt 112-nummer dit drabbade länder kan vända sig för att få stöd med sjukvårdsinsatser vid katastrofer. Det kan delvis ersätta eller stärka länders hälso- och sjukvårdssystem i de akuta efterdyningarna av katastrofer eller hälsokriser. EMT-initiativet utvecklades efter jordbävningen på Haiti 2010 med syfte att förbättra kvaliteten och ansvarsskyldigheten bland internationella aktörer.

¹⁵ EMT – <https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams>.

De medicinska insatserna efter jordbävningen på Haiti 2010 har beskrivits som kaotiska: Informationen var knapp, vården undermålig och samordningen hade allvarliga brister (PAHO, 2011). Amputationer genomfördes utan patientens samtycke och utan uppföljning, ibland av icke-kvalificerad personal. Det saknades ansvarutkrävande och dokumentation, vilket skapade problem för de skadade i efterförloppet. EMT-systemet bygger på professionella standarder, där medicinska team måste följa etiska och yrkesmässiga normer och endast ge vård och utföra ingrepp som de är kvalificerade för och regelbundet utför i sitt normala yrkesutförande i hemlandet. De bör begära informerat samtycke och respektera patientens rätt att vägra vård. Teamen måste överväga vad som är lämpligt i den aktuella miljön (vilken kan skilja sig från hemlandet) och hur realistiskt det är med eftervård och uppföljning i det aktuella sammanhanget.

Tanken bakom EMT är att varje medicinskt team som kommer från ett annat land för att utöva sjukvård i katastrof- eller konfliktmiljöer bör anlända som ett klassificerat EMT på begäran av det drabbade landet. Teamet är då utbildat och medför utrustning och förnödenheter för att ge en effektiv insats, snarare än att lägga en börda på det nationella systemet. För att bli klassificerat enligt WHO-standard måste EMT sträva efter att vara självförsörjande och tillhandahålla en vårdkvalitet som är lämplig för sammanhanget, med referenser som uppfyller en lägsta godtagbar standard. EMT-systemet har växt och fler länder anpassar sig till EMT-funktionen för att avgöra vilka insatsteam som ska ges rätt att bedriva vård efter katastrofer.

Den humanitära sektorn har blivit mer komplex under de senaste åren, med högre grad av professionalism, specialiserad personal och utveckling av rutiner. Den humanitära sektorns resultat har ständigt utvärderats för att förbättra samordning, ansvarutkrävande, transparens och effektivitet. Nya utbildningar, standarder, rutiner och metoder för utvärdering har införts. Samtidigt kan det ifrågasättas hur viktigt ansvarutkrävande och standardisering vid

internationella hälsoinsatser faktiskt har blivit sedan den kritiserade responsen på Haiti 2010. I svenska tidningar har man exempelvis kunnat läsa om flera läkares volontärresor till Ukraina sedan anfallskriget började 2022. Det har även föreslagits att utgångna läkemedel ska doneras.

Det råder enighet om att den tillgängliga kunskapen avseende bästa praxis för humanitära hälsoinsatser är otillräcklig och det kvarstår många utmaningar för sektorn i ambitionen att gå från ”goda intentioner” till ”mätbara resultat”. Forskare upplever utmaningar med att humanitära aktörer är ovilliga och ointresserade, eller upplever för många byråkratiska hinder för att dela med sig av data till forskare för att de ska kunna utvärdera insatser och ta fram evidens. Det finns också en bristande samstämmighet mellan de miljöer där de flesta katastrofer inträffar (resursknappa miljöer) och där forskningen produceras (höginkomstländer). Men den största utmaningen för framtagandet av kunskap vid katastrofer och hälsokriser är naturligtvis deras oväntade och brådskande karaktär, och tankesättet i katastrofer bör prioritera ”problemlösning” framför ”generering av evidens”. Dock kan hälsobehoven ofta förutsägas utifrån det drabbade landets sårbarhet, typ av fara och hur stor den exponerade befolkningen är.

För att säkerställa att kunskap och erfarenhet används för beslutsfattande måste olika aktörer, framför allt slutanvändarna – såsom drabbade samhällen och vårdpersonal – involveras i framtagandet och generering av kunskap. Vi behöver mer tillgängliga fakta som kan vägleda och styra insatser samt utvärdering av insatsers effekter.

Lokalisering och avkolonialisering av insatser vid katastrofer?

Rörelsen för att avkolonisera det humanitära biståndet har tagit fart under de senaste åren, bland annat genom den så kallade lokaliseringsagendan – en vision om stärkta samhällen som tar ansvar

för sin egen framtid. Lokaliseringsagendan inom Grand Bargain-avtalet¹⁶ är ett åtagande från givare att ge bistånd direkt till nationella och subnationella organisationer och försöka se till att de som får bistånd har en röst i beslut som påverkar dem. Dessa åtaganden har mötts av skepsis inom sektorn eftersom mycket tyder på att de former för aktivt deltagande som föredras fortfarande är de som fastställs av de humanitära organisationerna själva.

Under de senaste åren har mer uppmärksamhet riktats mot rasism inom den humanitära sektorn och det har ifrågasatts i vilken utsträckning den har byggts in i strukturerna i det internationella biståndssystemets arkitektur.¹⁷ Som svar på detta har grupper av humanitär personal, forskare och aktivister i allt högre grad efterlyst ett avkoloniserat förhållningssätt till studier om och utövande av humanitär verksamhet. Ett av de mest uppenbara sätten på vilka koloniala relationer som har upprätthållits i nutiden kan ses genom att man analyserar varifrån biståndet kommer och vart det går. Andra arv som kvarstår är maktskillnader mellan huvudkontor i väst och aktörer på plats i låginkomstländer samt mellan nationell personal som arbetar i sitt hemland och internationell personal som är globalt rörlig och vanligtvis har mycket högre lön.

Lokalisering är också viktig när det gäller framtagandet av forskning i humanitära kriser och utmaningarna med att använda fakta och bevisunderlag på rätt sätt. Metoder för att generera kunskap har traditionellt utformats enligt ett ”top-down”-format från det drabbade landets huvudstad eller den humanitära organisationers högkvarter. Detta har ibland resulterat i hälsoinsatser som saknar en lämplig förståelse för den lokala kontexten. Exempel på svårigheter i insatserna förekom exempelvis under ebolaepidemin i Västafrika, där föreslagna förändringar i begravningsrutinerna inte förklarades

¹⁶ The Grand Bargain (official website) –

<https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>.

¹⁷ Ett exempel är det öppna brevet som skrevs 2020 till Läkare utan gränser (MSFs) ledning angående rasism inom organisationen: 2020 Open Letter – Decolonise MSF (univer.se) <https://decolonisemsf.univer.se/2020-open-letter>.

och förankrades bland befolkningen. Resultatet blev en ovilja att rapportera dödsfall, spädde på motståndet mot regler för att minska smittspridningen i samhället och försvårade hälsoinsatsen.

År 1991 antog FN:s generalförsamling resolution 46/182 som fastställde de vägledande principerna för det globala humanitära systemet. I dokumentet står det att humanitärt bistånd bör tillhandahållas med det drabbade landets samtycke och utifrån en princip som vilar på en vädjan från det drabbade landet. Men det är ändå svårt att bortse från att katastrofinsatser växte fram i en tid som dominerades av kolonialism och imperialism, från det internationella systemets rötter och strukturer och det sätt på vilket makt påverkar eller snedvrider resultat och har negativa, exkluderande eller kontra-produktiva effekter.

När samhällen som drabbas av katastrofer framställs som oförmögna att bedöma vilken hjälp de ska erbjudas kan det både uppmuntra oseriösa aktörer och leda till olämpliga och i slutändan kontraproduktiva insatser. Det är sällan som alla organisationer i en internationell insats har personal med kulturell medvetenhet samt förmåga att kommunicera på det lokala språket och vara helt självförsörjande. Extern katastrofresponns kan aldrig ersätta nationella förmåga att vara förberedd på och hantera en katastrof eller hälsokris, men det kan i vissa lägen vara ett nödvändigt komplement.

Att bygga lokal och nationell kapacitet är ett av huvudfokusområden för WHO:s EMT-strategi 2030. Under de senaste åren har det skapats intressanta exempel på sådana nationella förstärkningsresurser. I juni 2022 inrättade till exempel önationen Palau ett EMT kallat Klemat, vilket gör det till det minsta landet sett till befolkningsmängd som lyckats att inrätta ett EMT. Sjukvårdsteamet är nu en tillgänglig klinisk resurs som är redo att rycka ut lokalt, nationellt och eventuellt regionalt i händelse av en katastrof. Klemat kan tillhandahålla helt självförsörjande öppenvårds- och akutsjukvårdstjänster i tält (Uherbelau et al., 2022).

Den svenska regeringen har under maj 2024 gett Socialstyrelsen i uppdrag att upprätta en nationell förstärkningsresurs som kan stödja en region vars hälso- och sjukvård riskerar att överbelastas vid en kris eller katastrof. Socialstyrelsen ska påbörja en klassificeringsprocess av den nationella förstärkningsresursen i enlighet med WHO:s EMT-standarder och på så sätt ska resursen kunna användas till att genomföra katastrofmedicinska insatser inom ramen för ett nordiskt samarbete eller en WHO-, EU- eller Nato-ledd koordinering. Det är en intressant trend att många länder världen över nu väljer att bygga nationella förstärkningsresurser som kan användas internationellt om ett drabbat samhälle skickar en förfrågan respektive nationellt vid hälsokriser och katastrofer där det behövs ytterligare stöd med sjukvårdsinsatser.

Möjligheter inom området hälsoinsatser vid katastrofer

Detta kapitel har beskrivit hälsobehov, globala trender, utmaningar och möjligheter vid katastrofer. Vi ser att Sverige på olika sätt har möjlighet att påverka hur området ”hälsoinsatser vid katastrofer” utvecklas. Nedan följer några rekommendationer för det svenska arbetet med internationella hälsoinsatser vid katastrofer:

- Hälso- och sjukvården har hamnat i skottlinjen för stridande parter och det humanitära utrymmet för hälsoinsatser har krympt. Sverige bör nyttja sin starka och oberoende röst för att kräva humanitärt tillträde och respekt för internationell humanitär rätt. Ansvarsutkrävande för brott mot internationell humanitär rätt, som attacker mot sjukvård, bör vara centralt för Sveriges humanitära diplomati och genomföras i samarbete med andra stater och icke-statliga aktörer.
- När de humanitära behoven och hälsoinsatserna blir alltmer omfattande och komplexa är det viktigt att det finns fakta, underbyggd kunskap och erfarenhet som vägledning för behovsanpassade insatser. Under de senaste åren har

kunskapsmängden från forskning i humanitära miljöer ökat, men den är fortfarande bristfällig på grund av brist på data och utvärderingar. Data bör göras tillgänglig för att kunna säkerställa att insatserna är av rätt typ och gör mer nytta än skada. Sverige bör stötta forskare och se till att en ny generation får erfarenhet och samarbetar internationellt inom området. Erfarenheter från globalt kris- eller katastrofmedicinskt arbete kan stärka den svenska beredskapen, som när lärdomar från insatser under ebolautbrottet i Västafrika 2014–2016 och i Demokratiska republiken Kongo 2018–2020 kunde tillämpas under covid-19-pandemin i Sverige. Även erfarenheter från Ukraina används i beredskapsplaneringen i Sverige, exempelvis att det i en krigssituation kan finnas stora behov av att öka sjukvårdskunskaperna hos civila.

Även om stora givare har enats om att finansiera humanitära insatser efter behov har andra överväganden som geopolitiskt intresse, medieuppmärksamhet, närhetsprinciper, komplexitet och givartrötthet konkurrerat med principen att låta behovens omfattning styra finansieringsbesluten. Sveriges humanitära bistånd bör fortsatt följa en konkret behovsbedömning och vara ledande i att utveckla och använda verktyg som kan mäta och jämföra allvarlighetsgraden av kriser och katastrofer globalt. Sverige bör fortsätta stötta det långsiktiga utvecklingsbiståndet i de mest sårbara och konflikt-drabbade staterna, eftersom ett tillbakadragande riskerar att försämra utrymmet för svensk humanitär verksamhet i ett flertal länder. I stater där Sverige inte kan samarbeta med sittande regeringar eller regimer är samarbete med organisationer i det civila samhället avgörande för att kunna genomföra hälsoinsatser vid katastrofer.

Referenser

Chan, E. Y. Y. (the C. U. O. H. K. (2017). *Public health humanitarian responses to natural disasters*. Taylor & Francis Ltd.

CRED. (2024). *2023: Disasters in numbers*.

<https://reliefweb.int/report/world/2023-disasters-numbers>

Elrha. (2024). Non-Communicable Diseases in Humanitarian Contexts: What Do We Need to Know? Retrieved from <https://www.elrha.org/news-and-blogs/non-communicable-diseases-in-humanitarian-contexts-what-do-we-need-to-know/>

Global Humanitarian Overview 2019 [EN/AR/ES/FR/ZH]—World | ReliefWeb. (2018). <https://reliefweb.int/report/world/global-humanitarian-overview-2019-enaesfrzh>

Global Humanitarian Overview 2024 [EN/AR/FR/ES] | OCHA. (2023). <https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2024-enarfres>

Gottlieb, S. (2004). Dead bodies do not pose health risk in natural disasters. *BMJ : British Medical Journal*, 328(7452), 1336.

Huang, W., Gao, Y., Xu, R., Yang, Z., Yu, P., Ye, T., Ritchie, E. A., Li, S., & Guo, Y. (2023). Health Effects of Cyclones: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiological Studies. *Environmental Health Perspectives*, 131(8), 086001.

Insecurity Insight & Safeguarding Health in Conflict. (2024). *Critical condition: Violence against health care in conflict | 2023*.

<https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/critical-condition-violence-against-health-care-conflict-2023>

IPCC. (2021). *IPCC AR6 Working Group 1: Summary for Policymakers*.

<https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/chapter/summary-for-policymakers/>

MSF. (2024). *In Sudan, the needs are growing by the day, but the response is deeply inadequate*. <https://www.msf.org/sudan-needs-are-growing-day-response-deeply-inadequate>

OCHA. (2024). *Ukraine: protection of civilians in armed conflict. September 2024 update*. Retrieved from https://ukraine.ohchr.org/sites/default/files/2024-10/Ukraine_protection_of_civilians_in_armed_conflict_September_2024.pdf

OHCHR. (2021). *A/76/169: Human rights of internally displaced persons -Note by the Secretary-General*. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a76169-human-rights-internally-displaced-persons-note-secretary-general>

PAHO. (2011). *Health response to the earthquake in Haiti, January 2010*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52841/9789275132524_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saulnier, D. D., Brolin Ribacke, K., & von Schreeb, J. (2017). No Calm After the Storm: A Systematic Review of Human Health Following Flood and Storm Disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(5), 568–579.

UCDP - Uppsala Conflict Data Program. (2023). <https://ucdp.uu.se/encyclopedia>

Uherbelau, G. J., Mekoll, N., Omengkar, W., Casey, S. T., Noste, E. E., & Ferguson, M. M. (2022). Establishing a National Emergency Medical Team in the Republic of Palau. *Prehospital and Disaster Medicine*, 37(S2), s85–s85.

Wolff, E., Shankiti, I., Salio, F., & von Schreeb, J. (2022). The Response by International Emergency Medical Teams Following the Beirut Harbor Explosion in 2020 – Who Were They, When Did They Arrive, What Did They Do, and Were They Needed? *Prehospital and Disaster Medicine*, 37(4), 529–534.

World Meteorological Organization (WMO). (2021). *WMO Atlas of Mortality and Economic Losses from Weather, Climate and Water Extremes (1970–2019)*. <https://library.wmo.int/records/item/57564-wmo-atlas-of-mortality-and-economic-losses-from-weather-climate-and-water-extremes-1970-2019>

7 Sex är politik

Sara Österlund

- Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en grundförutsättning för utveckling.
- Den tidigare relativt positiva utvecklingen inom flera SRHR-områden har planat ut, eller pekar nedåt. Anledningen är att de satsningar som har gjorts inte nått de mest utsatta grupperna.
- SRHR har blivit ett slagträ i den politiska debatten. Motståndet hotar mänskliga rättigheter och är organiserat och välfinansierat.
- Demokratiskt sinnade aktörer måste jobba tillsammans och på nya sätt, för att neutralisera den globala politiska oppositionen mot jämställdhet och SRHR.
- Givet de stora utmaningarna bör Sveriges bistånd till SRHR vara generöst. Idag minskar det. Sverige bör satsa på teknisk expertis och diplomati kopplat till jämställdhet och SRHR där det svenska biståndet är som högst, till exempel inom Världsbanken.

Inledning

I detta kapitel resonerar jag kring samtida – och framtida – utmaningar och möjligheter för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) på individ-, system- och policynivå. En inledande analys av SRHR som en mänsklig rättighet och som en grundförutsättning för utveckling följs av en genomgång av utmaningar och möjligheter kopplat till sociala normer (individnivå), hälsosystem (systemnivå) och det globala motståndet mot SRHR (policynivå). Kapitlet avslutas med förslag på hur Sverige kan driva utvecklingen framåt med sin unika globala roll som röst för, och finansär av, SRHR.

SRHR som en förutsättning för utveckling

Att få bestämma över sin kropp och sexualitet är en mänsklig rättighet och är för många en självklarhet. År 1994 hölls den banbrytande FN-konferensen ICPD¹ i Kairo, där man slog fast att sexuell och reproduktiv hälsa är en mänsklig rättighet. Det utgjorde ett paradigmskifte från ett tidigare synsätt där kvinnors reproduktion och sexualitet sågs instrumentellt, som verktyg för att genomföra befolkningsprogram och -politik. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa är en integrerad del av rätten till hälsa och en grundförutsättning för uppfyllande av en rad andra rättigheter inklusive rätten till utbildning, arbete och jämställdhet, rätten till liv och privatliv, frihet från tortyr samt kroppslig autonomi (UN, 2016).

¹ International Conference on Population and Development – <https://www.unfpa.org/icpd>.

Box 1: Guttmacher-Lancetkommissionens definition av SRHR

Idag utgår de flesta från Guttmacher-Lancetkommissionens definition av SRHR som anger att alla människor har rätt att:

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande;
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning samt könsidentitet och könsuttryck;
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv;
- välja sina sexualpartners;
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser;
- besluta om, när och med vem äktenskap ska ingås;
- avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha;
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjade och våld.

(Starrs et al., 2018)

De senaste decennierna har det skett stora globala förbättringar när det kommer till SRHR. Mödradödligheten minskade med 34 procent mellan 2000 och 2020. Antalet nya hivinfektioner har minskat med 60 procent sedan 1995. Det är fantastiska framgångar. Men efter 2020 har något hänt. Den positiva utvecklingen har planat ut – eller pekar nedåt – i synnerhet bland vissa grupper och i vissa områden (UNFPA, 2024a). En häpnadsväckande stor del av jordens befolkning har fortfarande inte makt över sin kropp eller möjlighet att fatta beslut som rör deras sexualitet och reproduktion. Flickor tvingas till barnäktenskap när de är 13 år. Kvinnor måste avstå preventivmedel för att deras män vill ha fler barn (UNFPA, 2024b). Personer döms till långa fängelsestraff eller till döden för att ägnat sig åt ”samkönat sexuellt umgänge” (ILGA World, 2024). År 2024

är SRHR knappast en självklarhet i världen och det krävs omfattande resurser och politiska kursomläggningar för att vi ska kunna nå de globala målen för SRHR till 2030² (UN, 2023).

Det är inte bara när det kommer till SRHR som vi ser negativa trender. Globalt befinner vi oss i den kanske mest turbulenta tiden sedan andra världskriget. Klimatkris, demografiska förändringar, pandemi och den digitala utvecklingen skapar hot – men också möjligheter. De geopolitiska spänningarna har ökat. Denna ”polykris” (Tooze, 2024) leder till ökad ojämlikhet och utsatthet på alla plan och inom en rad områden (Lawrence et al., 2024), men delar av krisen har en *särskilt* negativ effekt på jämställdhet och SRHR (Khosla et al., 2024). I osäkra tider sker ofta en tillbakagång till traditionella sociala normer och värderingar kring familj och kön, vilket ofta har en mycket negativ inverkan på SRHR (OCHA, 2022). I polykrisens spår ser vi också en ökad populism och en omfattande rörelse som tar avstånd från fakta och forskning, inte minst om hälsa och jämställdhet. Det redan välorganiserade globala motståndet mot SRHR har förstärkts – men det har även de rörelser som verkar för SRHR, demokrati och jämställdhet.

SRHR är en grundförutsättning för social och ekonomisk utveckling. Tillgång till SRH-tjänster har en direkt positiv inverkan på ekonomisk utveckling – både på individnivå och på samhällsnivå (UNFPA, 2024b). Tillgången till preventivmedel minskar till exempel markant antalet oönskade graviditeter, inklusive oönskade graviditeter bland tonårsflickor, vilket direkt gynnar kvinnors och flickors möjlighet till utbildning och avlönat arbete (Darroch et al., 2016; WHO, 2023a). Sexualundervisning ger unga människor kunskap och verktyg att ta makt över sin egen kropp (Unesco, 2023). Investeringar i SRHR får människor att leva ett hälsosammare och mer jämställda liv – men ger också ökad tillgång till ekonomisk, politisk och social makt och kan, i förlängningen, bidra till en mer demokratisk utveckling.

² Primärt SDG 3 God hälsa och välbefinnande och 5 Jämställdhet, men en rad andra mål har en omedelbar koppling till SRHR.

Givet att sexuell och reproduktiv hälsa är en mänsklig rättighet och en grundförutsättning för demokrati och ekonomisk utveckling borde vi globalt se större satsningar på just SRHR. Så är inte fallet. Nära hälften av OECD-DAC-givarna gav mindre än 2 procent av sitt bistånd till SRHR 2022. USA sticker ut som en ”supergivare”: 16 procent av det amerikanska biståndet går till SRHR, varav den största andelen går till att förebygga hiv/aids. Sverige, tillsammans med Kanada och Nederländerna, har länge placerat sig efter USA på listan över de största givarna, med omkring 5–8 procent av sina respektive bistånd kanaliserade till SRHR (DSW, 2024). Ett negativt trendbrott vad gäller andelen svenskt bistånd som går till SRHR sågs 2022, då andelen av det totala biståndet sjönk från 7,3 procent (2021) till 5,6 procent. Under 2023 fortsatte minskningen ned till 5,1 procent (UD, 2024).

För att identifiera ett av de absolut största hindren för jämställdhet och SRHR behöver man inte gå till polykrisens politiska arena. Det finns minst lika stora utmaningar på individ- och gruppnivå. Det är väl känt att djupt rotade sociala normer och kontrollmekanismer kring (framför allt kvinnors och flickors) sexualitet och reproduktion är hinder för jämställdhet och uppfyllandet av SRHR. Ofta förstärks sådana sociala normer av religiösa föreställningar.

Flickors och kvinnors kroppar kontrolleras på många håll i världen av partners/män, fäder eller bröder. Sådana strukturer ser vi även i Sverige. Sociala normer kring vikten av att kontrollera flickors sexualitet bidrar till exempel till barnäktenskap, kvinnlig könsstympning och könsrelaterat våld. Sociala normer mot sex före äktenskapet leder till att ungdomar stängs ute från faktabaserad information om sina kroppar och sin sexualitet samt från att ha tillgång till preventivmedel. Detta är en starkt bidragande orsak till hög förekomst av tonårsgraviditeter, som även leder till osäkra aborter och en oproportionerligt stor mödradödlighet hos unga tjejer (Darroch et al., 2016).

Unga män får ofta omedelbara sociala ”belöningar” om de följer normer som handlar om manlig dominans och sexuellt risktagande (Kågesten et al., 2021). Detta kan i sin tur leda till ohälsa och få andra negativa konsekvenser. Hbtqi-personer³ drabbas ofta hårt av denna typ av sociala normer eftersom de ofta avviker från den förväntade och traditionella bilden av ”en man” eller ”en kvinna” och från idén om att sexuella handlingar sker mellan en man och en kvinna.

Positivt är dock att diskriminerande normer – i motsatt till vad många kanske tror – inte är omöjliga att förändra. I själva verket utmanas, förhandlas och omformas de ständigt och det kan ibland gå snabbt. Olika typer av diskriminerande normer förändras också olika fort. I Sverige, till exempel, ökade stödet för hbtqi-rättigheter betydligt senare än stödet för kvinnors rättigheter (Kågesten et al., 2021). Det finns ingen enkel universallösning för att nå snabba förändringar av normer och man måste oftast arbeta på olika nivåer samtidigt. Lokala kvinnorrätts- och andra civilsamhälles-organisationer på gräsrotsnivå har visat sig vara nyckelaktörer när det gäller effektivt och hållbart arbete med att förändra sociala normer. Religiösa aktörer har ofta ett långtgående inflytande och är ofta en auktoritär röst som avgör vilka normer som bevaras. De kan motarbeta SRHR, men omvänt kan progressiva trosbaserade aktörer spela en viktig roll för att åstadkomma positiva förändringar.

Skadliga normer kan också förändras ”uppifrån”, genom politiskt och ekonomiskt stöd till arbetet med att avskaffa diskriminerande politik och lagar som har uppstått på grund av skadliga sociala normer och könsstereotyper.

³ Hbtqi är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter samt intersexpersoner.

Vilka har vi lämnat bakom oss och hur når vi dem?

Flera framsteg inom SRHR har skett tack vare stärkta hälsosystem. Mellan 1990 och 2020 nära fördubblades antalet kvinnor som använde moderna preventivmedel. En viktig bidragande orsak var satsningar på familjeplanering inom ramen för länders hälsosystem (UNDESA, 2022). Närvaron av utbildad personal vid förlossningar ökade från 61 till 85 procent mellan 2000 och 2022. De senaste åren ser vi inte längre samma snabba positiva utveckling. FN:s befolkningsfond (UNFPA) pekar i sin rapport från 2024 på en specifik förklaring: De satsningar som gjorts har inte nått de mest utsatta grupperna (UNFPA, 2024b). Världen har fokuserat på att hjälpa dem som är lätta att nå – men har inte lyckats nå grupper vars behov och situation är mer komplexa. Därför planar framgångarna ut. Förenklat kan man säga att de lågt hängande frukterna är plockade.

På liknande sätt konstaterar FN:s program mot hiv och aids (UNAIDS) och Globala fonden⁴ (Globala fonden, 2024) att vissa grupper är oproportionerligt drabbade av nya hivinfektioner. Fokus framöver måste ligga på att nå de som löper störst risk för ny infektion, däribland män som har sex med män, sexarbetare och personer som injicerar droger. En annan utsatt grupp är unga flickor söder om Sahara som fortfarande drabbas oproportionerligt hårt: 6 av 7 ungdomar (15–19 år) som nyligen smittats av hiv är flickor. År 2022 uppgick antalet nya hivinfektioner bland tonårsflickor och unga kvinnor (15–24 år) i regionen till 210 000 (Globala Fonden, 2023). Generellt spelar ålder en stor roll för tillgång till SRH-service. Sociala normer kring tonårssexualitet skapar barriärer och på många håll i världen har ungdomar – flickor i synnerhet – ingen som helst tillgång till preventivmedel eller till korrekt information om SRHR.

⁴ Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria – www.theglobalfund.org/en/.

Box 2: Ojämlika villkor

- Majoriteten av alla mödradödsfall, över 70 procent, inträffar i Afrika söder om Sahara, där länder med de svagaste hälsosystemen återfinns.
- 95 procent av världens tonårsfödselar⁵ sker i låg- och medelinkomstländer.
- En kvinna i Afrika söder om Sahara som drabbas av komplikationer i samband med graviditet och förlossning löper cirka 130 gånger högre risk att dö av dessa komplikationer än en kvinna i Europa eller Nordamerika.

Källa: UNFPA (UNFPA, 2021, 2024b).

Skillnaden är också stor inom länder. I Madagaskar är det till exempel fem gånger mer sannolikt att de rikaste kvinnorna får kvalificerad hjälp vid förlossningen än att de fattigaste får det (UNFPA, 2024b). Det är välkänt att kvinnor och flickor på landsbygden och från fattiga hushåll generellt sett har sämre tillgång till SRH-tjänster. Vi vet dock mycket mindre om andra parametrar, till exempel om hur SRHR-indikatorer interagerar med etnicitet, flykting- och migrationsstatus och vilken betydelse en funktionsvariation spelar. Fortfarande vet vi också mycket lite om hur hbtqi-personer diskrimineras inom hälso- och sjukvården.

En central lösning på dessa utmaningar enligt UNFPA handlar om att satsa på att anpassa hälsoservice och tjänster till de grupper som har sämst tillgång och att göra det inom ramen för nationella, heltäckande och inkluderande hälso- och sjukvårdssystem – ”Universal Health Coverage” (UHC). Hälsosystemen måste bygga på mänskliga rättigheter och på forskning om vad som faktiskt fungerar. Det är fortfarande vanligt att just SRH-service utelämnas i UHC-satsningar (UNFPA, 2024b).

⁵ Flickor 15–19 år.

Digitalisering kan i vissa fall vara en kraftfull lösning för bättre hälsoservice. Det senaste decenniet har tekniska lösningar och digitalisering radikalt förbättrat tillgången till hälsoservice och information kopplat till SRHR. Digitala lösningar når dock inte alla. Mer än en tredjedel av världens befolkning, varav en oproportionerligt hög grad kvinnor och flickor, är fortfarande offline (ITU, 2023). Digitalisering kan ha en betydande positiv inverkan för grupper som annars är svåra att nå, till exempel de som bor långt ifrån serviceinrättningar eller personer som inte kan uppsöka sjukvård på grund av bristande anonymitet eller stigma. På många håll finns idag telemedicinsk tillgång till preventivmedelsrådgivning, medicinsk abort och mödrahälsovård, och digitala hälsolösningar har redan idag en avgörande betydelse för personer och i områden där lagar eller stigmatisering inte tillåter öppna diskussioner om sexualitet och reproduktion. Plattformar som exempelvis Facebook och Whatsapp är viktiga källor till sexualupplysning och hälsoservice, och de används av vårdpersonal som vill kommunicera med och ge sina patienter information via bilder och film. Antalet appar som ger information om SRHR har ökat markant.

Femtech, det vill säga digitala produkter och tjänster som zoomar in kvinnors hälsobehov, är på stark frammarsch. Genom appar för fertilitet och menstruation kan kvinnor få en bättre förståelse för sin kropp, menstruationscykel och fertilitet. Under pandemin utvecklades digitala plattformar för tjänster som erbjuder ”telemedicinsk abort”, det vill säga digitala hälsobesök via telefon eller videosamtal inför en abort, följt av att abortpiller skickas till patienten och sedan en digital uppföljning efteråt. Telemedicin finns också där abort inte är lagligt och där har gravida kvinnor kunnat kringgå lagen för att få en säkrare abort (Women on web, 2024; Yurcaba, 2020).

Digitaliseringen innebär också en del risker som behöver hanteras. Nätmobbning, utpressning, sexuella trakasserier och andra kränkningar på nätet är redan idag mycket vanliga, och flickor och kvinnor som utsätts för flera former av förtryck (till exempel

funkofobi eller rasism) löper större risk att utsättas. Censur och desinformation är ett annat problem. Information på nätet styrs i stor utsträckning av digitala leverantörer och regeringar kan agera ”moralpoliser” vad gäller vilken information som visas. Faktabaserad sexualundervisning på nätet kan till exempel klassas som för explicit av leverantörer och/eller censureras av regeringar.

Regleringen är fortfarande svag, och plattformar som Facebook, Google och Whatsapp kan manipuleras för att främja felaktig information om SRHR (Privacy International, 2020a). I centrum för många digitala tekniker som används finns komplexa algoritmer som använder personliga data för att göra förutsägelser om användarens diagnos eller vårdbehov. Informationen riktas därefter och kan leda till att vissa beteenden förstärks eller försvagas. Heteronormativa antaganden, stigmatisering och stereotyper riskerar därmed att reproduceras.

Dataskydd har även blivit en annan stor utmaning. Det har till exempel visat sig att appar som registrerar menstruation, fertilitet och annan känslig information har delat uppgifter med stora leverantörer som Facebook och Google utan användares kännedom eller medgivande (Federal Trade Commission, 2021; Gebhart & Barnett, 2022; Privacy International, 2020b).

Samtidigt som digitalisering skapar revolutionerande lösningar för hälso- och SRH-service får vi inte glömma de mycket basala utmaningar som fortfarande kvarstår på många lokala hälsocenter. I de minst utvecklade länderna saknar en majoritet av alla hälsoinrättningar fortfarande grundläggande system för rinnande och rent vatten samt sanitets- och avfallslösningar (WHO, 2023b).

Box 3: Digital sexualupplysning når miljoner

RFSU:s filmer ”Upplysning på olika språk” har setts av miljontals människor i länder som Irak, Ryssland, Indien och Thailand sedan 2016. För närvarande erbjuder projektet information om sex och sexualitet, kroppen och relationer på 16 språk: svenska, engelska, spanska, rumänska, dari, arabiska, kurmanji, sorani, turkiska, somaliska, tigrinja, thailändska, persiska, polska, ryska och ukrainska.

Filmerna riktade sig ursprungligen till människor i Sverige men används av en mycket bredare publik, inklusive miljontals tittare i till exempel Indien, Ryssland, Irak, Turkiet och Thailand. Vissa filmer har fått en enorm global spridning på Youtube. Filmen på ryska om kvinnans kön har haft 4,8 miljoner tittare. Filmen ”Slidkransen” på persiska har haft 4 miljoner visningar sedan den lades upp. Filmen om penis och pung på sorani har 1,3 miljoner visningar, varav majoriteten i Irak.

Filmerna kan ses på: <https://rfsu.se/mybody>.

SRHR på det politiska slagfältet

Vi befinner oss i en turbulent tid med politisk oro och stora geopolitiska spänningar. En del av, eller ett resultat av, denna polykris är den starka polariseringen mellan liberala och demokratiska respektive illiberala och populistiska världsåskådningar, där vissa grupperingar satt i system att ta avstånd från forskning och ägna sig åt desinformation. Kvinnors och hbtqi-personers rättigheter och SRHR har över hela världen hamnat i centrum för dessa ideologiska och politiska debatter.

Motståndets organisation och finansiering

Makthavare och rörelser som är emot mänskliga fri- och rättigheter organiserar sig på nya sätt med nya argument och inte sällan hamnar SRHR i centrum för deras argumentation. Politisk homofobi (Bosia, 2013) och anti abort-budskap har blivit ett användbart verktyg i strävan efter röster och större makt. Den brokiga skara av stater och aktörer som är del av denna så kallade antigenusrörelse (som i själva verket är många olika rörelser) har sedan decennier organiserat sig på FN- och EU-nivå, där många förhandlingar idag är helt låsta på grund av detta (Gilby, Koivusalo, & Atkins, 2021).

Inskränkningar av SRHR går ofta hand i hand med inskränkningar av andra friheter som yttrandefrihet, pressfrihet och rätten att organisera sig. Ungern, Iran, Ryssland och Afghanistan är några exempel där en antidemokratisk utveckling sammanfaller med inskränkningar av kvinnors och hbtqi-personers rättigheter och deras sexuella och reproduktiva rättigheter i synnerhet. Även i USA är SRHR och hbtqi-personers rättigheter områden som är både hotade och kopplade till en bredare antidemokratisk agenda. Det politiska motståndet mot abort, sexualundervisning för unga och transpersoners rättigheter har på kort tid intensifierats och har kanske aldrig varit så politiserat som i samband med den amerikanska presidentvalskampanjen hösten 2024. Situationen riskerar att förvärras betydligt efter valutgången i USA i november 2024.

Box 4: Project 2025

”Project 2025” är en ultrakonservativ, högerkristen plan för ett republikanskt maktövertagande i USA, vilken utvecklats av tankesmedjan Heritage Foundation. Dokumentet innehåller konkreta förslag för att uttradera hbtqi-rättigheter och omöjliggöra alla former av abort – både i och utanför USA:s gränser. Alla regelverk och system som går emot ”den traditionella familjestrukturen” och ”de ofödda barnen” ska avvecklas (Harper, 2024).

Det senaste decenniet har vi också sett en ökning av transnationell finansiering med syfte att skada och motverka arbetet för jämställdhet, hbtqi, kvinnors rättigheter och SRHR i låg- och medelinkomstländer. Välfinansierade allianser av värdekonservativa, religiösa, nationalistiska och populistiska krafter i framför allt USA, Europa och Ryssland bidrar med finansiering.

År 2020 släppte Global Philanthropy Project en rapport där man uppskattar att elva amerikanska antigenusrörelser tillsammans spenderade en miljard US-dollar utanför USAs gränser 2008–2017 (Wilson, 2020). De amerikanska organisationer som nämns i rapporten har ett starkt fokus på budskap mot hbtqi, abort och sexualundervisning. Samma år publicerade Open Democracy (en oberoende internationell mediaplattform) en undersökning som visade att 20 amerikanska grupper, kända för att arbeta mot hbtq-rättigheter och SRHR, spenderade minst 54 miljoner US-dollar i Afrika under perioden 2007–2018 (Brough, 2020). En liknande studie från 2024 av journalistinstitutet IJSC visar att 17 amerikanska antigenusgrupper ökade sina årliga utgifter i Afrika med cirka 50 procent mellan 2019 och 2022 (IJSC, 2024). I delar av Afrika har sådan amerikansk finansiering bidragit till att hindra genomförandet av sexualundervisning och motverka tillgången till abort (Chinele, 2021; McEwen, 2024).

Samtidigt finns också en stark global mobilisering för SRHR. Många länder och givare vill se positiva förändringar för jämställdhet och SRHR. Det finns också exempel på en positiv utveckling från FN-möten, där SRHR-språk och SRHR-referenser stärkts i vissa förhandlingar (Aylward & Halford, 2020). Demokratiskt sinnade aktörer måste jobba tillsammans och på nya sätt för att neutralisera den politiska oppositionen mot jämställdhet och SRHR, utan att elda på polariseringen.

Demografiska förändringar och SRHR

Demografi, det vill säga vetenskapen om en befolknings sammansättning och storlek, har en nära koppling till SRHR. År 2050 förväntas världens befolkning ha ökat till 9,7 miljarder, från dagens 7,7 miljarder. Afrika söder om Sahara och Sydasien har en utveckling med unga och snabbt växande befolkningar (ODNI, 2021). I dessa regioner finns förutsättningar för en demografisk utdelning ("demographic dividend") i form av goda förutsättningar för ekonomisk tillväxt (UNDESA, 2023). I andra länder, inklusive inom Europa, ser vi en åldrande befolkning med låga födelsetal. I regioner med en stor ung befolkning behövs stora investeringar över hela SRHR-fältet – inklusive sexualundervisning och preventivmedelsinsatser – för att kunna tillgodose behoven.

Den globala oppositionen mot SRHR är inte en enhetlig rörelse, men det finns en gemensam kärna som präglas av en traditionell, ofta religiös och ultrakonservativ, syn på kön och familj – och även på nationen. Den "utopi" som förekommer inom dessa rörelser har fått ett uppsving i debatten om demografiska utmaningar och möjligheter. Populistiska eller ultrakonservativa politiker och ledare förespråkar olika varianter på fertilitetskontroll som lösning på den demografiska transitionen. Ungern är ett exempel på ett land där detta sker. Det genomsnittliga antalet födda barn per kvinna i Ungern nådde 2011 en rekordlåg nivå, och landet har i ett decennium prioriterat politiska mål och kampanjer som handlar om att öka (etniska) ungerska kvinnors barnafödande kopplat till argument om landets nationella överlevnad och hot om andra gruppers övertagande (Vida, 2019; Walker, 2020). En variant på denna logik används av de som menar att vi genom att kontrollera fertiliteten hos kvinnor i Afrika får ett mindre inflöde av migranter till Europa.

En ökad befolkning på jorden leder till ett större klimatavtryck. Inte oväntat ser man därför i klimatdebatten ett resonemang där den centrala lösningen på klimatkrisen är barnbegränsning i låginkomstländer, vilket ska leda till minskade koldioxidutsläpp. SRHR

reduceras även här till ett fertilitetsinstrument med intentionen att kontrollera tillväxten av ”oönskade” befolkningar, i detta fall för att minska trycket på klimatet.

När delar av SRHR-agendan ses som verktyg för barnbegränsning eller befolkningstillväxt, eller för att förhindra migration och mildra klimatkrisen, sker en tillbakagång till en instrumentell syn på SRHR som riskerar att gå emot mänskliga rättigheter. När man inkräktar på individens rättigheter och går direkt på den samhälleliga nyttan av SRHR kan man lätt hamna på villovägar. Det är ett angreppssätt man såg avarter av under hela 1900-talet, till exempel i form av Kinas enbarnspolitik eller sterilisering av ”oönskade” grupper. Demografiska analyser och SRHR är extremt viktiga komponenter när vi skapar förutsättningar för hållbara och resilienta samhällen med en ökande eller minskande befolkning. Men för att skapa hållbara lösningar är det viktigt att hålla fokus på rättighetsbaserade lösningar som utgår från allas SRHR och där kvinnors kroppar inte blir instrument för statens – eller biståndsgivarens – högre syften.

Nyckelstrategier för en positiv utveckling

SRHR spelar, och kommer att fortsätta att spela, en helt avgörande roll för utveckling i världen. Det finns många kvarstående utmaningar – men det finns också en rad evidensbaserade insatser som vi vet leder till omfattande förbättringar. Det finns strategier som är fullt möjliga att genomföra och som skulle leda till en drastiskt positiv utveckling för SRHR, oavsett finansieringskälla (se box 5).

Box 5: Centrala strategier för att uppnå SRHR för alla

- Avveckla diskriminerande lagstiftning och förändra skadliga sociala normer kring sexualitet, reproduktion och kön som idag leder till en rad kränkningar av mänskliga rättigheter och hindrar samhällsutvecklingen.
- Satsa på tillgång till allsidig sexualundervisning och hälso- och sjukvårdssystem av hög kvalitet, där alla komponenter av SRH-tjänster ingår, även säker abortvård. Investera i nya informations- och hälsoserviceprogram som når ut till de mest diskriminerade grupperna, inklusive genom digitala lösningar.
- Involvera, skydda och finansiera civilsamhällesorganisationer som jobbar för jämställdhet och SRHR. De mest avgörande förändringsaktörerna – som ofta tar de största riskerna – är de som arbetar på lokal nivå för rättvisa och mänskliga rättigheter, inklusive organisationer som förvarar SRHR samt barns, kvinnors och hbtqi-personers rättigheter.

För att genomföra dessa strategier behövs en politisk vilja. Det krävs också att denna politiska vilja inte motverkas av ännu starkare krafter som vill uttradera SRHR, kvinnors rättigheter och hbtqi-rättigheter.

Vägen framåt – Sveriges unika roll

SRHR har under lång tid, och oavsett politisk färg på regeringen, varit en prioriterad fråga i svensk utrikes- och biståndspolitik. Den svenska regeringen, det svenska civilsamhället, forskare och andra svenska aktörer har spelat en mycket stor roll när det kommer till att flytta fram positionerna för jämställdhet och SRHR globalt, i synnerhet när det kommer till de mest omtvistade områdena inom SRHR: barns och ungdomars tillgång till allsidig sexualundervisning och preventivmedel, säkra aborter och hbtqi-personers rättigheter. Svenskt stöd har i stor utsträckning gått till de strategier som beskrivs i box 5 (Sida, 2023).

Under en lång period drev Sverige – och en liten koalition av likasinnade stater – SRHR-frågorna framåt i FN-förhandlingar, inom FN-organ och inom multilaterala organisationer som Globala fonden och WHO. Parallellt har Sverige under lång tid varit en av de största givarna till SRHR. En stark diplomatisk röst och en hög nivå av bistånd har alltså gått hand i hand. Det är få andra länder som följer detta mönster. Detta arv har en fortsatt enorm potential i form av Sveriges regering, forskare, civilsamhällesorganisationer, myndigheter, företag och filantroper tillsammans ett ansvar att fortsätta förvalta.

Givet det unika svenska mervärdet och den potential som finns i den svenska resursbasen bör den svenska regeringen – tillsammans med övriga svenska aktörer – under det kommande decenniet fokusera på följande:

1. Säkerställ ett generöst, stabilt svenskt bistånd till SRHR med fokus på utsatta grupper och på de geografiska områden där SRHR-situationen är som sämst.

Trots att både den tidigare och den nuvarande regeringen hävdar att SRHR är en topprioritering minskade andelen svenskt bistånd som går till SRHR drastiskt 2022 och 2023. Andelen av det totala biståndet landar nu på omkring 5 procent, efter att under det senaste decenniet ha legat på omkring 7 procent. Eftersom den föreslagna budgetramen för biståndet 2026–2028 krymper skulle även en ”stabilisering” på 5 procent innebära en fortsatt minskning i faktiska kronor av svenskt stöd till SRHR fram över. Samtidigt är de globala behoven av medel till SRHR kanske större än någonsin – dels för att det sker en ökad mobilisering och finansieringen från aktörer som är emot jämställdhet och SRHR, dels för att vi för först gången på decennier ser en ökning av bland annat mödradödlighet, tonårsgraviditeter och förtryck av hbtqi- personer.

2. Satsa på expertis, diplomati och representation av jämställdhets- och SRHR-expertiser i Världsbanken och öka möjligheter för civilsamhället och forskare att bidra.

För ett effektivt svenskt bistånd bör de största finansiella investeringarna inom svenska policyprioriteringar, i detta fall jämställdhet och SRHR, följas av motsvarande satsningar på teknisk expertis och diplomati. Sveriges största enskilda biståndssatsning 2023 var kärnstödet till Världsbankens utvecklingsorgan IDA – ett stöd på ca 6,5 miljarder kronor (OpenAid, 2024). Det är mer än en tiondel av Sveriges totala bistånd. Sverige bidrar idag med expertkunskap till Världsbanken, till exempel genom att svenska experter erbjuds tillfälliga tjänster inom banken. Sida har bidragit med expertis kring svenska fokusfrågor, inklusive jämställdhet (Sida, 2024) – inte minst i arbetet med bankens nya jämställdhetsstrategi. Men här finns utrymme för betydligt större genomslag, i synnerhet kring SRHR, förslagsvis genom ökad svensk SRHR-diplomati och närvaro av SRHR-expertis, inklusive forskare och civilsamhälle, i bankens olika strukturer.

3. Ta ledningen för ett strategiskt, innovativt arbete för att neutralisera det globala motståndet mot SRHR och jämställdhet.

Motståndet mot SRHR och jämställdhet är inte avgränsat till auktoritära och religiösa stater långt utanför Sveriges gränser och motståndet tar sig också många uttryck. Dagens så kallade antigenus-rörelse är olika rörelser med delvis olika mål, där populisterna, influerare, nationalister, ultrakonservativa och religiösa grupperingar från alla världens hörn fortsätter att driva och finansiera en agenda *mot* jämställdhet, SRHR och hbtqi-rättigheter. Det krävs en förståelse för denna heterogenitet inom motståndet och det krävs nya och innovativa strategier och allianser för att neutralisera motståndet –

utan att elda på polariseringen. Sverige kan leda arbetet med att skapa och institutionalisera en starkare global infrastruktur för att utbyta forskning, information och nya strategier och idéer, i syfte att neutralisera aktörer och stater som vill motverka mänskliga rättigheter. En majoritet av EU:s medlemsstater står bakom samma mål som Sverige och är viktiga allierade, men det behövs också ett ökat samarbete med låg- och medelinkomstländer och nya former för samarbete med forskare, civilsamhället, filantroper och företag.

Referenser

Aylward, E., & Halford, S. (2020). How gains for SRHR in the UN have remained possible in a changing political climate. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1), 1741496.

Bosia, M. J., and Meredith L. Weiss (eds), (2013). Political Homophobia in Comparative Perspective. In *Global Homophobia: States, Movements, and the Politics of Oppression* (pp. 0): University of Illinois Press.

Brough, M., Snip, I, Provost C, and Ferreira, L. . (2020). Interactive: Explore US Christian Right ‘dark money’ spending globally. Retrieved from openDemocracy: free thinking for the world website: <https://www.opendemocracy.net/en/5050/interactive-explore-us-christian-right-dark-money-spending-globally/>

Chinele, J. (2021). US Catholics funded Malawi opponents of legal abortion in cases of rape. *openDemocracy*. <https://www.opendemocracy.net/en/5050/us-catholics-funded-malawi-opponents-legal-abortion-cases-rape/>

Darroch et al. (2016). *Adding it up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. Retrieved from <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>

DSW. (2024). *Donors Delivering for SRHR. Report 2024. Tracking OECD DAC Donor Funding for Sexual and Reproductive Health and Rights*. Retrieved from https://donorsdelivering.report/wp-content/uploads/2024/05/DD_Report2024_FINALspreads.pdf

Federal Trade Commission. (2021). FTC Finalizes Order with Flo Health, a Fertility-Tracking App that Shared Sensitive Health Data with Facebook, Google, and Others. Retrieved from <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2021/06/ftc-finalizes-order-flo-health-fertility-tracking-app-shared-sensitive-health-data-facebook-google>

Gebhart, G., & Barnett, D. (2022). Should You Really Delete Your Period Tracking App? Retrieved from <https://www.eff.org/deeplinks/2022/06/should-you-really-delete-your-period-tracking-app>

Gilby, L., Koivusalo, M., & Atkins, S. (2021). Global health without sexual and reproductive health and rights? Analysis of United Nations documents and country statements, 2014-2019. *BMJ Glob Health*, 6(3).

Globala Fonden. (2023). Gender Equality. Retrieved from [https://www.theglobalfund.org/en/gender-equality/#:~:text=Adolescent%20girls%20and%20young%20women,influen%20tuberculosis%20\(TB\)%20outcomes.](https://www.theglobalfund.org/en/gender-equality/#:~:text=Adolescent%20girls%20and%20young%20women,influen%20tuberculosis%20(TB)%20outcomes.)

Globala fonden. (2024). *Global Fund Results Report* Retrieved from https://www.theglobalfund.org/media/14794/core_2024-results_report_en.pdf

Harper, M. (2024). *Global Impacts of Project 2025. How the blueprint for the next Republican administration may impact US foreign and development policy on SRHR and gender equality.* Retrieved from <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/global-impacts-of-project-2025.pdf>

IJSC. (2024). *Inside the U.S. Christian Rights Spending Boom in Africa.* Retrieved from https://www.theijsc.org/files/ugd/a0c472_0d2274b58fde446b99b01eaf05bc0a23.pdf

ILGA World. (2024). ILGA World Database. Retrieved from <https://database.ilga.org/en>

ITU. (2023). The gender digital divide. Retrieved from <https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/2023/10/10/ff23-the-gender-digital-divide/>

Khosla, R., Sen, G., Ghebreyesus, T. A., Byanyima, W., Bahous, S., Diniz, D., . . . Riha, J. (2024). Many crises, one call to action: advancing gender equality in health in response to polycrises. *Lancet*, 404(10454), 731-733.

Kågesten et al. (2021). *Sexual and reproductive health and rights: Measuring values and norms to guide Swedish development cooperation* Retrieved from https://eba.se/wp-content/uploads/2021/11/EBA-2021_04_webb.pdf

Lawrence, M., Homer-Dixon, T., Janzwood, S., Rockstöm, J., Renn, O., & Donges, J. F. J. G. S. (2024). Global polycrisis: the causal mechanisms of crisis entanglement. 7, e6.

McEwen, H. (2024). Anti-Gender Politics in East and Southern Africa: The Transnational ‘Stop Comprehensive Sexuality Education’ Campaign.

In A. Holvikivi, B. Holzberg, & T. Ojeda (Eds.), *Transnational Anti-Gender Politics: Feminist Solidarity in Times of Global Attacks* (pp. 99-117). Cham: Springer International Publishing.

OCHA. (2022). Humanitarian Crises Continue to Exacerbate Gender Inequalities. Retrieved from <https://2022.gho.unocha.org/trends/humanitarian-crises-continue-exacerbate-gender-inequalities/>

ODNI. (2021). Global Trends 2040. Retrieved from <https://www.dni.gov/index.php/gt2040-home/gt2040-structural-forces/demographics-and-human-development#:~:text=Relatively%20poor%20countries%20in%20Sub,necesary%20to%20fully%20harness%20their>

Privacy International. (2020a). A documentation of data exploitation in sexual and reproductive rights. Retrieved from <https://privacyinternational.org/long-read/3669/documentation-data-exploitation-sexual-and-reproductive-rights>

Privacy International. (2020b). No Body's Business But Mine: How Menstruation Apps Are Sharing Your Data. Retrieved from <https://privacyinternational.org/long-read/3196/no-bodys-business-mine-how-menstruations-apps-are-sharing-your-data>

Sida. (2023). Sidas arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Retrieved from <https://www.sida.se/sida-i-varlden/teman/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter>

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., . . . Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*, 391(10140), 2642-2692.

H. Park (Producer). (2024). *Radio Davos* [Retrieved from <https://www.weforum.org/podcasts/radio-davos/episodes/polycrisis-adam-tooze/>

UD. (2024). *Sveriges hälsobistånd 2023*. . Retrieved from <https://www.regeringen.se/rapporter/2024/10/sveriges-halsobistand-2023/#:~:text=pdf%20365%20kB>

General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), (2016).

UN. (2023). *The Sustainable Development Goals Report Special edition: Towards a Rescue Plan for People and Planet*. Retrieved from <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf>

UNDESA. (2022). *World Family Planning 2022. Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf

UNDESA. (2023). *Harnessing the economic dividends from demographic change. Economic Analysis* Retrieved from https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/FTI_2023_July.pdf

Unesco. (2023). *Comprehensive sexuality education: For healthy, informed and empowered learners*. Retrieved from <https://www.unesco.org/en/health-education/cse>

UNFPA. (2021). *My body is my own. Claiming the right to autonomy and self-determination. State of World Population 2021*. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf

UNFPA. (2024a). *Celebrating 30 years of progress*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/swp2024/celebrating-progress>

UNFPA. (2024b). *Interwoven lives, threads of hope. Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-english-240327-web.pdf>

Vida, B. (2019). *New waves of anti-sexual and reproductive health and rights strategies in the European Union: the anti-gender discourse in Hungary*. *Sex Reprod Health Matters*, 27(2), 1610281.

Walker, S. (2020). Baby machines': eastern Europe's answer to depopulation. Policies in Hungary and Poland are aimed at boosting birthrates. But will it help arrest population decline? *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/04/baby-bonuses-fit-the-nationalist-agenda-but-do-they-work>

WHO. (2023a). Family planning/contraception methods. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

WHO. (2023b). *Water, sanitation, hygiene, waste and electricity services in health care facilities: progress on the fundamentals. 2023 Global Report*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075085>

Wilson, T. (2020). *Meet the Moment: A Call for Progressive Philanthropic Response to the Anti-Gender Movement*. Retrieved from <https://globalphilanthropyproject.org/wp-content/uploads/2021/02/Meet-the-Moment-2020-English.pdf>

Women on web. (2024). Abortpill per post. Retrieved from <https://www.womenonweb.org/sv/>

Yurcaba, J. (2020). The Tech Expanding Birth Control And Abortion Access Amid The Pandemic. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/joyurcaba/2020/10/22/the-tech-expanding-birth-control-and-abortion-access-amid-the-pandemic/#784a4a6b4ca2>

8 EU:s förändrade roll inom global hälsa – nya geopolitiska perspektiv i en postpandemisk era

Louise Bengtsson

- Mot bakgrund av covid-19-pandemin samt ett förändrat geopolitiskt läge har EU intagit en alltmer ambitiös roll inom global hälsa såväl bilateralt som multilateralt.
- Inriktningen återspeglas i EU:s globala hälsost strategi från 2022 och går långt bortom EU:s roll som biståndsgivare, i linje med en ansats om hälsa inom alla politikområden.
- Genomförandet av EU:s nya inriktning präglas av en geopolitisk och intressebaserad inramning, med fokus på strategiska partnerskap och med kopplingar till EU:s stora strategiska infrastruktursatsning Global Gateway.
- EU:s balansgång mellan värderingar och intressen i en föränderlig och alltmer polariserad omvärld får betydelse för såväl medlemsstater som partnerländer utanför unionen.
- Proaktivt deltagande i framför allt Team Europe-initiativen rymmer möjligheter till effektivitetsvinster och lärande, med en modell bortom traditionell givarkoordinering. Sverige kan få ett långt större genomslag genom att agera genom EU, än om man endast agerar på egen hand.

Inledning

Mot bakgrund av covid-19-pandemin och ett förändrat geopolitiskt omvärldsläge har EU intagit en mer aktiv roll inom global hälsa. Som den externa dimensionen av den s.k. europeiska hälsounionen presenterade EU-kommissionen i november 2022 också en ny global hälsostrategi¹. Den nya strategin är bred och går bortom EU:s roll som givare på hälsoområdet i linje med en ansats om hälsa inom alla politikområden ("health in all policies") – ett explicit erkännande av att såväl EU:s interna som externa politik på en rad områden påverkar global hälsa. Genomförandet baseras på samägande och synergier med EU:s medlemsstater och dess egna politik, strategiska partnerskap med tredjeländer samt nya finansieringsformer. Det senare reflekterar en allmän utveckling i en europeisk kontext bort från traditionellt bistånd mot bredare relationer inom prioriterade tematiska områden med för EU viktiga partnerländer.

EU:s framväxande roll inom global hälsa efter pandemin är mångfacetterad. Den nya strategin rymmer såväl kontinuitet som nya politiska strömningar. I det senare avseendet balanserar unionen mellan att värna EU:s värderingar, inklusive de globala hållbarhetsmålen, och vad som framträder som mer utpräglade intressen. I detta kapitel läggs fokus på hur specifika geopolitiska och strategiska hänsyn kommit att få genomslag i EU:s ambition att etablera sig som global aktör på hälsoområdet – utan att för den delen vara den enda typ av drivkraft som ligger till grund för EU:s ambitioner på området. Kapitlet inleds med en bakgrundssektion som belyser omvärldsläget i pandemins efterdyningar, följt av en introduktion till den nya strategin samt EU:s interna reformer på hälsoområdet med anledning av covid-19. Kapitlet fokuserar sedan på vad som kan beskrivas som ett nytt geopolitiskt skifte för EU:s roll inom global hälsa sedan covid-19. I slutet diskuteras tematikens relevans för

¹ Strategin finns tillgänglig på EU-kommissionens hemsida [Global health – European Commission \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/global-health-strategy/).

Sverige och det svenska biståndet. Analysen bygger på officiella dokument, webbmaterial från EU-institutionerna, policyrapporter och befintlig akademisk litteratur.

Omvärldskontexten efter pandemin

Covid-19-pandemin ledde till djupa och långvariga politiska och ekonomiska effekter som påverkade den internationella ordningen och stabiliteten inom EU och globalt på både kort och lång sikt. Bland annat orsakade pandemin en global recession med ojämn återhämtning, vilket förstärkte global och inhemsk ojämlikhet och satte press på europeiska regeringar och biståndsbudgetar (Giegerich et al., 2021). Samtidigt belyste krisen sårbarheter i globala leveranskedjor, vilket ledde till ökande ekonomisk nationalism och förändrade handelsmönster. EU och dess medlemsstater fick här utstå kritik från partnerländer i diskussionen kring vaccintillgång, men drabbades också själva av problemen som uppstod när globala värdekedjor kollapsade. Detta perspektiv blev särskilt påtagligt i förhållande till afrikanska partners, och hälsa var en av de viktigaste frågorna vid toppmötet mellan Afrikanska unionen (AU) och EU i februari 2022, där de afrikanska länderna efterlyste rättvisa i fråga om vaccinering. Spänningarna i partnerskapet kretsade kring Tripsavtalets (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) möjliga undantag vad gäller patent och andra hinder för immateriella rättigheter, då vissa ansåg att EU:s hållning när det gäller patentskydd hade satt läkemedelsföretagens lönsamhet framför människoliv (Apiko et al., 2022).

Många menar att en sekundär effekt av pandemin också var att pågående förändringar i den globala maktbalansen bort från Europa och det globala nord accentuerades. Det senare är nära sammankopplat med upplevelsen av att den s.k. regelbaserade världsordningen, baserad på de värden, normer och institutioner som legat till grund för internationellt samarbete inklusive på hälsoområdet, nu står inför allt större utmaningar. Inte minst gäller detta sedan Rysslands

fullskaliga invasion av Ukraina, som också i grunden förändrat säkerhetsläget och förutsättningarna för EU-samarbetet. För Europa ligger nu fokus i allt högre grad på säkerhetspolitiska och försvars-industriella frågor inklusive stödet för Ukraina, säkerställandet av strategiskt oberoende för den europeiska industrin samt EU:s förestående utvidgning österut. Även Europas förändrade syn på Kina som global aktör och osäkerheten kring den transatlantiska länken spelar roll i den nya globala världsbild som framträder.

Ovanstående aspekter har under de senaste åren haft stor bäring på EU:s externa relationer och partnerskap, även på områden bortom den klassiska säkerhets- och utrikespolitiken. Under mandatperioden 2019–2024 har EU, och mer specifikt EU-kommissionen under sin ordförande Ursula von der Leyen, intagit en mer strategisk hållning på så gott som alla policyområden. Redan vid sitt tillträde 2019 deklarerade von der Leyen att hon ämnade leda en ”geopolitisk kommission” (Haroche, 2023).

Under mandatperioden som sedan följde förstärktes den inriktningen, inte minst på grund av de kriser som EU hade att hantera – inklusive pandemin och Rysslands fullskaliga invasion av Ukraina. Under de senaste fem åren har kommissionen flyttat fram sina positioner vad gäller EU:s strategiska intressen på en rad områden som inte typiskt sett förknippas med säkerhet och geopolitik, men där kommissionen likväl har viktiga befogenheter (Håkansson, 2024). Framför allt har detta berört en mer aktiv och delvis intressebaserad handels- och industripolitik, där ambitionen att främja grön omställning av värdekedjor gått hand i hand med ett fokus på egen försörjningskapacitet och strategiska partnerskap med tredjeländer för att minska sårbarheter inom t.ex. energiförsörjning och kritiska råvaror som behövs i den gröna omställningen (Engström, 2024). Läkemedelsförsörjning och vaccinproduktion utgör ytterligare områden där strategiska och geopolitiska hänsyn allt mer fått genomslag (Bengtsson, 2024).

På biståndsområdet har EU:s finansieringsinstrument slagits samman med flera andra externa instrument, inklusive det för EU:s närområde, och ett stort fokus ligger på de geografiska programmen². Strategiska partnerskap och dialog med specifika länder där stöd används direkt eller indirekt för att främja EU:s intressen, så som att stävja migration och skydda leverantörskedjor, är en trend som lär fortsätta. En sådan inriktning speglas också i den svenska reformagendan av biståndet, särskilt vad gäller migration och handelsintressen.

Interna reformer banar väg för en ny global roll

Utöver den omedelbara krishantering och vaccinupphandlingen i samband med covid-19 har EU tagit stora steg mot närmare samarbete och gemensam politik inom ramen för den s.k. europeiska hälsounionen – ett begrepp som lanserades av EU-kommissionens ordförande Ursula von der Leyen hösten 2020 (Bengtsson, 2024). Enligt EU-kommissionen var syftet att skydda EU-medborgarnas hälsa, rusta EU och dess medlemsstater för att bättre förebygga och hantera framtida pandemier samt att förbättra resiliensen i Europas hälso- och sjukvårdssystem (Europeiska kommissionen, 2023).

I samband med pandemin började också begreppet ”strategiskt oberoende” (strategic autonomy) användas för att fokusera politisk uppmärksamhet på tillgången till läkemedel och viktiga medicintekniska produkter (Stella Kyriakides, 2023). Bland reformerna fanns översynen av EU:s läkemedelslagstiftning, som bl.a. skulle skapa en EU-förteckning över kritiska läkemedel och ett tillhörande varningssystem för övervakning av brister (Stella Kyriakides, 2023). Nya initiativ omfattade också inrättandet av en ny EU-byrå för

² För en översikt över EU:s nya finansieringsinstrument på området, se Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument – Global Europe (NDICI – Global Europe) – European Commission (europa.eu).

beredskap och insatser vid hälsokriser (Hera), för att säkerställa upphandling och leverans av t.ex. vaccin och övervaka bristen på dessa.

Vid sidan av dessa reformer som syftar till att öka resiliensen har kommissionen också lagt fram andra förslag, i den mer traditionella bemärkelsen att stärka EU-samarbetet kring hälsosäkerhet³ och beredskap. Bland annat fick det europeiska smittskyddsinstitutet ECDC i Stockholm ett starkare mandat och möjlighet att utfärda faktiska rekommendationer men också en mer operativ roll, bl.a. genom en insatsstyrka som kan mobiliseras i händelse av utbrott inom och utanför unionen.

Sammanfattningsvis står säkerhetsaspekter inom hälsopolitiken högt upp på EU:s dagordning efter covid-19-pandemin och har varit fokus för en rad interna reformer. Hälsosäkerhet och beredskap för framtida hälsohot i klassisk bemärkelse har fått sällskap av en bredare agenda som rör resiliensen i hälso- och sjukvårdssystemen som helhet och det strategiska oberoendet i fråga om läkemedel och andra viktiga produkter, särskilt genom gemensam övervakning av t.ex. läkemedelsbrist och institutionalisering av upphandling. Sammantaget gav dessa och andra interna reformer för den europeiska hälsounionen också EU en stabilare grund för sin nya och mer strategiska roll inom global hälsa (Europeiska kommissionen, 2022).

EU:s nya globala hälsostrategi

Till följd av covid-19-pandemin och omvärldsläget i allmänhet har EU trappat upp sin roll inom såväl den interna hälsopolitiken som inom global hälsa. Man kunde ha förväntat sig en politisk inriktning som endast fokuserade på hälsosäkerhet – dvs. förebyggande av,

³ Även om det finns flera tolkningar av begreppet ”hälsosäkerhet” så är det värt att betona att kritiska perspektiv understrukt att denna agenda, med fokus på bekämpning av potentiella pandemier och bioterrorism som yttre hot mot nationell eller internationell säkerhet, riskerar att utgöra en snäv ram för samarbete inom hälsofrågor och har ofta mötts med viss misstänksamhet i det globala syd (Aldis 2008).

beredskap för och hantering av hälsohot – men EU:s nya strategi för global hälsa, som lades fram av EU-kommissionen i november 2022, var klart bredare i sin ambition (Bengtsson, 2024). De globala målen för hållbar utveckling i FN:s Agenda 2030 utgör ramen, och hälsa lyfts fram som något som kan bidra till att flera av målen uppfylls. Ansatsen är bred och täcker områden bortom EU:s roll som givare inom ramen för utvecklingsarbetet och humanitära kriser. Strategin omfattar tre principer: 1) bättre hälsa och välbefinnande under hela livet, 2) stärkta hälso- och sjukvårdssystem och hälso- och sjukvård för alla samt 3) förebyggande och bekämpande av hälsohot, bl.a. pandemier, med hjälp av One Health-modellen (beskrivs i kapitel 5) (Europeiska kommissionen, 2022).

Ansvar för strategin ligger på generaldirektoratet för hälsa och livsmedelsfrågor (DG SANTE) respektive generaldirektoratet för internationella partnerskap (DG INTPA). Strategin välkomnades i allmänhet av civilsamhället och berörda parter, framför allt för att den till skillnad från den tidigare styrdokumentet från 2010 tog en bredare ”health in all policies”-ansats bortom det traditionella utvecklingspolitiska perspektivet. Vissa parter uttryckte dock farhågor kring frånvaron av ett tydligt klimat- och miljöperspektiv samt rättviseaspekter. Många lyfte även vikten av att säkerställa ändamålsenlig finansiering samt effektivt genomförande och åiterrapportering (Europaparlamentet, 2024).

Intressant nog innebär den övergripande inriktningen i EU:s nya strategi dock också att global hälsa samtidigt omformuleras som en ”viktig pelare i EU:s utrikespolitik”, en viktig ”geopolitisk sektor” som spelar roll för ”EU:s strategiska oberoende” (Europeiska kommissionen, 2022). En till synes ny koppling till säkerhetsintressen, med en mer geopolitisk ansats, tycks alltså genomsyra kommunikationen kring den nya strategin, som kopplar samman EU:s roll inom global hälsa med EU:s strategiska intressen. Hur kan detta skifte förstås? I detta kapitel argumenteras för att denna förändring bör ses som en ny utveckling av EU:s roll som global aktör på hälsoområdet i en föränderlig geopolitisk kontext.

En mer geopolitisk ansats baserad på strategiska intressen

Så som redan nämnts tidigare i kapitlet förstärkte covid-19 redan befintliga geopolitiska spänningar, bl.a. i förhållande till Kina och Ryssland men också med den dåvarande Trumpadministrationen i USA. Underliggande, relaterade strömningar tog sig uttryck i förändrade internationella handelsmönster, desinformationskampanjer och en allmän oro för att det regelbaserade multilaterala systemet inte längre stod lika starkt.⁴

Både Ryssland och Kina flyttade fram sina positioner genom vaccin- och maskdiplomati och andra former av stöd till låg- och medelinkomstländer. Kina agerade också för att begränsa granskningen av sina handlingar inom ramen för WHO, samtidigt som man inledde en rad initiativ som framställde landet som en förkämpe för det globala syd (Dworkin, 2022). Desinformation kring vaccin och EU:s roll under pandemin blev dessutom ett allt större problem. Mot bakgrund av allt detta framstod ett ökat globalt engagemang på hälsoområdet som en bredare strategisk nödvändighet, både för att säkra tillgång till läkemedel och leveranser inom globala värdekedjor, men också mer allmänt för att vinna strategiska partners i en bredare global maktkamp. Samtidigt innebar dessa strategiska hänsyn ett EU som såg till sina egna intressen – EU förde en aktiv vaccindiplomati för att distribuera överskottsdoser i senare skeden och etablerade sig som en av huvudgivarna på området, men till en början gick strategin först och främst ut på att förse EU-länderna själva med vaccin.

⁴ Covid-19-pandemins geopolitiska konsekvenser (europa.eu) – [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/603511/EXPO_STU\(2020\)603511_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/603511/EXPO_STU(2020)603511_EN.pdf).

Hälsa som en del av Global Gateway

Det är intressant att notera att EU:s nya strategi för global hälsa också presenterades som en hörnsten inte bara i den europeiska hälsounionen utan även i EU:s Global Gateway-strategi⁵. Detta initiativ från 2021 är en strategiskt motiverad flaggskeppsstrategi som är utformad för att balansera Kinas s.k. nya sidenväg ("Belt and Road Initiative") och syftar enligt EU-kommissionen till att mobilisera upp till 300 miljarder euro för investeringar i "smart, ren och säker" konnektivitet och infrastruktur över hela världen (Europeiska kommissionen, 2024b). Pengarna ska mobiliseras genom såväl EU-budgeten som medlemsstaterna och den privata sektorn. Under perioden 2021–2027 är tanken att detta ska inbegripa upp till 135 miljarder euro i investeringar som möjliggörs av EU och 145 miljarder euro i planerade investeringsvolymerna från europeiska finansinstitut och institutioner för utvecklingsfinansiering, kompletterat med bidragsfinansiering. Det huvudsakliga riskdelningsinstrumentet för perioden 2021–2027 är Europeiska fonden för hållbar utveckling plus (EFHU+) som omfattar 53 miljarder euro i garantier, vilket kan ge upp till 232 miljarder euro i hållbara investeringar under den aktuella perioden (Europeiska kommissionen, 2024b).

Global Gateway-strategin innehåller framför allt fem fokusområden: digitalisering, klimat och energi, transport, utbildning och forskning samt hälsa (Europeiska kommissionen, 2024b). På hälsoområdet är Global Gateway-strategin inriktad på säkrandet av leveranskedjor och lokal vaccinproduktion i strategiska partnerländer samt stöd för att främja hållbar reglering och innovation. Enligt kommissionen ska projekten medverka till att stärka hälso- och sjukvårdskapaciteten runt om i världen och motverka spridning av infektionssjukdomar som covid-19, malaria, gula febern, tuberkulos och hiv/aids.

⁵ För en beskrivning se EU-kommissionens hemsida – https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/global-gateway/global-gateway-overview_sv.

Att hälsofrågorna fått en upphöjd plats inom Global Gateway-strategin kan ses från olika perspektiv. Givetvis kan detta bidra till att uppfylla EU:s internationella åtaganden genom att stödja partnerländer i genomförandet av Agenda 2030-målen. Samtidigt innebär det också tillträde till nya tillväxtmarknader för EU:s industri samt en möjlighet för EU att bättre positionera sig i den globala kapplöpningen om infrastruktur och inflytande i viktiga länder, inte minst på den afrikanska kontinenten. Tanken är här att EU ska kunna erbjuda ett regelbaserat samarbete och attraktivt alternativ till framför allt Kinas agerande (Tagliapietra, 2024).

Strategiska partnerskap med viktiga partners

Behovet av att främja EU:s intressen genom nya strategiska partnerskap med tredjeländer är en framträdande ambition och en viktig motivation bakom såväl EU:s nya globala hälsost strategi som Global Gateway. Att upprätthålla partnerskap med det globala syd genom t.ex. investeringar i hälso- och sjukvårdssystem och lokal vaccinproduktion är inte längre bara en fråga om solidaritet, utan det är en uttrycklig nödvändighet för att säkra värdekedjor och övergripande inflytande gentemot andra aktörer så som Kina och Ryssland.

Behovet av goda relationer med särskilt afrikanska partnerländer ses som viktigt, med tanke på regionens karaktär som ett troligt framtida kraftcentrum och arena för inflytande. Ett starkt partnerskap mellan EU och AU, som omfattar ett spektrum av frågor utöver hälsa och utvecklingssamarbete, har varit en viktig prioritering sedan von der Leyen-kommissionen tillträdde (Niklasson 2021). Afrika har också stått i fokus för EU:s vaccindiplomati, delvis för att kompensera för spänningarna kring den initiala fördelningen av vaccindoser, och blev snabbt huvuddestination för vaccindonationer. Tillgången på donationer översteg dock snabbt efterfrågan, delvis på grund av absorptionsförmågan i afrikanska länder men också på grund av oregelbundna leveranser med korta utgångsdatum (Dworkin 2022).

En viktig prioritering för afrikanska länder blev i stället stöd till lokal tillverkning men också överföring av kunskap och teknik från europeiska myndigheter och läkemedelsföretag (Dworkin, 2022).

Vid det 6:e toppmötet mellan EU och AU 2022 antogs dokumentet En gemensam vision för 2030 ("A Joint Vision for 2030"), där den mest brådskande utmaningen som lyftes fram var behovet av att säkerställa rättvis och jämlik tillgång till vacciner:

"Vi har dragit lärdom av den nuvarande hälsokrisen och är fast beslutna att stödja den fullfjädrade afrikanska hälsosuveräniteten, så att kontinenten kan reagera på framtida hot mot folkhälsan. I detta syfte stöder vi en gemensam agenda för tillverkning av vacciner, läkemedel, diagnostik, behandlingar och hälsoprodukter i Afrika, inbegripet investeringar i produktionskapacitet, frivillig tekniköverföring samt en förstärkning av regelverket för att möjliggöra rättvis tillgång till vacciner, diagnostik och behandlingar." (Europeiska unionens råd, 2022)

Sedan dess har olika investeringspaket presenterats, med fokus på stöd till pandemiberedskap, hälsosäkerhet och rättvis tillgång till grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster. Ett flaggskeppsprojekt utgörs av det s.k. Team Europe-initiativet för tillverkning av och tillgång till vacciner, läkemedel och medicinsk teknik i Afrika – Manufacturing access to vaccines (MAV+). MAV+ involverar inte minst den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA samt afrikanska partners och syftar till att stärka lokala läkemedelssystem och tillverkningskapacitet.

Även Hera och det europeiska smittskyddsinstitutet ECDC är aktivt involverade i arbetet för att bygga regional kapacitet hos sina afrikanska motparter. I samband med mpox-utbrottet i Afrika 2024 inledde Hera ett samarbete med läkemedelsföretaget Bavarian

Nordic för att leverera över 215 000 vaccindoser till afrikanska länder. Dessa vacciner kommer att distribueras av det afrikanska smittskyddsorganet Africa CDC, baserat på regionala behov. Utöver vaccindonationen har Hera också ett nära samarbete med Africa CDC kring mpox-diagnostik och genetisk sekvensering, enligt EU-kommissionens webbplats (Europeiska kommissionen, 2024d)

Team Europa ska stärka EU:s varumärke

Från och med covid-19-utbrottet 2020 och fram till pandemins slut mobiliserade EU över 53,7 miljarder euro i hälsorelaterat utvecklingsstöd till mer än 140 partnerländer, främst för att säkerställa tillgång till tester, behandlingar och vacciner, men också för att stärka hälso- och sjukvårds-, vatten- och sanitetssystemen och för att mildra pandemins sociala och ekonomiska återverkningar i låg- och medelinkomstländer (Europeiska kommissionen 2024a). EU åtog sig också att verka för ”allmän, rättvis och överkomlig tillgång till vacciner” i låg- och medelinkomstländer och inrättade en mekanism för vaccindelning. Tillsammans med medlemsländerna etablerade sig också EU som ledande bidragsgivare till Covax – ett globalt initiativ som syftar till rättvis tillgång till covid-19-vacciner. Kommissionen, medlemsstaterna och Europeiska investeringsbanken (EIB) bidrog här med över 5 miljarder euro.

Medan aktörer som Kina och Ryssland var snabba med att dra politisk nytta av sina stödpaket som ett sätt att utöva inflytande, hade EU och dess medlemsstater till en början ingen gemensam EU-flagga på sitt samlade ekonomiska stöd. Begreppet ”Team Europe” uppkom därför för att synliggöra EU:s gemensamma roll genom att samla, effektivisera och profilera EU:s och dess medlemsländers totala bidrag i samband med pandemin (Bengtsson, 2022). Begreppet inbegriper strukturerade samarbeten mellan EU:s institutioner, medlemsstaterna inklusive deras myndigheter och utvecklingsbanker, samt EIB och Europeiska banken för återuppbyggnad och utveckling (EBRD).

Team Europe-modellen används nu i en rad samarbeten för att stödja utvecklingen av lokal kapacitet för vaccintillverkning i Afrika och Latinamerika. Men Team Europe-initiativ finns numera också på en rad områden även bortom hälsoområdet, inklusive grön omställning och stöd till infrastruktur, och har blivit ett viktigt verktyg för genomförandet av både Global Gateway och EU:s nya strategi för global hälsa. De flesta Team Europe-initiativen på hälsoområdet fokuserar på projekt på den afrikanska kontinenten, på områden från vaccinproduktion till SRHR, digital hälsa och hälsosäkerhet.

Användningen av Team Europe-modellen gör det möjligt för EU och dess medlemsländer samt utvecklingsbankerna att främja utveckling och hälsa globalt men också att värna europeiska strategiska intressen. EU:s inflytande och rykte som en samordnad och därmed finansiellt starkare aktör är naturligtvis något som stärker EU:s samlade roll gentemot partnerländer, något unionen också kan dra strategisk och politisk nytta av.

Trots kommissionens samordningsinsatser framträder dock en blandad bild av EU:s roll som givare på hälsoområdet. En rapport från europeiska revisionsrätten från 2024 belyser att EU:s hälsostöd till de partnerländer som studerades fortsatt präglas av problem. Rapporten betonar bland annat att medel inte alltid fördelades utefter partnerländernas behov. Projektens ändamålsenlighet hämmades också av samordningsproblem, ineffektivitet samt bristande övervakning och hållbarhet. De överlappande strukturerna för genomförandet ökade dessutom projektens kostnader samtidigt som EU-finansieringens synlighet bland målgrupperna var begränsad (Europeiska revisionsrätten, 2024).

Till försvar för den regelbaserade världsordningen

Kommissionen uppger i samband med lanseringen av EU:s globala hälsostrategi att den syftar till att ”bidra till att forma en ny global hälsoordning” genom att främja ”robust global styrning i en komplex

geopolitisk miljö” (Europeiska kommissionen, 2022). Som det står i kommissionens kommunikation:

”Detta inkluderar ett starkare, mer effektivt och ansvarsfullt samt hållbart finansierat WHO i centrum av det multilaterala systemet, med fördjupat samarbete genom G7, G20 och med andra globala, regionala och bilaterala partner” (Europeiska kommissionen, 2022).

Tidigare tendenser till rivalitet mellan EU och WHO försvann snabbt i samband med pandemin. De utlösande händelserna var framför allt Trumpadministrationens beslut att inleda den ettåriga processen för att dra sig ur WHO. Även om Bidenadministrationen så småningom upphävde beslutet riskerade WHO vid denna tidpunkt att förlora inte bara politiskt stöd utan också finansiering från USA som var dess överlägset största bidragsgivare. WHO:s svaga reaktion på Kinas agerande och brist på transparens ledde också till en känsla i Bryssel av att det var dags för ett förnyat politiskt ledarskap och ett starkare EU som aktivt stöder den regelbaserade världsordningen och banar väg för en reform av den globala hälsostyrningen. I rådets slutsatser från november 2020 underströk EU och dess medlemsländer att de ämnade verka för att stärka WHO:s normativa roll, kapacitet och reformagenda (Europeiska unionens råd 2020). En viktig ambition för EU-kommissionen har också varit att uppgradera EU:s status som formell, snarare än informell observatör inom WHO. Med andra ord sågs stärkandet av FN-systemet och i synnerhet WHO som en strategisk prioritering i en tid då den regelbaserade världsordningen utmanades i grunden.

Förutom att stärka WHO för att skydda den regelbaserade världsordningen blev EU också den främsta förespråkaren för en reform av den övergripande globala hälsostrukturen. Europeiska rådets ordförande Charles Michel inledde nämligen en kampanj för ett nytt ”internationellt pandemifördrag” inom ramen för WHO. Hans uppmaning fick snabbt stöd av WHO och ett 30-tal ledare, inklusive regeringschefer och internationella organ, när initiativet presenterades

i december 2021 (WHO 2021). Det potentiella nya fördraget skulle vara inriktat på att stärka beredskaps- och insatskapaciteten på både nationell, regional och internationell nivå, på grundval av befintliga avtal, inklusive det internationella hälsoreglementet. Reformriktningen sågs som mer inkluderande gentemot det globala syd, jämfört med USA:s preferens att arbeta med likasinnade demokratier i mer exklusiva format. Förhandlingarna har dock för tillfället stannat upp kring instrumentet.

Det kan också nämnas i sammanhanget att EMA, Hera och ECDC deltar aktivt i EU:s främjande av multilateralism och regionalt samarbete, inte minst genom stöd till de afrikanska motsvarigheterna African Medicines Agency (AMA) och det afrikanska smittskyddsorganet Africa CDC), vilka finansierats genom EU-projekt.

Vad betyder detta för Sverige?

Sverige var drivande under sitt ordförandeskap i EU:s ministerråd under det första halvåret 2023 i frågan om den globala hälsostrategin och spelade en stor roll såväl i framtagandet samt förhandlingarna av de rådsslutsatser (Europeiska unionens råd, 2023) som sedermera kunde antas. Att dessa kunde beslutas först efter det svenska ordförandeskapets slut hade sannolikt att göra med förutsättningar bortom de svenska förhandlarnas kontroll, då blockeringen i rådet löstes upp först efter det polska regeringsskiftet. I det förberedande arbetet spelade den etablerade svenska politiken på området som utarbetats i linje med Agenda 2023, men även ett starkt team på Utrikesdepartementet och Sveriges tradition som givare, en stor roll. Under ett av de informella ministermötena i Arlandastad valde Sverige att i anslutning stå värd för en middag kring just global hälsa, där WHO:s generaldirektör Tedros Adhanom Ghebreyesus närvarade. Sakområden där Sverige sannolikt gjort avtryck är bl.a. skrivningar om jämställdhet och SRHR, antibiotikaresistens samt linjen som förespråkar ett stärkt WHO. Vad gäller balansen mellan medlemsstaterna och EU i globala sammanhang har Sverige traditionellt sett verkat för

en mer återhållsam hållning, där medlemsstaternas befogenheter på hälsoområdet samt fortsatta möjlighet att driva en delvis parallell politik bejakats.

För svenskt vidkommande innebär deltagandet i denna nya strömning som beskrivits i kapitlet, inklusive Team Europe-initiativen, möjligheter till en modell bortom traditionell givarkoordinering som rymmer effektivitetsvinster och lärande. En viss del av Sveriges EU-avgift går också till att finansiera EU-kommissionen bidrag till dessa insatser, vilket utgör ytterligare en anledning till aktivt engagemang. Det är av stor vikt att länder som Sverige, med lång tradition av närvaro i många av EU:s partnerländer inte minst i Afrika samt i multilaterala sammanhang, engagerar sig för att säkerställa en balans såväl mellan intressebaserat och värderingsdrivet engagemang som mellan nationellt och europeiskt aktörskap. En god förståelse för hur andra länder så som Ryssland och Kina engagerar sig lokalt i partnerländerna är också av stor vikt.

Den nya svenska reformagendan för biståndet speglar under sin tematiska prioritering för hälsa till viss del EU:s nya strategi för global hälsa, med sitt fokus på bättre förutsättningar för god hälsa och stärkta hälso- och sjukvårdssystemåtgärder samt stöd för att förhindra och bekämpa hälsohot. När det gäller vikten av att främja alla individers fulla åtnjutande av SRHR, vilken nämns i den svenska reformagendan, samt fokuset på antibiotikaresistens har Sverige särskild spetskompetens att bidra med. I allmänhet finns också mycket att lära av EU-strategin om hälsa i alla politikområden när den klassiska biståndspolitiken går mot partnerskap på viktiga områden, där expertisen till stor del ligger utanför biståndspolitiken.

Slutsatser

Detta kapitel har belyst EU:s framväxande roll inom global hälsa och hur strategiska geopolitiska hänsyn har kommit att spela roll på detta område – värderingar och en vilja att bidra till hållbar global utveckling i linje med Agenda 2030 har nu fått sällskap av en parallell, mer

intressebaserad agenda. I detta avseende har kapitlets fokus legat på EU:s yttre förbindelser och förändringar som återspeglas och förankras i EU:s nya globala hälsost strategi som kommissionen lade fram i november 2022.

Framför allt kan en utveckling spåras till en bredare agenda som kopplar till EU:s strategiska oberoende och vikten av strategiska partnerskap i ett föränderligt geopolitiskt sammanhang. Modellen Team Europe syftar till att öka synergier mellan medlemsstaternas och EU:s stöd, samtidigt som EU som helhet kan dra strategisk nytta av att agera som en samlad aktör och på så sätt både göra större skillnad och bättre värna sina intressen. Nya finansieringsformer, inklusive från de europeiska utvecklingsbankerna, används alltmer flitigt för att mobilisera resurser.

Följderna blir ett mer intressebaserat globalt engagemang, snarare än traditionella biståndsinsatser, som i bästa fall gynnar partnerländernas utveckling på viktiga områden. Samtidigt har utvecklingen också risker som är värda att bevaka: Vilken roll spelar lokala aktörer och utvecklingsagendor i partnerländerna? Vem sätter prioriteringarna och utefter vilka principer? Lägg fokus endast på resiliens, krishantering och transaktionella partnerskap med globala syd, i stället för på FN:s hållbarhetsmål och förebyggande av hälsoproblem inklusive hälsans bestämningsfaktorer som är av social, ekonomisk och miljömässig natur?

Hur insatserna genomförs är avgörande för huruvida EU och dess medlemsstater kan vinna den goodwill och ”mjuka makt” som eftersträvas globalt. Ett överdrivet fokus på EU:s strategiska intressen, utan hänsyn till partnerländerna, kan leda till bakslag inte minst med tanke på Europas känsliga historia som kolonialmakt. Här kan Sverige och likasinnade spela en viktig roll för att hitta rätt balans.

En annan balans att säkerställa är den mellan de enskilda medlemsstaternas politik och den på EU-nivå. Traditionellt sätt har Sverige här haft en något återhållsam hållning, som velat värna möjligheten att fortsatt spela en självständig roll såväl bilateralt som multilateralt.

Oavsett var man landar i avvägningen kring nivån av samordning i WHO eller storleken på EU:s biståndsbudget har ett samlat EU-agerande i landkontext eller i multilaterala sammanhang många fördelar. En effektiv givarsamordning och de nya samarbetena inom Team Europe innebär effektivitetsvinster och lärande men även en möjlighet för Sverige att påverka – här finns också rum för att bidra med svensk spetskompetens inom ytterligare områden än vad som är fallet idag, inklusive t.ex. kring antibiotikaresistens. Vidare, utifrån utgångspunkten om hälsa inom alla politikområden ("health in all policies"), så är EU redan en tung aktör på många områden som påverkar hälsan i högsta grad – från handelspolitik till reglering av läkemedel, livsmedel och miljöskydd. Genom att agera genom EU på ett proaktivt sätt kan Sverige, tillsammans med andra, få ett långt större genomslag för global hälsa än om man endast agerar på egen hand.

Omvärldsutmaningarna framöver är fortsatt många, inte minst mot bakgrund av att kriget i Ukraina och säkerhetsläget i Europa upptar politisk energi och budgetutrymme. Här blir positionering av hälsorelaterade frågor och utvecklingssamarbetet i de kommande förhandlingarna om EU:s långtidsbudget avgörande. Situationen kommer också att präglas av den nya politiska administrationen i USA och hur den nya EU-kommissionen och dess politik under mandatperioden 2024–2029 förhåller sig till vägvalen framgent. Ansatser för att bevaka EU:s egenintressen som rör hälso- och sjukvårdssektorns "konkurrenskraft" men även explicita kopplingar till säkerhetsdiskurser som rör tillgång till läkemedel, cybersäkerhet inom sjukvården samt beredskap för s.k. bioterrorism verkar få allt större uppmärksamhet inför den kommande femårsperioden (Europeiska kommissionen, 2024c).

Vad gäller EU:s roll som givare och finansiär är det tydligt att Global Gateway kommer att vara den dominerande paradigmen som styr EU-kommissionens logik. Som en del av EU-samarbetet kan berörda svenska myndigheter och departement här tjäna på att tidigt samla sig för att arbeta fram och strategiskt driva gemensamma svenska positioner i denna typ av långsiktiga frågor. Sidas samarbete

med Folkhälsomyndigheten och med andra myndigheter blir i detta sammanhang allt viktigare att bejaka.

Samtidigt lär utmaningarna för hälsan globalt sätt inte minska, inte minst mot bakgrund av komplexa risker som accentueras på grund av klimatförändringar, pågående konflikter och ojämlig tillgång till hälso- och sjukvård. I detta avseende är det av stor vikt att EU landar rätt inte bara vad gäller balansen mellan värderingar och intressen, utan även vad gäller det förebyggande arbete som behövs, vilket tangerar en rad politikområden från bistånd till livsmedelsfrågor, handel och miljöpolitik.

Samtidigt lär utmaningarna för hälsan globalt sätt inte minska, inte minst mot bakgrund av komplexa risker som accentueras på grund av klimatförändringar, pågående konflikter och ojämlig tillgång till hälso- och sjukvård. I detta avseende är det av stor vikt att EU landar rätt inte bara vad gäller balansen mellan värderingar och intressen, men även det förebyggande arbetet som behövs, vilket tangerar en rad politikområden från bistånd till livsmedelsfrågor, handel och miljöpolitik.

Referenser

Aldis, W. (2008). 'Health security as a public health concept: a critical analysis'. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369–75.

Apiko, P., Sergejeff, K., Veron., P. The EU Global Health Strategy: How to make it work – ECDPM. Tillgänglig på: <https://ecdpm.org/work/eu-global-health-strategy-how-make-it-work>

Bengtsson, L. (2022). The New EU Global Health Strategy: reflections on context and content. *Sieps 2022:15*epa. [The New EU Global Health Strategy: reflections on context and content \(sieps.se\)](#)

Bengtsson, L. (2024). Från pandemihantering till hälsounion – tillbakablick och framtidsspaningar. *Sieps 2024:14*epa. [Från pandemihantering till hälsounion – tillbakablick och framtidsspaningar \(sieps.se\)](#)

Bengtsson, L. och Rhinard, M. (2019) "Securitisation across borders: the case of 'health security' cooperation in the European Union", *West European Politics*. Routledge, 42(2), s. 346–368.

Engström, M. (2024) Stronger EU Partnerships for Sustainable Supply Chains. *Sieps 2024:5*epa [Stronger EU Partnerships for Sustainable Supply Chains \(sieps.se\)](#)

Europeiska unionens revisionsrätt (2024). Special report 18/2024: EU financial support for health systems in selected partner countries. www.eca.europa.eu/en/publications?ref=SR-2024-18

Europeiska kommissionen (2024a) [Coronavirus response \(europa.eu\)](#)

Europeiska kommissionen (2024b) [Global Gateway - Europeiska kommissionen \(europa.eu\)](#)

Europeiska kommissionen (2024c) [Political Guidelines | Ursula von der Leyen – Candidate for the European Commission President e6cd4328-673c-4e7a-8683-f63ffb2cf648_en \(europa.eu\)](#)

Europeiska kommissionen, 2024d [Mpox: HERA to donate over 215,000 vaccine doses to Africa CDC amid urgent outbreak - European Commission \(europa.eu\)](#)

Europeiska kommissionen (2022) [Global hälsa \(europa.eu\)](#)

Europeiska kommissionen (2023) [Europeiska hälsounionen \(europa.eu\)](#)

Europaparlamentet (2022) EU:s nya strategi för global hälsa: Bättre hälsa för alla i en föränderlig värld (europa.eu)

Europeiska unionens råd (2023) EU Global Health Strategy – Better health for all in a changing world-Council conclusions (29 January 2024) <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-5908-2024-INIT/en/pdf>

Europeiska unionens råd (2022). Rådets gemensamma vision 2022 för EU och Afrika [final_declaration-en.pdf \(europa.eu\)](#)

Giegerich, B. et al. 2021 The geo-economics and geopolitics of COVID-19: implications for European security [iiss-the-geo-economics-and--geopolitics-of-covid-19---implications-for-european-security.pdf](#)

Dworkin, A. (2022). 'Health of nations: How Europe can fight future pandemics'. European Council on Foreign Relations Policy Brief.

Haroche, P. (2023). A 'geopolitical commission': Supranationalism meets global power competition. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 61, 970–987.

Håkansson, C. (2024). Von der Leyen's Geopolitical Commission: Vindicated by Events? *Sieps* 2024:7epa.

Niklasson, L. (2021). 'EU:s relation till Afrika: Partnerskap eller hierarki?' *Swedish Institute for European Policy Studies*. 2021:15epa.

Stella Kyriakides 2023 [Informell EPSCO- Las Palmas \(europa.eu\)](#)

Tagliapietra, S. (2024). The European Union's Global Gateway: An institutional and economic overview. *The World Economy*, 47, 1326–1335.

9 Forskning och innovation för framtida generationers hälsa – globala hälsoproblem kräver global forskning

Tobias Alfvén och Stefan Swartling Peterson

- För att uppnå de globala målen i Agenda 2030 krävs forskning och innovation.
- Det behövs långsiktiga finansieringsmodeller för forskning och innovation om global hälsa.
- Forskning om global hälsa gynnar både låg- och medelinkomstländer och Sverige.
- Satsningar på forskning om global hälsa krävs för en återväxt av svenska forskare och experter, både för svensk forskning och för vårt arbete globalt.
- Biståndet behöver fortsätta att bygga kapacitet och organisationer för forskning i och med låginkomstländer.

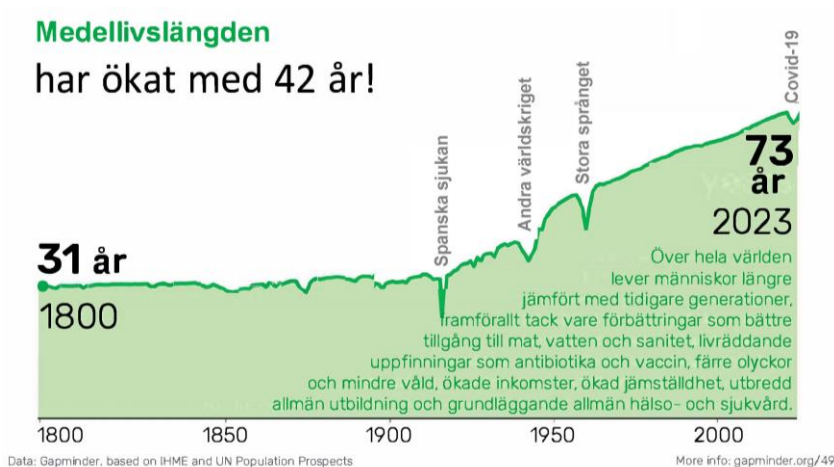
Inledning

I detta kapitel diskuterar vi forskningens och innovationens avgörande betydelse för oss som lever nu men också för kommande generationers hälsa. En viktig avgränsning är att vi inte avser att täcka hela området kring forskning och innovation om global hälsa utan fokuserar på Sveriges roll i dessa frågor, med fokus på svenska universitet och högskolor.

Forskningens betydelse för global hälsa i en globaliserad värld

De senaste två århundradena har varit en tid av exceptionella framsteg för mänskligheten. Från att medellivslängden i de flesta kulturer och på de flesta platser under människans historia legat på omkring 30 år har den sedan början av 1800-talet ökat till att idag vara 73 år (figur 1). I de rikare delarna av världen är medellivslängden över 80 år. Samtidigt har barndödligheten, som tidigare var en tragisk verklighet för många familjer, minskat dramatiskt. Genom världshistorien har runt hälften av alla nyfödda barn dött innan de nått vuxen ålder. Idag dör omkring 5 av 100 barn innan de hunnit bli vuxna; i de rikare delarna av världen dör endast cirka 3 av 1 000.

Figur 1: Utvecklingen av medellivslängden från 1800 till 2023



Källa: Gapminder (Gapminder, 2023). Översatt till svenska med tillstånd från Gapminder.

Den ökade medellivslängden och minskade barnadödligheten är två av de kanske tydligaste bevisen på hur väldigt mycket bättre många människor har fått det, tack vare tekniska, sociala och medicinska framsteg som skett tack vare vetenskapens framväxt, innovationer och reformer. Framsteg inom en lång rad områden har bidragit till bättre levnadsstandard för människor, vilket i sin tur bidrar till bättre hälsa. Inom medicinen är några milstolpar utvecklandet av vaccin, antibiotika, vätskeersättning och förståelsen av vikten av hygien.

Globala problem kräver globala lösningar

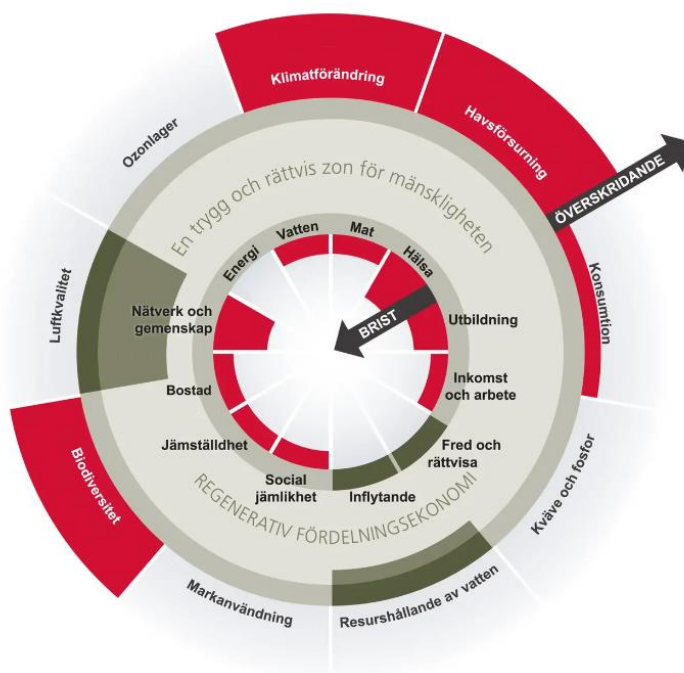
Framstegen har förändrat villkoren för människors liv och hälsa samt förutsättningarna för vår planet. Antropocen, människans tidsålder, innebär kraftig befolkningstillväxt, ökade utsläpp av koldioxid och annan miljöpåverkan samt högre medeltemperatur på jorden med den klimatpåverkan som följer. Förändringarna hotar vår hälsa och framtid. Utmaningarna och problemen blir alltmer globala och utgör ett hot för alla människor på jorden, men de får värst konsekvenser

för de fattigaste medmänniskorna. Därför måste lösningarna också bli alltmer globala, samtidigt som fattigdomsfokuset behöver bibehållas och utvecklas. Forskning och innovation spelar här en avgörande roll.

En modell som illustrerar vårt ömsesidiga beroende av varandra i världen och kopplingen till fattigdom och välstånd, är den s.k. donutmodellen (även kallad munkmodellen). Donutmodellen är framtagen av den brittiska ekonomen Kate Raworth för att införliva vår tids utmaningar med miljö och folkhälsa i ett ekonomiskt tänkande (Raworth, 2012) (figur 2).

Donutmodellen är ett sätt att flytta målet från en linjär ekonomi till ett samhälle som frodas inom de ekologiska gränserna. Till grund för modellens parametrar ligger Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen. Ett samhälle anses välmående när de tolv sociala grundvillkoren uppfylls utan att de nio ekologiska gränserna överskrids. Detta visualiseras i modellen med området mellan den innersta och den yttersta ringen. Modellen kan alltså ses som en kompass för mänsklig välfärd med målet att uppnå alla människors behov inom gränsen för planetens resurser. Den nya Lancetkommissionen ("Planetary Health Commission") utvecklar modellen ytterligare och identifierar ett antal sociala och teknologiska förändringar som krävs för såväl säkert som jämlikt liv inom ramarna för vad vår planet klarar (Gupta et al., 2024). Utmaningen för forskning och innovation blir därför att ge alla människor, även de fattigaste, förutsättningar för hälsa och välstånd. Och Sverige har både en skyldighet och ett eget intresse av att bidra i detta arbete.

Figur 2: Donutmodellen för att illustrera sociala och planetära gränser och vårt ömsesidiga beroende av varandra



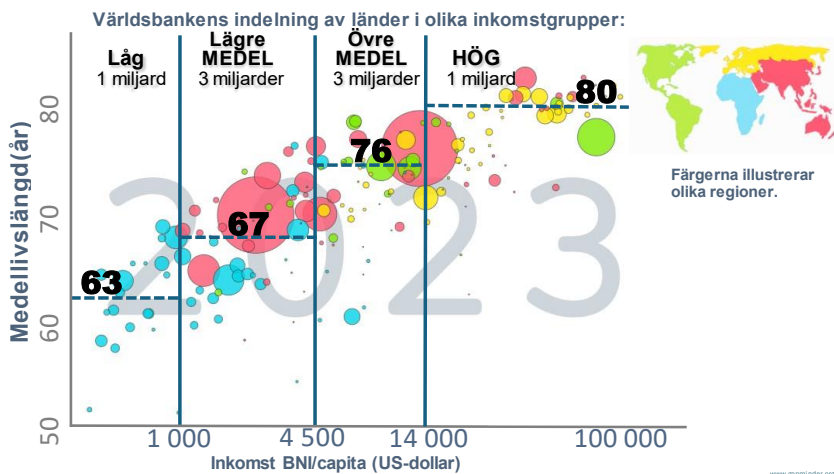
Källa: Raworth, K. (Doughnut Economics, 2017).

Ojämlik hälsa

Utöver den enorma belastningen på jordens ekosystem finns det även stora sociala och ekonomiska globala orättvisor, och de framsteg som har gjorts när det gäller hälsa är inte jämnt fördelade. Klimatförändringarnas effekter riskerar att göra förutsättningarna för hälsa än mer olika. Figur 3 visar hur medellivslängden ser ut i

olika länder utifrån inkomst mätt med BNI¹ per capita, baserat på data från Gapminder, det program som utvecklades av Hans Rosling, professor i global hälsa vid Karolinska Institutet (figur 3).

Figur 3: Sambandet mellan inkomst och medellivslängd



Källa: Gapminder 2024.

Den snabba utvecklingen har gjort att vi trots allt har mycket stora möjligheter att skapa en bättre värld med fortsatt förbättrad hälsa, men också mycket stora utmaningar som hotar många av de framsteg som vi sett. De absolut flesta av dessa möjligheter och utmaningar är globala: klimatförändringar, framtida pandemier, antibiotika-resistens, konflikter och migration. Den befintliga kunskap och de verktyg som vi har idag räcker inte till för att hantera alla dessa utmaningar. Vi måste producera ny kunskap och även bli bättre på att implementera den kunskap vi faktiskt har. Detta är inte något vi kan göra inom Sveriges gränser. Globala utmaningar kräver globala lösningar – och därmed också global forskning och innovation.

¹ Bruttonationalinkomsten (BNI) per capita. BNI mäter alla inkomster som tillfaller personer som bor i ett land.

Parallellt måste vi också se till att vi lyfter de som fortfarande lever i extrem fattigdom, så att alla i världen har möjlighet att uppnå god hälsa. Detta kräver forskningskapacitet även i låginkomstländer för att kunna besvara lokalt relevanta forskningsfrågor för hållbar hälsa och utveckling – inte minst när livsförutsättningarna förändras så dramatiskt som förutses till följd av klimatförändringarna. Lokal forskningskapacitet behövs även för att kunna bedöma internationella forskningsresultats tillämpbarhet i en lokal kontext.

Vad är global hälsoforskning?

Vi tror att en del kollegor fortfarande uppfattar forskning inom området global hälsa som liktydigt med forskning om tropiska sjukdomar långt borta. Men forskning om global hälsa är så mycket mer än det. Det saknas en entydig definition av begreppet global hälsa men ofta används den definition som publicerades i *The Lancet* 2009:

”Global hälsa är ett område som syftar till att förbättra människors hälsa och uppnå jämlik hälsa för alla världens människor, genom utbildning, forskning och handling. Inom global hälsa betonas gränsöverskridande hälsofrågor, risk- och friskfaktorer och lösningar. Ämnet är tvärvetenskapligt, sträcker sig utanför den traditionella hälsosektorn och främjar samarbete över gränserna. Global hälsa knyter ihop folkhälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på samhällsnivå med klinisk vård på individnivå.” (Koplan et al., 2009)

Utifrån enbart denna definition är det ändå inte så enkelt att definiera och sammanfatta global hälsoforskning. I en artikel i *BMJ Global Health* från 2021 diskuterar Garcia-Basteiro och Abimbola utmaningarna med att ringa in området:

”Vilka av följande ämnen bör falla inom området global hälsa? Är det prekliniska modeller av malariatransmission i ett japanskt laboratorium? Är det studier av de sociala determinanterna för Alzheimers sjukdom i Demokratiska republiken Kongo? Eller att genomföra en systematisk översikt över covid-19-screening på flygplatser runt om i världen? Eller kanske en klinisk prövning av en ny intervention för att förbättra överlevnaden av för tidigt födda barn i tre länder i Sydostasien? Eller är det studier av hur den globala vetenskapliga publiceringsindustrin begränsar kunskaps-cirkulationen i Afrika?”
(Garcia-Basteiro & Abimbola, 2021)

Garcia-Basteiro och Abimbola avslutar sin artikel med att det är svårt att finna en bra definition av global hälsoforskning. De poängterar i stället att den drivande kraften bakom global hälsoforskning bör vara att sträva efter att uppnå jämlikhet i hälsa, oavsett var i världen det sker, nationellt eller transnationellt. Om alla länder hade liknande medellivslängd, jämnt fördelat mellan grupper inom varje land, skulle termen global hälsoforskning vara överflödig. De föreslår därför också att det kanske vore mer korrekt att helt enkelt kalla detta forskningsfält ”health equity research” – forskning om ojämlig hälsa.

Hållbar hälsa

Liknande tankar har förts fram av Centre of Excellence for Sustainable Health (CESH), som är ett samarbetsprojekt mellan Makerere University i Uganda och Karolinska Institutet (CESH, 2024). CESH använder termen hållbar hälsa (eng. ”sustainable health”) i stället för global hälsa, och hållbar hälsa definieras så här: ”Ett tvärvetenskapligt område för studier, forskning och praktik för att förbättra hälsa och välbefinnande för alla, samtidigt som man håller sig inom planetens gränser”. I denna definition poängteras jämlik

hälsa, men även jämlikhet mellan generationer, det vill säga att vi måste hålla oss inom planetens gränser – alltså att vi inte utnyttjar mer resurser än jorden tillåter för en hållbar utveckling idag och imorgon.

Den här definitionen gör det enklare att identifiera gemensamma utmaningar i samarbetet mellan ett hög- och ett låginkomstland. De planetära gränserna dikteras ju av fysikens lagar, och även om utsläpp och resursförbrukning är enormt olika, så är anpassningsbehoven för hållbar hälsa delade – om än dock på olika resursnivåer. Dessa utmaningar behöver lösas gemensamt.

Vetenskapsrådet har i sin tidigare satsning på forskning med fokus på låginkomstländer inte använt sig av begreppet global forskning eller specifikt global hälsoforskning. De har i stället använt begreppet ”utvecklingsforskning” och definierat det som forskning av särskild relevans för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling i de minst utvecklade länderna. Det inkluderar såväl forskning om utveckling som forskning för utveckling och omfattar både grundläggande och mer tillämpad forskning samt omfattar alla vetenskapliga discipliner (inklusive tvärvetenskap).

Sammanfattningsvis finns ingen entydig definition av global hälsoforskning, och förslag på nya begrepp och definitioner dyker upp då och då. Vi kommer dock i detta kapitel att använda begreppet global hälsoforskning, med fokus på ojämlikhet i hälsa och gemensamma globala utmaningar, i brist på ett annat etablerat begrepp.

Svenska erfarenheter av global hälsoforskning

Sverige har en lång historia av forskning inom global hälsa, ända sedan Carl von Linné sände sina lärjungar på forskningsresor över världen. Linné var ju som bekant professor i medicin och botanik, och samtidigt en produkt av sin tid (Windahl Pontén & Andersson Burnett, 2021). Medicinsk forskning har, även i Sverige, rymt aspekter som i våra dagar får ses som oetiska, ovetenskapliga och

präglade av en hierarkisk och rasistisk syn på människor. Det arvet behöver vi fortfarande påminna oss om.

Mer samtida är framväxten av ett statligt stöd för forskning för utveckling sedan 1950-talet och framåt. År 1975 grundades Styrelsen för u-landsforskning (Sarec). Sarec slogs samman med Sida 1995, och en enhet för forskningssamarbete inrättades. Åren 1975–1985 stöttade Sarec nationella forskningsråd² i sina bilaterala samarbeten. En utvärdering 1985 konstaterade emellertid att det var få länder som hade tillräcklig kapacitet för att framgångsrikt driva forskningsråd, varför fokus kom att bli på att utbilda individuella forskare på master- och doktorandnivå. Den så kallade sandwichmodellen utvecklades, där forskarstudenter (doktorander) varvade arbete vid hemmauniversitetet med vistelser vid svenska universitet för kurser, handledning och analysarbete. På 1990-talet kom stödet mer och mer att fokusera på forskningsmiljön där forskarutbildning enligt sandwichmodellen kompletterades med stöd till bland annat forskningsadministration, bibliotek, laboratorier, bibliotek och internetanslutning.

Med start på 2000-talet har sedan stödet kommit att inriktas än mer på att stödja uppbyggnad av lokala forskningsmiljöer med stöd till lokala handledare som handleder forskarstudenter fram till lokala doktors-examina. I takt med att kapaciteten höjts har Sida verkat för att samarbetsländerna själva ska ta ansvar för forskningen, inklusive för en egen forskningsbudget, samt för regional samverkan kring forskning. Från att de bilaterala samarbetena omfattade ett dussin länder i mitten på 2000-talet har antalet nu reducerats till sex länder 2024.

Flera av FN:s forskningsorganisationer får stöd av Sverige genom Sida, till exempel Tropical Disease Research, Human Reproduction Programme, Alliansen för hälsosystemforskning och EU:s The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership, om än med reducerade anslag.

² Myndigheter eller andra organ som ger anslag till eller på annat sätt främjar forskning, enligt Nationalencyklopedin.

Det statliga forskningsbiståndet har kännetecknats av tre pelare: i) bilateralt stöd till att bygga forskningskapacitet och kunskapsproduktion, ii) stöd till globala och regionala forskningsorganisationer, och iii) stöd till utvecklingsrelevant forskning vid svenska universitet. Den sistnämnda delen flyttades från Sida till Vetenskapsrådet 2013 och avvecklades 2023. Forskningsbiståndet styrs via forskningsstrategier, den nuvarande antagen 2022 (Regeringskansliet, 2022) och inte reviderad trots den kraftigt förändrade resurstilldelningen. Det här kapitlet som helhet handlar främst om den tredje pelaren, men även de första två pelarna har fått kraftigt reducerade anslag på senare år.

Svensk utvecklingsforsknings historia och betydelsen av forskning för utveckling beskrivs utförligt i Veronica Brodén Gybergs bok ”Sweden’s Research Aid Policy: The Role of Science in Development” för den som vill veta mer (Brodén Gyberg, 2023).

Stöd till forskning för global hållbar utveckling vid svenska universitet

Svenska universitet har alltså under många år haft möjlighet att ansöka om särskilda medel för forskning med relevans för utveckling som har bedrivits vid svenska universitet, så kallad utvecklingsforskning, ofta kallat ”u-forsk”. Anslagen var inte knutna till särskilt utvalda bilaterala samarbetsländer utan styrdes av ett slags relevanskriterium för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling. Trenden har varit ökad emfas på jämställda samarbeten med forskare i låg- och medelinkomstländer samt satsningar på yngre forskare för att möjliggöra återväxt och etablering. Se Vetenskapsrådets rapport från 2023 för mer information (Vetenskapsrådet, 2023).

Samarbeten mellan universitet

Många svenska universitet jobbar på något sätt med olika aspekter av global hälsa, och har forskarkollegor från det globala syd i sina nätverk. Även i Sverige finns flera forskarnätverk och initiativ. Vi kommer endast att ta upp en bråkdel av de samarbeten som finns, utifrån våra egna erfarenheter, för att exemplifiera.

Samarbetet mellan Karolinska Institutet och Makerere University

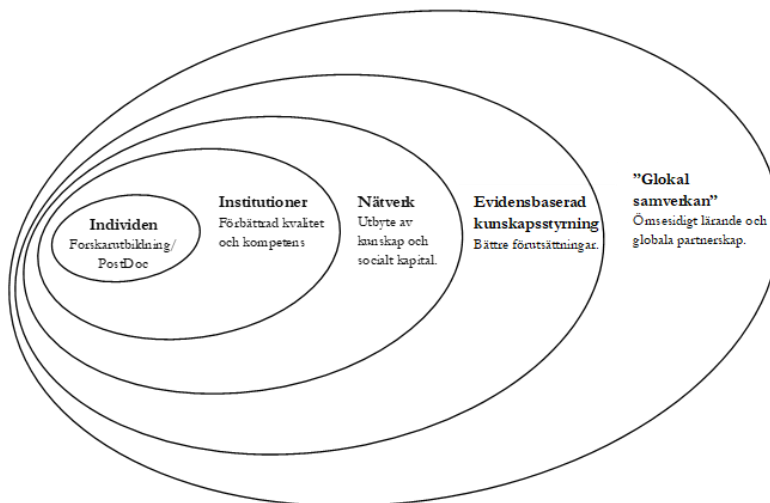
Samarbetet mellan Makerere University i Uganda och Karolinska Institutet (KI) påbörjades för 25 år sedan, år 2000, med stöd från Sida. Fokus var inte bara på enskilda studenter utan även på handledarkapaciteten och forskningssystemet vid Makerere. Handledare från båda universiteten, finansierade av Sida, samarbetade för att handleda Makereredoktorander. Även KI-doktorander fick dubbel handledning, med stöd från bland annat Vetenskapsrådet. Detta bidrog till en värdefull samarbetsanda och ömsesidigt stöd på både handledar- och studentnivå, där Makereres och KI:s gemensamma forskargrupper bedrev forskning inom en mängd olika ämnen –från psykisk hälsa och akuta febersjukdomar till hälsosystem (Sewankambo et al., 2015).

För att skapa incitament för KI:s handledare utvecklades ett system med ”dubbel doktorexamen”, där studenten skrevs in, examinerades och fick diplom från bägge universiteten, med båda universitets logotyper på. De flesta av de mer än 50 studenterna valde denna dubbelexamen, även om det var administrativt besvärligt. Samarbetet kom att förändra Makereres examination från monograf-diskussion i slutna rum till offentligt försvar av avhandlingar baserade på publicerade artiklar. Detta anses allmänt vara ett framsteg som akademisk examinationsform, både för ökad opartiskhet i bedömning och insyn i forskningen samt för att publicerings- och presentationsfärdigheter bör ingå i en forskarutbildning.

Sidafinansieringen sträckte sig över två decennier (2000–2022) och bidrog till många vetenskapliga resultat och artiklar, varav en majoritet med forskare från Makerere som förstaförfattare. Samarbetet och forskningen bidrog också till att förändra nationell och global policy för malariabehandling i Uganda (Nabyonga & Orem, 2014) och informerade även WHO:s/Unicefs riktlinjer för snabb, adekvat vård och behandling av barn med febersjukdom i Uganda (”Integrated Community Case Management”) som nu implementeras i stora delar av Afrika och delar av Asien (Awor et al., 2022).

Med ökad kapacitet att attrahera, söka och hantera bidrag har Makerere beviljats ytterligare finansiering från andra källor, vilket innebär att Sveriges bidrag har verkat katalytiskt och genererat mer resurser. Långt efter att Sidafinansieringen avslutats är detta samarbete fortfarande aktivt och starkt, efter att ha omvandlats till det gemensamt ägda och jämbördigt styrda forskningscenter som CESH är idag (Wanyenze et al., 2023). CESH gynnar även aktivt andra länder i regionen och samarbetar med universitet i till exempel Demokratiska republiken Kongo och Somalia (CESH, 2024). Vi illustrerar de olika nivåerna på samarbetet i figur 4. Ett lokalt förhållningssätt innebär att målen i Agenda 2030 är globala och berör alla, men arbetet måste vara förankrat på nationell, regional, lokal och individuell nivå. Det som sker lokalt påverkar den globala nivån, och vice versa.

Figur 4: Nivåer på samarbetet mellan Makerere University och Karolinska Institutet inom global hälsa



Källa: (Sewankambo et al., 2015). Översatt till svenska med tillstånd från författaren.

En avgörande framgångsfaktor för detta 25-åriga samarbete har varit en gemensam vision och ett förtroende mellan projektledare på alla nivåer. Fysiska möten har varit viktiga, liksom utbyte av personal och studenter. Samarbetet och forskningen har gynnat Makerere och Uganda – men även KI och Sverige. Ett utmärkt exempel på det är hur strokerehabilitering via mobiltelefonstöd, ursprungligen utvecklat för ugandiskt bruk, nu överförs till Sverige för utvärdering i den svenska sjukvården (KI, 2022).

Det vi beskriver här är vårt perspektiv, som två svenska manliga forskare vid KI, med de erfarenheter vi har. Men hur upplevs samarbetet med Sverige och svenska forskare från en partner i ett samarbetsland? Vi bad vår kollega Rhoda Wanyenze, professor och dekanus för Makerere University School of Public Health (MakSPH) att bidra med sitt perspektiv.

Box 1: Samarbete mellan KI och MakSPH

Rhoda Wanyenze, professor och dekanus för Makerere University School of Public Health, sammanfattar vad hon tycker har varit de mest centrala komponenterna i samarbetet mellan Makerere och Karolinska Institutet:

- Samarbetet har varit och är långsiktigt, vilket ger tillräcklig tid till att förbättra kapaciteten hos båda parter och att utveckla ett förtroende, vilket ligger till grund för den respektfulla karaktären på partnerskapet.
- Det långsiktiga och omfattande forskningsstödet från Sida har riktats både till det bredare forskningsekosystemet och till att stärka forskningskapacitet och institutionell utveckling.
- Den långsiktiga och generösa Sidafinansieringen har genererat ett stort antal doktorander och omfattande forskningsresultat samt bidragit till policyförändringar och haft effekt både nationellt och internationellt, till exempel för nyföddas hälsa och för vård vid febersjukdomar.
- Samarbetet har omfattat komponenter för uppbyggnad av forskningssystem utöver själva forskningen, till exempel en webbplats för demografisk övervakning, och fokus på handledarutbildning och utveckling av tvärvetenskapliga forskargrupper.
- Samarbetet bygger på ömsesidigt lärande och ömsesidig nytta för båda parter och har även inneburit positiva förändringar för lärare och studenter.
- Samarbetet är lyhört för lokala behov, med medskapande och utveckling över tid – vilket har övergått till konceptet och fokus på hållbar hälsa.
- Samarbetet fokuserar på att fostra nästa generations ledare – för forskning, politik och akademiskt ledarskap.

Utbildning och forskning för barnmorskor i låginkomstländer

Både Högskolan Dalarna och Karolinska Institutet har under flera år samarbetat med olika universitet i låg- och medelinkomstländer med att bygga upp barnmorskeutbildningar och utveckla master- och forskarutbildning för barnmorskor, bland annat i Somalia, Etiopien (K. Erlandsson et al., 2021) och Bangladesh (Kerstin Erlandsson, 2023; K. Erlandsson et al., 2019). Med en befolkning på 140 miljoner finns ett stort behov av barnmorskor i Bangladesh. För att utbilda alla dessa barnmorskor behövs barnmorskelärare. Högskolan Dalarna har utbildat de första 150 barnmorskelärarna i Bangladesh med motsvarande en magisterutbildning, med stöd av Sida, Vetenskapsrådet och UNFPA.

Att på det här sättet också höja statusen på barnmorskeyrket och på andra vårdyrken bidrar dels till att synen på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter kan förändras i positiv riktning, dels till att göra det mer attraktivt att välja en karriär inom vården. Barnmorskan som profession behöver i många låg- och medelinkomstländer bli accepterad inom hälsosystemet och i samhället.

Utmaningar och möjligheter för global hälsoforskning

För att nå de ambitiösa målen i Agenda 2030 räcker det inte med att fortsätta i samma hjulspår som tidigare. För att kunna uppnå målen är det nödvändigt med bättre kapacitet att bedriva forskning i världens låginkomstländer. Forskning behövs för att förstå och utforma lösningar för agendans olika mål och för bättre evidens om hur biståndet ska kunna göra mest nytta. Samtidigt är det centralt att resursstarka länder med god forskningskapacitet, som Sverige, fortsätter att bidra till att uppfylla de globala målen med full kraft – inte minst genom satsningar på forskning och innovation inom

global hälsa där vi har ett bra ”track record” och sedan tidigare har gjort stora investeringar som även gynnar Sverige.

EU:s strategi för global hälsa, ”Bättre hälsa för alla i en föränderlig värld”, utgör en ram för EU:s hälsopolitik fram till 2030 (EU Global Health Strategy, 2022). Forskning identifieras som en av tre viktiga förutsättningar för bättre global hälsa. Jämlika och ömsesidiga partnerskap samt ett multisektoriellt arbete betonas också. Genom det europeiska samarbetet kan vi få större utväxling av det vi gör i Sverige och öka våra påverkansmöjligheter och vår biståndseffektivitet inom både hälsa och forskning. Om vi inte vill reduceras till att enbart vara finansärer utan också kunna ha inflytande och dra nytta av det europeiska samarbetet för egen del krävs också kunniga erfarna svenska experter och forskare inom global hälsa. För att en ny generation svenska forskare och experter ska kunna formas krävs också satsningar på forskningsfältet global hälsa.

Jämlika partnerskap – varifrån drivs och styrs forskningen?

Av etiska skäl, men även för relevans och kvalitet, är jämlika partnerskap i forskning ett mål att sträva efter. Ett (mer) jämlikt samarbete mellan forskare i låg- och höginkomstländer förutsätter att såväl formulerandet som besvarandet av forskningsfrågor sker jämbördigt, likväl som publiceringen av resultaten. Detta är mer än en finansieringsfråga; det kräver ömsesidig tilltro och transparens. Målet måste vara ett lokalt ”ägarskap” av forskningen. Enligt vår erfarenhet tar det lång tid att nå en sådan nivå, och det förutsätter långa samarbeten, periodiska fysiska vistelser (erfarenheter under pandemin har dock medfört bättre förutsättningar för samarbete på distans) och tät kommunikation. Förutsättningarna för jämlika partnerskap ökar med tydlighet i samarbets- och projektstyrning samt användande av verktyg, till exempel i förväg överenskomna riktlinjer för publikationer. En trend inom forskningen är ett ökat intresse för avkolonisering av global hälsa (Kumar, Khosla, & McCoy, 2024).

Tekniköverföring och public-private partnerships

Efter erfarenheter under covid-19-pandemin av att inte få tillgång till vaccin beslutade Afrikanska unionen (AU) att satsa stort på att bygga upp en regional vaccinproduktion (ACDC, 2022). Målsättningen är att gå från nuläget 1 procent av kontinentens vaccinförbrukning tillverkad på kontinenten till 60 procent 2040. Ambitionen omfattar även diagnostika och terapeutika. Den afrikanska smittskyddsmyndigheten (Africa CDC) leder satsningen, som kräver ett mångfaldigande av relevant kompetens på den afrikanska kontinenten för såväl forskning och utveckling som för tillverkning, där privata företag spelar en viktig roll.

EU satsar stort finansiellt på detta område via ett Team Europe-initiativ (EU, 2024). Detta behov av snabb och massiv kunskaps- och tekniköverföring i nya konstellationer kräver en fortsättning och vidareutveckling av de vedertagna samarbetsformerna för global hälsoforskning. Det kräver också att man stärker deltagandet från forskning och akademi i Sverige och i övriga EU för att komplettera Team Europe-satsningarna i enligt intentionerna i EU:s globala hälsostrategi.

Kunskapsimplementering

Mycket kunskap når aldrig fram till de som behöver den, eller tar väldigt lång tid att omsättas i praktiken. Lancetkommissionen om kvalitet i hälsosystem i låg- och medelinkomstländer uppskattade att 5 miljoner människor dör per år på grund av dålig vårdkvalitet och att 3,6 miljoner dör för att de inte nåddes av vård (Kruk et al., 2018). Vidare upprepas det ofta att det tar många år för en upptäckt eller innovation att omsättas i klinisk praxis och att mycket kunskap aldrig kommer en majoritet av behövande till godo (Morris, Wooding, & Grant, 2011). Detta pekar på ett behov av ökat fokus på så kallad implementeringsforskning, för jämlikare och effektivare omsättning av kunskap i praktik (Peterson et al., 2023).

Behov av tvärvetenskaplig forskning

Hälsans sociala bestämningsfaktorer handlar till stor del om sådant som ligger utanför hälso- och sjukvårdens sfär, och megatrender som urbanisering och klimatförändringar kan påverka hälsans grundförutsättningar negativt, till exempel tillgång till mat och vatten, ren luft och temperatur. Många av forskningsfrågorna som är aktuella framöver inom global hälsa kräver därför samverkan mellan många discipliner. Samtidigt är fortfarande såväl utlysning-, bedömnings- och meriteringssystem väsentligen disciplinära. Detta kräver förändringar hos både forskningsfinansiärer och akademi. När vi betänker behoven av att också vidareutveckla samarbetet med såväl privata sektorn som med offentliga aktörer för att öka implementeringen av kunskap blir behoven av förändring än mer påtagliga.

Återväxten

Många studenter, lärare, forskare och professorer – kapitelförfattarna inkluderade – har först kommit i kontakt med området global hälsa via stödformer som det numera nedlagda Linneus-Palme-stipendierna för student- och lärarutbyten, de först borttagna och nu återinförda Minor Field Studies-stipendierna för högskolestudenter och Junior Professional Officer-programmen för rekrytering till bland annat FN-systemet. Dessa program har tillsammans med u-forsk samt samarbeten och kontakter som knutits via bilaterala forsknings-samarbeten erbjudit unga människor i Sverige möjlighet till såväl god utbildning, som möjligheter att inrikta sig professionellt inom global hälsa och utveckling.

Swedev³ genomförde 2024 en enkät med forskare i olika discipliner om effekterna av nedläggningen av stödet som förmedlats av Vetenskapsrådet för utvecklingsrelevant forskning via svenska

³ The Swedish Development Research Network (Swedev)
<https://www.swedev.dev/about-swedev/>.

universitet. Redan inom ett år efter nedläggningen 2023 rapporterade mer än hälften av forskarna att de bytt inriktning på sin forskning (Swedev, 2024). Detta gällde redan etablerade forskare. För återväxten av nya generationer forskare är situationen sannolikt värre. Situationen är paradoxal: Masterprogrammen i global hälsa tillhör de alla mest eftertraktade med högt söktryck. De som sedan önskar gå vidare för att göra global hälsa till sin karriär får det dock mycket svårt. De riktade satsningar på Sverigebaserade forskarstudenter och yngre forskare som tidigare gjordes via Vetenskapsrådet är nu borta, utan att ha ersatts av något annat stöd som på längre sikt kan gynna återväxten av svenska experter inom området. Många handledare tvingas därför, enligt vår erfarenhet, att enbart rekrytera utlandsbaserade doktorander, med lägre total kostnad som följd. Inför framtiden är denna utveckling oroande. Det gäller att säkerställa att Sverige har ett tillräckligt antal experter inom global hälsa – både för forskning, policyarbete och implementering.

Finansiering

Sju av världens åtta miljarder människor bor i låg- och medelinkomstländer, och mer än 700 miljoner människor lever i extrem fattigdom – och den tidigare sjunkande trenden avbröts 2015. Samtidigt investeras bara en bråkdel av världens forskningsresurser i att lösa problem i just låg- och medelinkomstländer. År 1990 var den svenske nobelpristagaren Sune Bergström 1 av 12 kommissionärer som i ”Commission on Health Research and Development” myntade begreppet ”10:90-gapet” – det vill säga att mindre än 10 procent av de globala hälsoforskningsresurserna investerades i forskning om ohälsa som drabbade mer än 90 procent av världens befolkning (The Commission on Health Research for Development, 1990). Tyvärr kvarstår detta gap. WHO rapporterar att 2020 investerades totalt 36 miljarder US-dollar för biomedicinsk forskning i världen, varav endast 85 miljoner (0,2 procent) i låginkomstländer, och 380 miljoner (1 procent) i medelinkomstländer (WHO, 2023).

ATT det behövs någon sorts styrning av medel till långsiktig global hälsoforskning står alltså klart. Vi behöver inte återgå till det som varit men för fortsatt svensk forskning i låginkomstländer, där utmaningar är större och ser annorlunda ut än i andra kontexter, krävs någon form av särskilda riktade satsningar.

HUR detta ska gå till behöver bli föremål för diskussion och innovation.

Vart är vi på väg? Hur skulle svensk global hälsoforskning kunna se ut i framtiden?

Formerna – ett omtag för global hälsa

Efter de snabba förändringarna av tidigare stödformer behöver vi nu skapa nya förutsättningar och långsiktiga finansieringsmodeller för forskning och innovation för global och hållbar hälsa. Hela den statliga forskningsfinansieringen genomgår en förändringsprocess efter Forskningsfinansieringsutredningens betänkande⁴. En ny forskningsfinansiering kan skapa möjligheter för nya arbetsformer, bland annat med större möjligheter att kombinera discipliner, till exempel medicin och teknik, i ansökningar. Utredaren Ingrid Pettersson sammanfattar förslagen i en intervju (Beste, 2024):

”Det stora ändringsförslaget är att all statlig forskningsfinansiering, som inte fördelas som direkta basanslag till lärosätena, ska kanaliseras via tre stora myndigheter: Vetenskapsmyndigheten, Myndigheten för strategisk forskning och Innovationsmyndigheten. De föreslås ersätta befintlig forskningsrådsstruktur och tanken är att de också ska fördela alla de forskningsmedel som i dag går via ett stort antal myndigheter.”

⁴ Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation
SOU 2023:59

Finansieringen behöver vara långsiktig och förutsägbar för att möjliggöra att en tillitsfull och jämbördig relation i internationella forskningssamarbeten kan utvecklas, såväl som för att utveckla och bibehålla kontextuell kunskap i Sverige. Vidare har behovet av finansiering för tvärvetenskaplig forskning redan påtalats samt behovet av att i tillägg till grundforskning även finansiera tillämpad forskning och implementeringsforskning. Bortom det kommande nya offentliga forskningsfinansieringslandskapet bör även filantropisk och privat sektor-finansiering utformas för att stödja denna typ av – även för Sveriges behov – essentiella forskning.

Med den kapacitet som byggts i både Sverige och samarbetsländer kan sedan globalt ledande forskningsmedel sökas i konkurrens genom ordinarie forskningsrådsansökningar, och inom de tematiska prioriteringar som till exempel forskningsbetänkandet anger. Det framstår dock som utopiskt att enbart förlita sig på finansieringsformer som inte är riktade eller öronmärkta för att bygga kapacitet, organisationer och kontextkunskap för samarbete med låg- och medelinkomstländer. Där behövs biståndet.

För implementeringsforskning finns möjligheten att integrera forskning och utvärdering som en komponent av allt bistånd. Liknande modeller har tidigare använts, till exempel inom det globala arbetet mot hiv/epidemin, där det i globala riktlinjer för givare poängterades att 5–10 procent av en budget borde gå till uppföljning och utvärdering. Utmaningen blir här att utveckla uppföljning och utvärdering av mer traditionellt karaktär till att genomföras som integrerad forskning och lärande för att förbättra implementering (S. S. Peterson, 2024).

Vilken budget ska betala vad?

Förutsättningarna för finansiering av forskning, och av forskare/lärare inom global hälsa, har alltså förändrats kraftigt under 2022–2023. Där biståndet tidigare direkt och indirekt stödde såväl forskningssamarbeten som forskningskapacitetsbygge både i

mottagarländer och i Sverige behöver nu nya finansieringsformer och källor identifieras. Här bör vi även diskutera vad som hör hemma i svenska utbildnings- och forskningsbudgetar för att säkerställa Sveriges tillgång på kompetens och kunskap, och vad som hör hemma i bistånds-, handels- och klimatomställningsbudgetar. Båda dessa finansieringsspår behövs, och med större volymer, för att säkerställa såväl Sveriges som fattiga länders behov. Statens investering för att säkerställa framtida återväxt av lärare och experter för utbildning och Sveriges medverkan i internationella organisationer kan likaså behöva delas mellan utbildnings- och biståndsbudgetarna.

I den nya forskningspropositionen som ska presenteras i slutet av 2024 har regeringen aviserat en satsning på ökade forskningsanslag med inriktning på excellent forskning samt forskning och innovation för banbrytande teknik. För en global hållbar hälsa behövs sannerligen både excellent forskning och banbrytande teknik, inte minst gäller det nya metoder för att arbeta med precisionshälsa som behöver tillämpas även i låg- och medelinkomstländer (Swartling Peterson, Kobusingye, Mayega, Orem, & Waiswa, 2024).

Självklart ska forskning för global hälsa finansieras från Utbildningsdepartementets budget, via de nya forskningsmyndigheter som vi troligen får framöver. Prioriterade områden som aviserats är ”banbrytande teknik” och ”life science” och det stämmer in på mycket av den forskning som görs inom global hälsa (Regeringskansliet, 2024). Men de möjligheterna kommer sannolikt inte att vara tillräckliga för att finansiera forskning om hälsa för människor som lever i fattigdom i världens minst utvecklade länder. Vi menar att det behövs en finansieringsmekanism som möjliggör fortsatt svensk forskning om hälsa i låg- och medelinkomstländer, med riktade forskningsanslag.

Ett tätare samarbete med företag och filantroper kan också spela en viktig roll i framtidens globala hälsoforskning. Detta var tydligt under till exempel covid-19-pandemin och även nu i det samarbete som Team Europe driver för att öka vaccinationstillverkningskraften i Afrika, vilket diskuterats ovan. Det är dock naivt att tro att privat kapital

skulle kunna ersätta statliga satsningar. Det ena bygger på det andra. Tillsammans kan det dock öka möjligheterna för banbrytande forskning och innovation.

Tematik eller relevans?

Global hälsa är ett brett område och svårt att avgränsa. Detta försvårar möjligheten att genomföra tematiska satsningar. Därför är det viktigt att forskningsutlysningar har någon form av relevans-kriterium. I tidigare utlysningar för utvecklingsforskning via Vetenskapsrådet, som numera avvecklats, behövde sökande motivera relevansen av den föreslagna forskningen för global utveckling. Ett relevans-kriterium i kombination med en uttalad målsättning om hur stor andel av forskningsanslag som ska satsas på forskning och innovation av relevans för låg- och medelinkomstländer vore därför önskvärt. Ett relevans-/fördelningskriterium skulle också fungera väl ihop med den typ av tematiska prioriteringar som den kommande forskningspropositionen sannolikt kommer att föreslå.

“Yes we can and yes we must”

Utmaningarna och behoven är väldiga — men det är också möjligheterna. Och Sverige har definitivt en viktig roll att spela. För att lyckas krävs dock en vision om var vi vill vara 2035, och att vi sedan planerar bakåt för att se till att skapa förutsättningar för att nå målet. För att lyckas krävs att vi satsar resurser men också att vi satsar på innovativ och tvärvetenskaplig forskning, även inom komplexa områden. Det behövs en svensk resursbas med ett internationellt nätverk och erfarenhet av forskningssamarbete med kollegor i låginkomstländer även i framtiden för att kunna planera, genomföra och utvärdera svenskt forskningsstöd inom global hälsa. Det krävs mer medel för forskning, inte mindre, för att Sverige ska kunna vara en aktör att räkna med inom global hälsa om 10–15 år. Detta är av avgörande vikt för världens hälsa, likväl som för hälsan för kommande generationer i Sverige.

Referenser

- ACDC. (2022). *Partnerships for African Vaccine Manufacturing (PAVM) Framework for Action*. Retrieved from <https://africacdc.org/download/partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-for-action/>
- Awor, P., Kalyango, J. N., Stålsby Lundborg, C., Ssengooba, F., Eriksen, J., & Rutebemberwa, E. (2022). Policy Challenges Facing the Scale Up of Integrated Community Case Management (iCCM) in Uganda. *Int J Health Policy Manag*, 11(8), 1432–1441.
- Beste, L. (2024). Fri forskning finns i dag och behövs i morgon. Retrieved from <https://universitetslararen.se/2024/02/12/fri-forskning-finns-i-dag-och-behovs-i-morgon/>
- Brodén Gyberg, V. (2023). *Sweden's research aid policy : the role of science in development*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- CESH. (2024). Centre of Excellence for Sustainable Health (CESH). Retrieved from <https://cesh.health/>
- Doughnut Economics. (2017). Raworth, K. (2017), Doughnut Economics: seven ways to think like a 21st century economist. London: Penguin Random House.
- Erlandsson, K. (2023). Dags för Bangladesh att ta över utbildningen av barnmorskelärare. Retrieved from <https://barnmorskan.se/dags-for-bangladesh-att-ta-over-utbildningen-av-barnmorskelarare/>
- Erlandsson, K., Byrskog, U., Osman, F., Pedersen, C., Hatakka, M., & Klingberg-Allvin, M. (2019). Evaluating a model for the capacity building of midwifery educators in Bangladesh through a blended, web-based master's programme. *Glob Health Action*, 12(1).
- Erlandsson, K., Lindgren, H., Wettergren, L., Mekuriaw, A., Berta, M., Melkamu, M., . . . Christensson, K. (2021). Half-time evaluation of a new 4-year Ph.D. program in nursing and midwifery at the University of Gondar, Ethiopia. *Glob Health Action*, 14(1), 1905304.
- EU. (2024). Team Europe Initiatives. Retrieved from https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/team-europe-initiatives_en#what-is-team-europe

EU Global Health Strategy. (2022). *Better Health For All in a Changing World*. Retrieved from https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/international_ghs-report-2022_en.pdf

Gapminder. (2023). Life expectancy increased. Retrieved from <https://www.gapminder.org/facts/life-expectancy-increased/>

Garcia-Basteiro, A. L., & Abimbola, S. (2021). The challenges of defining global health research. *BMJ Glob Health*, 6(12).

Gupta, J., Bai, X., Liverman, D. M., Rockström, J., Qin, D., Stewart-Koster, B., . . . Gentile, G. (2024). A just world on a safe planet: a Lancet Planetary Health-Earth Commission report on Earth-system boundaries, translations, and transformations. *Lancet Planet Health*.

KI. (2022). Occupational therapist Susanne Guidetti improves the lives of people with stroke. Retrieved from <https://news.ki.se/occupational-therapist-susanne-guidetti-improves-the-lives-of-people-with-stroke>

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373(9679), 1993-1995.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392(10160), 2203-2212.

Kumar, R., Khosla, R., & McCoy, D. (2024). Decolonising global health research: Shifting power for transformative change. *PLOS Glob Public Health*, 4(4), e0003141.

Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med*, 104(12), 510-520.

Nabyonga, J., & Orem, J. (2014). From knowledge to policy: lessons from Africa. *Sci Transl Med*, 6(240), 240ed213.

Peterson, H. B., Dube, Q., Lawn, J. E., Haidar, J., Bagenal, J., & Horton, R. (2023). Achieving justice in implementation: the Lancet Commission on Evidence-Based Implementation in Global Health. *Lancet*, 402(10397), 168–170.

Peterson, S. S. (2024). Embedded implementation research in programming at scale - the new normal to be! *BMC Pediatr*, 23(Suppl 1), 650.

Raworth, K. (2012). *A safe and just space for humanity: can we live within the doughnut?* Oxfam.

Regeringskansliet. (2022). *Strategi för Sveriges utvecklings-samarbete inom forskning för fattigdomsbekämpning och hållbar utveckling 2022–2028*. Retrieved from <https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/strategi-for-sveriges-utvecklings-samarbete-inom-forskning-for-fattigdomsbekampning-och-hallbar-utveckling-2022-2028/>

Regeringskansliet. (2024). *Forsknings- och innovationspropositionen 2024*. Retrieved from <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/forsknings--och-innovationspropositionen-2024/>

Sewankambo, N., Tumwine, J. K., Tomson, G., Obua, C., Bwanga, F., Waiswa, P., . . . Peterson, S. (2015). Enabling dynamic partnerships through joint degrees between low- and high-income countries for capacity development in global health research: experience from the Karolinska Institutet/Makerere University partnership. *PLoS Med*, 12(2), e1001784.

Swartling Peterson, S., Kobusingye, O., Mayega, R., Orem, J., & Waiswa, P. (2024). A life-course multisectoral approach to precision health in LMICs. *Nat Med*, 30(7), 1813–1815.

Swedev. (2024). *The consequences of development research funding cuts*. Retrieved from <https://www.swedev.dev/report-the-consequences-of-development-research-cuts/>

The Commission on Health Research for Development. (1990). *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Retrieved from https://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf

Vetenskapsrådet. (2023). *Forskningsöversikt 2023: Utvecklingsforskning*.

Wanyenze, R. K., Alfvén, T., Ndejjo, R., Viberg, N., Båge, K., Batte, C., . . . Health, P. (2023). Sustainable health—a call to action. 1(1), 3.

WHO. (2023). Investments on grants for biomedical research by funder, type of grant, health category and recipient in 2020 Retrieved from <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/investments-on-grants-for-biomedical-research-by-funder-type-of-grant-health-category-and-recipient>

Windahl Pontén, A., & Andersson Burnett, L. (2021). Linnés förhållande till rasism är komplicerat. Retrieved from <https://www.uu.se/nyheter/2021/2021-05-05-linnes-forhallande-till-rasism-ar-komplicerat>

10 Transition med utmaningar: hälso- och sjukvårdssektorn i Ukraina

Lotta Sylwander

- Kriget i Ukraina har fått förödande konsekvenser för människors hälsa och för hälso- och sjukvården.
- Ukraina har stora utmaningar i form av en åldrande befolkning och en hög förekomst av icke smittsamma sjukdomar där livsvillkor och livsstil spelar en stor roll.
- En reformprocess för hälso- och sjukvården pågår i Ukraina sedan 2017. Reformarbetet och återuppbyggnaden måste gå hand i hand.
- Stora satsningar på bland annat förebyggande folkhälsoarbete, primärvård och rehabilitering behövs.
- Sverige är och kan vara en viktig partner till Ukraina i både reformarbetet och i återuppbyggnaden av hälsosektorn.

Inledning

Rysslands fullskaliga och oprovocerade invasion av Ukraina 2022 har haft en förödande effekt på landet och dess invånare. Landet var redan tyngt av den konflikt som började 2014 och som fortsatte till 2022 genom ett lågintensivt krig i den så kallade Donbassregionen. Östra Ukraina var en region i beredskap och med ständig osäkerhet som dagligen gjorde sig påmind genom attacker längs kontaktlinjen mellan

de ockuperade områdena och resten av Ukraina. Ukraina har lidit stora mänskliga och ekonomiska umbäranden sedan 2014 och fram till idag, vilka kommer ha långtgående effekter även när kriget är slut.

Figur 1: Karta över Ukraina



Källa: Utrikespolitiska institutet (Utrikesmagasinet, 2024).

Alla sektorer i samhället påverkas av kriget. Ekonomin försvagas, infrastrukturen förstörs, el- och vattenförsörjningen sviktar och det allmänna reformarbetet saktar ner. Inte minst påverkas hälso- och sjukvårdssektorn (Roborgh, 2022). Kriget tar stora resurser i anspråk, och hälso- och sjukvården försvagas av förstörd infrastruktur, brist på utbildad personal och en delvis ineffektiv hälso- och sjukvårdsapparat. Enligt ett index över mänsklig utveckling¹

¹ Human Development Index (HDI). Som jämförelse hamnar Sverige på plats 5 i samma mätning.

som FN:s utvecklingsprogram (UNDP) tar fram, hamnade Ukraina på plats 100 av 174 länder 2023–2024 (UNDP, 2024). Det är ett stort tapp från 86:e platsen 2021. Det innebär att landet kommer att vara beroende av ekonomiskt stöd från EU och andra givare framöver för att fullfölja arbetet med reformer och återuppbyggnad.

Kriget har också lett till ett ökat behov av specialistvård, samtidigt som sjukvården förväntas fortsätta leverera basal allmän hälso- och sjukvård till befolkningen medan hälsocentraler och sjukhus bombas och beskjuts på daglig basis av Ryssland och sjukvårdspersonal utsätts för livsfara i sitt dagliga värv. Trots utmaningarna har hälso- och sjukvårdssystemet visat en överraskande motståndskraft och har i stor utsträckning kunnat leverera grundläggande sjukvård av god kvalitet trots kriget (WHO, 2023a).

Samtidigt pågår sedan 2017 en reformering av hälso- och sjukvårdssektorn i Ukraina. Reformarbetet fokuserar på att skapa ett hälsosystem som utifrån tillgängliga resurser kan svara mot befolkningens behov och som kan tillhandahålla en tillgänglig kvalitativ vård på ett effektivt sätt (Lancet, 2022). Samtidigt måste systemet vara riggat för att hantera akuta situationer som krig. Rent allmänt är det svårt att reformera ett hälso- och sjukvårdssystem, inte minst i länder med en historia och struktur som Ukraina. I Ukraina försöker man dessutom fortsätta reformarbetet mitt under brinnande krig! Återuppbyggnaden måste gå hand i hand med ett omfattande reformarbete.

Ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem är en grundbult i ett demokratiskt och utvecklat land. En frisk befolkning är också en mer produktiv befolkning. Att vårda sin befolkning leder till tillit, trygghet och tillväxt. Det råder ingen tvekan om att Ukraina har den politiska visionen och viljan att bygga upp ett jämlikt, tillgängligt, kompetent hälso- och sjukvårdssystem som motsvarar befolkningens behov och når alla. Trots att utmaningarna är i det närmaste oöverstigliga, så utgör kriget och dess destruktion en möjlighet att på djupet reformera och förändra hela hälsosystemet.

I det här kapitlet beskriver jag vilka reformer som pågår inom hälso- och sjukvårdsystemet med utgångspunkt i det arbete som påbörjades före 2022 och hur man samtidigt kan återställa det som förstörts i kriget. Jag diskuterar också hur svenskt bistånd kan bidra till att förstärka och förbättra hälso- och sjukvården i Ukraina.

Folkhälsa och effekter av kriget

Befolkningen i Ukraina hade redan före kriget en av de lägsta förväntade medellivslängderna i Europa, med stora skillnader mellan könen. Medellivslängden är 75,8 år för kvinnor och 65,4 år för män (WHO, 2024b). Ukraina har överlag en åldrande befolkning med en medianålder på 45 år (jämfört med Sveriges 41 år). Utvandringen på grund av kriget har bidragit till en kraftig minskning i landet av utbildade personer i åldersgruppen 20–50 år. Före kriget uppgick Ukrainas befolkning till 41 miljoner personer, men sedan den fullskaliga invasionen beräknas 6 miljoner ha lämnat landet, till stor del yngre personer och främst kvinnor och barn. Män i stridbar ålder är i hög grad inkallade till kriget. Kvar i städerna och framför allt på landsbygden finns många äldre och familjer som antingen väljer att stanna kvar eller som saknar resurser att ta sig någon annanstans. Dödsfall bland stridande och den pågående flykten ut ur landet leder till allt fler kvinnoledda hushåll och en större andel äldre bland den kvarvarande befolkningen.

Siffror från juli 2024 visar att 190 000 personer, civila och militära, har skadats och att 70 000 personer har dödats i kriget mot Ryssland. Omkring 2 000 barn har dödats (Unicef, 2024a). Siffrorna är dock mycket osäkra och sannolikt en underskattning. Därutöver saknas många personer.

Sjukdomsbörda

De folkhälsoproblem som fanns sedan tidigare har förstärkts och förvärrats av kriget. Ohälsosamma levnadsvanor – framför allt bland män – med för mycket alkohol, rökning, dålig mat, övervikt, droger och stillasittande – har lett till att sjukdomsbördan och dödligheten i icke smittsamma sjukdomar (NCD) som hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar, diabetes och cancer är hög. Icke smittsamma sjukdomar står för 9 av 10 förtida dödsfall (WHO, 2024b). Ukraina har också en relativt hög förekomst av tuberkulos och hiv, även om dödligheten sjunkit (The Global Fund, 2024). Folkhälsan har även påverkats negativt av kriget genom att många människor inte har tillgång till hälso- och sjukvård i de områden som ockuperats av Ryssland eller i områden där striderna är som intensivast. Kriget har ofrånkomligt haft en mycket negativ påverkan på befolkningens hälsa i Ukraina.

Funktionsnedsättning

Omkring tre miljoner ukrainare beräknas leva med olika funktionsnedsättningar, orsakade av både sjukdomar och skador (Machlouzarides & Uretici, 2024). Bristen på förebyggande arbete, vård och rehabilitering förvärrar situationen ytterligare. Antalet skadade i kriget stiger dagligen bland såväl civilbefolkningen som militären. Tillgången till rehabilitering och specialiserad vård för krigsskador har ökat under kriget men är fortfarande svårt eftersatt.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa i befolkningen, hos både unga och vuxna, är ett eftersatt problem med små möjligheter för de drabbade att få hjälp eller behandling, bland annat på grund av brist på vård- och behandlingsvägar och utbildad personal. Förekomsten av suicid bland män är den högsta i Europa (European Observatory, 2021). Också här är behoven ständigt ökande. Många som deltagit eller deltar i strider

visar tydliga tecken på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra psykiska problem. Unicef beräknar att 1,5 miljoner barn riskerar depression, ångest eller PTSD (Unicef, 2024b).

Vaccinationer

Den låga täckningsgraden av rutinvaccinationer för barn, ca 60–65 procent, har lett till både polioutbrott och större mässlingsutbrott i Ukraina. Kriget har ytterligare försvårat genomförandet av vaccinationer, och hotet om större utbrott av mässling och andra smittsamma sjukdomar är därför ständigt närvarande (Holt, 2024).

Antimikrobiell resistens

Antimikrobiell resistens (AMR) är ett stort problem i Ukraina och problemet har förvärrats genom kriget (IHME, 2022). Antibiotika var tidigare inte receptbelagt i Ukraina och användningen av antibiotika har varit hög. Under covid-19-pandemin förekom att patienter behandlades med antibiotika även efter att det blev allmänt känt att detta var verkningslöst. Ukraina har idag en nationell strategi för att motverka AMR. Resistensutvecklingen försvårar behandlingen av krigsskador och bidrar till den höga dödligheten (Kuzin et al., 2023).

Ojämlig hälsa

Hälsosektorn måste på olika sätt ta itu med de stora ojämlikheterna och orättvisorna i hälsa och inom hälso- och sjukvårdssystemet. Regionala skillnader, ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård mellan landsbygd och städer, höga kostnader och stora skillnader mellan könen när det gäller förekomst av riskfaktorer och sjukdomsburda gör att sjuk- och hälsovården haltar betänkligt. Mäns avsevärt lägre medellivslängd är ett resultat av livsvillkor samt kulturella och strukturella faktorer. Ovanpå detta kommer kriget och dess effekter. Våld i hemmet har också ökat efter krigsutbrottet (CEPA, 2023).

Covid-19-pandemin

Covid-19 innebar en dubbel börda för hälso- och sjukvården i Ukraina (Uwishema et al., 2022). Vårdapparatusens brist på material, teknik och uppdaterad kunskap blev märkbar. Sjukhusen saknade skyddsutrustning, det fanns inte tillräcklig tillgång till syrgas och många lokaler var dåligt utrustade för att förhindra smittspridning.

Under covid-19-pandemin märktes bristen på förtroende för hälso- och sjukvården. Det fanns en stor tveksamhet hos befolkningen mot att vaccinera sig och i januari 2022 var vaccinationstäckningen endast 45 procent bland vuxna (Ukrinform, 2022).

Hälso- och sjukvårdssystemet i Ukraina

Arvet från Sovjetunionen

Ukraina ärvde vid självständigheten 1991 ett sovjetiskt hälso- och sjukvårdssystem som var centraliserat, specialiserat och i högsta grad ojämnt med inbyggd korruption. Detta system, som till viss del fortfarande finns kvar, var centraliserat till större städer och byggde på stora sjukhus med specialistvård men med ett mycket svagt primärvårdssystem både i städerna och på landsbygden. Resultatet blev överbelastade sjukhus – dels av patienter med mindre allvarliga sjukdomar som primärvården hade kunnat hantera, dels av patienter med allvarliga sjukdomar som ofta fått sin diagnos sent, alltför sent, i sjukdomsförloppet. Det fanns ett dåligt skydd mot höga sjukvårdskostnader. Detta ledde till katastrofala hälsoutgifter för människor, vilket raserade privatekonomin och utgjorde ett hinder för att söka vård.

Förtroendet är av historiska skäl lågt för den statliga hälso- och sjukvården, vilket bidrar till att människor hellre söker sig till privat sjukvård eller undviker sjukvården helt och hållet. Det finns en misstro mot den statliga hälso- och sjukvården som hänger kvar

sedan Sovjettiden (Colborne, 2016). Ett annat arv från Sovjettiden är en attityd inom hälso- och sjukvården att patienter mest är till besvär och inte behöver informeras om behandlingar eller ingrepp.

Den statliga vårdapparaten har stor brist på allmänläkare, men har å andra sidan förhållandevis många specialistläkare som hanterar en mycket liten del av vårdbehovet. Fyra av fem läkare är specialistläkare; i EU är genomsnittet tre av fem (WHO 2023). Statusen och lönerna för allmänläkare är låg, och det finns en ovilja att arbeta i primärvården bland både läkare och sjuksköterskor. Antalet sjuksköterskor minskade redan före kriget och trenden har fortsatt. Kriget har inneburit att många läkare och sjuksköterskor har lämnat landet. Personalbristen är akut, speciellt på landsbygden. Faktorer som bidrar till det är låga löner och begränsade möjligheter till professionell utveckling och karriär. Sjukvårdspersonal var och är dåligt betald. Före reformen tjänade primärvårdsläkare mindre än 300 US-dollar per månad och primärvårdssjuksköterskor tjänade mindre än 150 US-dollar per månad. (Swecare, 2024b). Efter att reformarbetet inleddes har lönerna börjat öka, men de ligger fortfarande lågt i ett internationellt perspektiv.

Barnmorskor är inte en etablerad yrkesgrupp i det ukrainska hälsosystemet. Det har bidragit till att mödra- och barnavård varit eftersatt. Mödrar med komplikationer har inte fått kvalificerad vård i tid och frånvaron av barnmorskor leder till onödiga komplikationer vid födsel samt hög spädbarnsdödlighet (WHO, 2024b).

Reform- och återuppbyggnadsarbetet

Sedan självständigheten har hälsosystemet genomgått en långsam reformeringsprocess som tog riktig fart först efter 2014 när mer reformvänliga regeringar tog över. En genomgripande sjukvårdsreform påbörjades 2017 när en ramlag antogs som skulle garantera alla medborgares rätt till hälso- och sjukvård (WHO, 2024c). År 2018 bildades Ukrainas nationella hälso- och sjukvårdsorganisation (NHSU, motsvarande en svensk myndighet) för genomförande,

upphandling och beställning av hälso- och sjukvård. Upphandlings-systemet inom hälso- och sjukvården har länge varit en källa till stora och onödiga kostnader, vilket reformen syftar till att minska.

En starkt bidragande faktor till det ineffektiva och ojämlika systemet är utbredd korruption på alla nivåer. I januari 2023 rankade Transparency International Ukraina på plats 116 av 180 länder i sitt Corruption Perceptions Index. Samtidigt noterade man att betydande framsteg gjorts under det senaste decenniet (Transparency International, 2023). Korruptionen har även bidragit till att varor och tjänster som upphandlats tidigare ofta har brustit i kvalitet. En av NHSU:s viktigaste uppgifter är att bekämpa korruptionen.

Det reformerade, och till viss del decentraliserade, hälso- och sjukvårdssystemet i Ukraina har en beställar-utförarmodell som började införas 2018, där endast Medical Procurement Agency (en myndighet under NHSU) kan upphandla och beställa vård. Ett obligatoriskt, certifierat system för upphandling är infört för all statlig, regional och kommunal upphandling. Syftet är effektivisering och professionalisering samt större transparens och systemet ska utgöra en bättre försäkring mot korruption (WB, 2023a). Sjukvårdstjänster som upphandlats levereras sedan under det så kallade Programme of Medical Guarantees, vilket etablerades 2020 för att garantera finansiering av prioriterade delar av hälso- och sjukvården, och säkerställa att regionerna får ersättning för kostnader och service.

Att Ukraina siktar på ett EU-medlemskap möjliggör ett lärande av EU-länderna. Det möjliggör också stöd och resurser från EU och enskilda EU-länder. Redan före den fullskaliga ryska invasionen hade Ukraina ett nära och omfattande samarbete med FN-systemet, speciellt Unicef och Världshälsoorganisationen (WHO), EU och dess medlemsländer samt med USA och Världsbanken i sitt reformarbete av hälso- och sjukvården. De olika delarna av hälso- och sjukvårdssystemet behöver fortsatt stöd, kunskapstillförsel, finansiella resurser och solida processer för effektivitet och transparens.

Den här omfattande och komplicerade reformen pågår mitt under ett pågående krig. Sedan den fullskaliga attacken påbörjades har 1 940 attacker mot hälso- och sjukvården i Ukraina registrerats av WHO (WHO, 2024a), inklusive attacker och bombningar av barnsjukhus och förlossningskliniker. Attacker mot hälso- och sjukvården slår ut infrastrukturen. El- och vattensystem slås ut och vägar förstörs. Återuppbyggnadsarbetet och reformarbetet pågår parallellt.

Fokus på primärvården i reformarbetet

Stort fokus i reformarbetet ligger på att bygga upp en primärvård som är tillgänglig för alla och anpassad efter befolkningens behov (WHO, 2023b, 2024d). Koordinering inom hälso- och sjukvården och samordningen med andra sektorer som sociala myndigheter är också avgörande för att förbättra hälsosituationen i landet, inte minst för barn, och för att minska ojämlikheten i hälsa mellan grupper.

Grundläggande allmän primärvård som fokuserar på prevention och främjande av ett hälsosammare liv är centralt när Ukraina utvecklar ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Alla medborgare, oavsett bostadsort eller möjlighet att betala, har rätt till en högkvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård. Ukraina är ett geografiskt stort land (ca 600 000 km² jämfört med Sveriges ca 450 000 km²). Redan innan den fullskaliga invasionen hade Ukraina påbörjat en omdaning mot ett utbyggt primärvårdssystem i vissa regioner. Den utvecklingen fortsätter trots kriget, om än i långsammare takt. Tanken är att primärvården om 10 år ska vara ryggraden i hälso- och sjukvårdssystemet. Genom ett system med familjeläkare, fler sjuksköterskor i förhållande till antalet läkare och fler så kallade ”community health workers” som kan samarbeta med socialtjänsten, veteran tjänster och andra instanser för att bättre nå ut till befolkningen. Primärvården behöver även bedriva mer omfattande uppsökande och utåtriktade folkhälsoutbildningsinsatser till allmänheten (WHO, 2023b, 2024d).

Förutom utbyggnad av den fysiska infrastrukturen måste primärvården också göras mer attraktiv för vårdpersonalen, med högre status och bättre incitament.

Den privata sektorn

De flesta länder har ett hälso- och sjukvårdssystem som består av både statliga och privata aktörer, och Ukraina är inget undantag. Enligt NHSU fanns det över 19 000 privata hälso- och sjukvårdsföretag registrerade 2022 (WHO, 2024b). Majoriteten av dessa är små företag, bestående av en person eller ett fåtal personer som specialiserar sig på en sorts tjänster, till exempel allmänläkare, gynekolog, tandläkare eller laboratorieservice.

I Ukraina är många privata aktörer kontrakterade av NHSU för att tillhandahålla sjukvårdstjänster. Dessa tar inte betalt av vårdtagaren direkt utan ersätts av staten. Majoriteten av de privata aktörerna, nästan 95 procent, saknar dock överenskommelse med NHSU (WHO, 2024b). Det betyder att de som vänder sig till privata aktörer själva får stå för kostnaden och betala ur egen ficka.² Totalt uppgår patienternas egna utgifter till 49 procent av Ukrainas hälso- och sjukvårdskostnader (European Observatory, 2021), vilket kan jämföras med runt 15 procent för EU i genomsnitt (OECD, 2022). Det betyder att många familjer, speciellt socioekonomiskt utsatta, riskerar att drabbas av höga vårdutgifter med potentiellt katastrofala följder, eller att de helt enkelt inte får tillgång till den vård de behöver. Privata hälsoförsäkringar är ovanliga (WHO, 2023c).

² ”Out-of-pocket payments” förekommer även i det statliga systemet.

Plan för återuppbyggnad av Ukrainas hälsosystem 2022–2032

Den ukrainska regeringen har fastställt följande prioriteringar för återuppbyggnaden av hälso- och sjukvårdssystemet efter kriget:

- Stärka nationell hälso- och sjukvårdspolitik och starkare institutioner för att vägleda återhämtningsprocessen på ett effektivt sätt.
- Säkra den finansiella stabiliteten i hälso- och sjukvårdssystemet för att upprätthålla återhämtningsinsatser och framtida utveckling.
- Återuppbygga och reformera nätverket av vårdinrättningar för att förbättra tjänsteleveransen och infrastrukturen.
- Stärka hälso- och sjukvården för att möta de särskilda behoven hos den del av befolkningen som drabbats av kriget, inklusive internflyktingar och krigsveteraner.
- Förbättra och stärka personalresurserna inom hälso- och sjukvårdssystemet för att säkerställa en kvalificerad och motiverad arbetskraft.
- Förbättrad folkhälsa och krisberedskap samt förbättra beredskapen för nödsituationer för att bättre kunna hantera framtida hälsokriser.
- Utveckla e-hälsa och cybersäkerhet.
- Stärka kvalitetsledningssystemen på nationell och lokal nivå för att säkerställa en hög vårdstandard.
- Rehabilitera läkemedelssektorn för bättre tillgång till, och lämplig användning av, läkemedel.

Draft Ukraine Recovery Plan. Materials of the Healthcare System Working Group (Government of Ukraine, 2022).

För de privata aktörer som inte har NHSU-kontrakt är statens huvudsakliga åtagande att reglera verksamheten genom lagar, förordningar och standarder för att garantera kvaliteten och säkerheten i vården. Befintliga lagar och regler är omfattande och inkluderar licensiering, ackreditering, kliniska standarder och protokoll. Dessvärre finns det kryphål och begränsningar. Ett problem är att de privata aktörerna inte fullt ut bidrar till Ukrainas vision om en jämlik och tillgänglig vård för alla. Ett sätt att åtgärda detta skulle vara att ”tvinga” fler privata aktörer att skriva avtal med NHSU för att inlemma dem i systemet. Primärvården skulle kunna vinna mycket på att ha fler privata leverantörer.

Här står hälsodepartementet inför ett vägval. Möjligheterna för privata aktörer inom hälso- och sjukvården är stora men kan också innebära risker för landet och för de som söker vård om det saknas reglering och kontroll. Ukraina behöver stärka regelefterlevnaden inom den privata vårdsektorn för att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten. Det behövs också starkare styrning av den privata vårdsektorn för att de ska dela med sig av data och statistik. Delning av data är idag mycket bristfällig mellan privata och offentlig sektor.

Digitalisering

Digitalisering av processer i vården kan förenkla och snabba på olika steg i vårdkedjan och är en viktig kugge i ett reformerat hälsosystem. Datainsamling, finansiella transaktioner, receptförskrivning, inventeringar och kontakt mellan delar av systemet kan hanteras mer effektivt genom ökad digitalisering. Datainsamling och analys av folkhälsodata är en grundförutsättning för att stärka systemet och rikta insatserna dit de verkligen behövs. Flera aspekter av digitaliseringen inom sjuk- och hälsovården har redan genomförts i Ukraina, till exempel journalföring och insamling av hälsodata, vilket underlättar för personalen. Digitalisering måste också ses som en viktig del i arbetet mot korruption. Kapitel 16 i den här antologin handlar om digitalisering och hälsa mer ingående.

Finansiering

Den nationella hälsobudgeten var otillräcklig redan före kriget. Trots att Ukraina definierades som ett lägre medelinkomstland före 2022 var Ukrainas statliga hälsobudget betydligt lägre än EU-genomsnittet (European Observatory, 2021). Finansieringen av hälso- och sjukvårdssystemet kommer att vara starkt beroende av medel från utlandet under överskådlig tid. I Ukraina råder det brist på finansiering, och även om landet verkar uppnå en måttlig ekonomisk tillväxt under 2024 kommer finanspolitiken att behöva vara fortsatt stram de kommande åren (IMF, 2022). Under 2022 räckte statsfinanserna, exklusive internationellt bistånd, knappt till för att täcka försvars- och säkerhetsutgifterna, som uppgick till 48,4 procent av de totala offentliga utgifterna.

Samarbete mellan Sverige och Ukraina

Sida har sedan länge ett samarbete med Ukraina (Sida, 2024). Sverige har stöttat Ukrainas långsiktiga utveckling sedan 1998, främst med fokus på att stödja landets möjligheter att gå med i EU, stärka respekten för mänskliga rättigheter, minska korrruptionen och landets miljöpåverkan, öka demokratin och jämställdheten samt verka för fred och en hållbar ekonomisk utveckling som gynnar alla människor. Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) publicerade 2023 en underlagsrapport om svenskt bistånd till Ukraina (Olofsgård & Berlin, 2023). Två områden där Sverige gjort skillnad lyfts fram: decentralisering och ökat självstyre i de lokala administrationerna (kommuner) samt arbete med jämställdhet i budgetprocessen.

Pågående samarbeten på hälsoområdet

Sverige har i sin strategi för återuppbyggnad och reformarbete i Ukraina tydligt uttryckt ett stöd för att förbättra och återuppbygga hälso- och sjukvårdssektorn (Regeringen, 2023b). Strategin prioriterar

att bygga upp och vidareutveckla grundläggande samhällstjänster inom hälso- och sjukvård, utbildning samt stärkta sociala trygghets-system. Sverige avser också att stödja rehabilitering och förbättrad hälsa för särskilt prioriterade grupper såsom barn, unga, personer med funktionsnedsättning (inklusive krigsveteraner) och äldre.

Det finns ingen fullständig sammanställning över vilket stöd Sverige har bidragit med på hälsoområdet sedan Rysslands fullskaliga invasion. Stödet har inte varit speciellt omfattande eller strategiskt riktat mot hälso- och sjukvårdssektorn, men en hel del har ändå gjorts. Följande är några exempel på stöd inom hälsoområdet:

- Sverige har tagit emot patienter från Ukraina. Karolinska Universitetssjukhuset tecknade 2023 ett samarbetsavtal med två sjukhus i Ukraina, för att öka utbytet mellan länderna och för att stödja sjukvården i Ukraina (KS, 2024).
- Swecare har fått i uppdrag av regeringen att fokusera på arbete för att stötta utvecklingen av Ukrainas hälso- och sjukvård och har bland annat tagit fram en rapport över hur hälso- och sjukvårdssystemet i Ukraina ser ut (Swecare, 2024a, 2024b).

Två prioriterade områden för Sverige är sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) samt psykisk hälsa. Sidas stöd inom dessa områden går dels genom UNFPA, dels genom Världsbankens stora program Health Enhancement and Lifesaving Ukraine Project (HEAL). HEAL är ett stort program med många olika givare som går in i en gemensam fond. Programmet består av flera delar, bland annat att hantera nya och akuta hälsobehov kring psykisk hälsa och rehabilitering, förstärka primärvården och subventionera patientavgifter för att minska kostnadsbördan för de som söker vård (WB, 2023b).

I oktober 2024 signerades ett avtal mellan Sverige och Ukraina om ett fördjupat samarbetet på hälsoområdet (Regeringen, 2023a). Avtalet omfattar kunskapsöverföring till hälso- och sjukvårdspersonal, samarbete kring AMR samt samarbete och erfarenhetsutbyte kring rehabilitering för ukrainare som drabbats av kriget. Avtalet ska också omfatta kapacitetsstärkande, för att stödja reformer som är

nödvändiga för en europeisk integration bland annat på läkemedelsområdet. Sverige går också in med ca 10 miljoner kronor för återuppbyggnaden av barnsjukhuset Okhmatdyt i Kiev vilket utsattes för en missilattack i juli 2024; återuppbyggnaden sker i samarbete med Astrid Lindgrens barnsjukhus. Sverige har även gått in med extra humanitärt stöd till Unicefs humanitära fond för att stötta de drabbade barnen och deras familjer.

Myndighetssamarbete

Myndigheter som Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har sedan 2022 gett olika typer av stöd, till exempel skickat sjukvårdsutrustning och assisterat med transporter av patienter (Läkemedelsverket, 2023; MSB, 2024; Regeringen, 2024).

I april 2024 gav regeringen i uppdrag till Socialstyrelsen att samordna Sveriges uppbyggnads- och reformsamarbete med Ukraina på socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område samt bidra till Ukrainas EU-närmande. Socialstyrelsens projektförslag är under framtagande och löper till 2028. Socialstyrelsen ska samordna och koordinera insatser med andra myndigheter och aktörer (Regeringen, 2024). I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska:

- utveckla ett program för stöd inom socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område för att möjliggöra för myndigheter och andra offentliga aktörer på nationell, lokal och regional nivå, samt deras företrädare, att bidra till kunskapsöverföring och kapacitetsbyggande i Ukraina,
- identifiera behov samt möjliga insatser och aktörer inom socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område,
- utarbeta ett program som ska främja myndighetssamverkan för uppbyggnad och reformarbete och bidra till EU-närmandet,
- samordna andra offentliga aktörer som kommer att genomföra insatser inom ramen för programmet avseende finansiering.

Kopplingar mellan bistånd och handel

Regeringens ”Strategi för Sveriges utrikeshandel, investeringar och globala konkurrenskraft” nämner särskilt Ukraina. Strategin beskriver att många affärsmöjligheter för svenska företag kommer att finnas under återuppbyggnadsarbetet. Näringslivets engagemang utgör en nyckelkomponent i ansträngningarna att bistå Ukraina i återuppbyggnaden. Business Sweden har fått i uppdrag av regeringen att stötta med insatser på plats för de svenska företagens deltagande i Ukrainas uppbyggnad (Business Sweden, 2024). Ett bättre samspel mellan utvecklingssamarbetet, export- och investeringsfrämjandet samt handelspolitiken efterfrågas, och svenska företag ska kunna dra nytta av att bistånds- och främjandeinsatser pågår i låg- och medelinkomstländer. Nya finansieringslösningar för att stödja uppbyggnaden av Ukraina ska övervägas och utvecklas. Sidas instrument med garantier kan möjligtvis vara användbara för att öppna upp nya projekt i Ukraina.

Svenskt bistånd kommer att verka för att reformera sjukvården och återuppbygga den infrastruktur som förstörts i kriget. Här kommer det att finnas många ingångar för svenska privata aktörer. Samarbete finns redan inom till exempel cancerområdet genom bland annat Elekta, där överföring av strålningsutrustning och utbildning samt utbyte av kunskap och personal har skett i Elektas regi under 2023 (Elekta, 2023). Elekta är ett intressant exempel på ett svenskt företag med avancerad medicinsk teknik och kunskap som är attraktivt för Ukraina att köpa in.

Möjligheter

Trots att kriget tar stora resurser i anspråk, även vad gäller resurser som kommer utifrån, så har internationella organisationer inom FN-systemet – främst WHO och Unicef men också Världsbanken, EU och EU-länder – fortsatt att stödja det allmänna reformarbetet inom flera sektorer, inte minst inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Kriget har tydliggjort att en fungerande hälso- och sjukvårdssektor behövs, inte bara för att hantera sårade från kriget, utan också för att förbättra hälsan hos hela befolkningen. Kriget möjliggör också en snabbare beslutsgång för nya lagar och strategier, vilket påskyndar processen med reformarbete och återuppbyggnad. EU-närmandet gör att man kan ta lärdom av beprövade europeiska modeller för hälsosektorn.

Reformeringen av hälsosektorn är en viktig del av decentraliseringsprocessen i Ukraina. Sverige har lång erfarenhet av detta och ett samarbete mellan till exempel Sveriges Kommuner och Regioner och regioner i Ukraina skulle säkert kunna vara ett viktigt bidrag i den processen.

Sveriges erfarenheter av bland annat en väl utbyggd primärvård, mödra- och spädbarnsvård, insamling av data, regelverk och erfarenheter av ett starkt socialt trygghetssystem gör att Sverige har mycket erfarenhet och kunskap att dela med sig av och svenska specialister kan stötta Ukraina i reform- och återuppbyggnadsarbetet.

Genom HEAL (Världsbanken) borde Sverige tydligare kunna stödja utbyggnaden av en primärvård som är tillgänglig för alla. HEAL är också en möjlighet att stärka det sociala trygghetssystemet i Ukraina. Sverige kan vara med och utforma sociala trygghetssystem som möjliggör en utjämning av tillgången till utbildning, hälso- och sjukvård och annan social service, för att motverka ojämlikhet. Sveriges insatser bör präglas av en tydlig bred folkhälsoansats, som inkluderar hälsofrämjande och preventivt arbete.

Sveriges mödra- och spädbarnsvård är i världsklass och det finns ett stort behov i Ukraina av stärkt kunskap och erfarenhet inom området. Mödradödligheten i Ukraina är tre gånger högre än genomsnittet i Europa (WHO 2021). Eftersom barnmorskeprofessionen saknas i Ukraina kan Sverige föra en dialog med hälsoministeriet om införandet av barnmorskor.

Den finns många givare inom hälso- och sjukvårdssektorn i Ukraina. En risk är naturligtvis att både bilaterala och multilaterala givare vill driva en egen agenda i reform- och återuppbyggnadsarbetet. Att Sverige valt att gå in i en större fond som HEAL gör att den svenska insatsen koordineras av Världsbanken. WHO är den multilaterala organisation som arbetar närmast hälsoministeriet och som också ansvarar för viss givarkoordinering. Det är viktigt att Sverige ger sitt stöd till WHO i Ukraina och arbetar nära dem.

Även den privata sektorn i Sverige har mycket att bidra med. Vi har en högspecialiserad sektor inom medicin och life science inom områden som till exempel cancer och rehabilitering som är högtintressant för Ukraina både i utvecklingen av det nya reformerade sjukvårdssystemet och i den återuppbyggnad som sker till följd av kriget.

Sammanfattning

Ukraina är ett land i krig, med en åldrande befolkning med låg medellivslängd, speciellt för män. Riskfaktorer och icke smittsamma sjukdomar som högt blodtryck, övervikt, diabetes samt hjärtsvikt och andra hjärt-kärlsjukdomar är relativt vanliga. Psykisk ohälsa är ett växande problem på grund av kriget. Både barn och vuxna kommer att behöva alltmer psykosocialt stöd för att hantera psykisk ohälsa. Kriget gör också att riskerna som har med livsstil att göra förvärras, speciellt för män, till exempel ökad tobaksanvändning och ökad alkoholkonsumtion.

Hälso- och sjukvården har ett arv från Sovjettiden som gjort att den är ineffektiv och ojämlig. Korruption är ett omfattande problem. Primärvården är allvarligt eftersatt och ett återuppbyggnadsarbete och reformer återstår för att hela befolkningen ska få tillgång till en kvalitativ och effektiv vård på alla nivåer. Samtidigt har Ukraina behov av en avancerad akutvård på grund av kriget, och kvalificerad rehabilitering.

Trots svårigheterna ger kriget Ukraina vissa möjligheter att ta itu med hälso- och sjukvårdssektorn. Beslut fattas snabbare. Samarbetet mellan sektorer stärks av nödvändighet. Resurser och pengar kommer in från givare för återuppbyggnad och genomförandet av reformer. Antikorruptionsarbetet genomsyrar hela reformarbetet. Återuppbyggnadsarbetet sker parallellt med reformer av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Ukrainas behöver vinna kriget mot Ryssland med efterföljande återuppbyggnad av landet. Inom hälsosektorn bör fokus ligga på en stabil och utbyggd primärvård som gör vården mer tillgänglig i alla delar av landet. Slutligen behövs ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och social service som psykisk hälsa, barn- och äldrevård och rehabilitering.

Referenser

Business Sweden (2024). Ukraina. Retrieved from <https://www.business-sweden.com/sv/expandera-globalt/marknader/europa/ukraina/>

CEPA (2023). Ukraine's Battle Against Domestic Violence. Retrieved from <https://cepa.org/article/ukraines-battle-against-domestic-violence/>

Colborne, M. (2016). In Ukraine, mistrust of doctors remains high. *Cmaj*, 188(9), E179.

Elekta (2023). Elekta fortsätter stödja cancerpatienter i Ukraina med den senaste utrustningen för strålbehandling. Retrieved from <https://ir.elekta.com/sv/investerare/pressmeddelanden/2023/elekta-fortsatter-stodja-cancerpatienter-i-ukraina-med-den-senaste-utrustningen-for-stralbehandling/>

European Observatory (2021). *Health systems in action: Ukraine*. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine>

Government of Ukraine (2022). *Draft Ukraine Recovery Plan. Materials of the "Healthcare System" working group*. Retrieved from <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/eng/health-care-eng.pdf>

Holt, E. (2024). War in Ukraine impacts immunisation. *Lancet Microbe*, 5(2), e108.

IHME (2022). The burden of antimicrobial resistance (AMR) in Ukraine. Retrieved from <https://www.healthdata.org/sites/default/files/2023-09/Ukraine.pdf>

IMF (2022). *Ukraine: Program Monitoring with Board Involvement-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Ukraine*. Retrieved from <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2022/12/21/Ukraine-Program-Monitoring-with-Board-Involvement-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-527288>

Karolinska Sjukhuset (2024). Två år av krig – Karolinska fortsätter vårda ukrainska patienter. Retrieved from <https://www.karolinska.se/om-oss/centrala-nyheter/2024/02/tva-ar-av-krig--karolinska-fortsatter-att-varda-ukrainska-patienter/>

Kuzin, I., Matskov, O., Bondar, R., Lapin, R., Vovk, T., Howard, A., . . . Vitek, C. (2023). Notes from the Field: Responding to the Wartime Spread of Antimicrobial-Resistant Organisms - Ukraine, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 72(49), 1333-1334.

The Lancet (2022). Health and health care in Ukraine: in transition and at risk. *Lancet*, 399(10325), 605.

Läkemedelsverket (2023). Nytt samarbetsavtal ska stärka Ukrainas läkemedelsmyndighet. Retrieved from <https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/nytt-samarbetsavtal-ska-starka-ukrainas-lakemedelsmyndighet>

Machlouzarides, M., & Uretici, S. (2024). *A Resilient Picture: Experiences of Persons with Disabilities in Ukraine* Retrieved from <https://reliefweb.int/report/ukraine/resilient-picture-experiences-persons-disabilities-ukraine>

Myndigheten för samhällskydd och beredskap (2024). MSB:s stöd till Ukraina. Retrieved from <https://www.msb.se/sv/aktuellt/pagaende-handelser-och-insatser/kriget-i-ukraina/msbs-stod-till-ukraina/>

OECD (2022). *Financial hardship and out-of-pocket expenditure, in Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_cf40210d-en

Olofsgård, A., & Berlin, M. P. (2023). *Åter ur askan: det svenska och globala bidraget till Ukrainas återuppbyggnad*. Retrieved from <https://eba.se/rapporter/ater-ur-askan-det-svenska-och-globala-bidraget-till-ukrainas-ateruppbyggnad/20324/>

Regeringen (2023a). *Memorandum of Understanding between the Ministry of Health of Ukraine and the Ministry of Health and Social Affairs of the Kingdom of Sweden*. Regeringen Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/5cb105464e3a48228787a3ae7367d025/sign.-mou-moh-se-moh-ua.pdf>

Regeringen. (2023b). *Strategi för Sveriges uppbyggnads- och reformarbete med Ukraina 2023–2027*. Regeringen. Retrieved from <https://www.regeringen.se/strategier-for-internationalt-bistand/2023/07/strategi-for-sveriges-uppbyggnads--och--reformsamarbete-med-ukraina-20232027/>

Regeringen. (2024). Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna Sveriges uppbyggnads- och reformssamarbete med Ukraina på socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område. Retrieved from <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/04/socialstyrelsen-far-i-uppdrag-att-samordna-sveriges-uppbyggnads--och-reformssamarbete-med-ukraina-pa-socialpolitikens-och-halso--och-sjukvardens-omrade/>

Roborgh, S. e. a. (2022). Conflict in Ukraine undermines an already challenged health system. *Lancet*, 399(10333), 1365-1367.

Sida (2024). Sidas arbete i Ukraina. Retrieved from <https://www.sida.se/sida-i-varlden/lander-och-regioner/ukraina>

Swecare (2024a). *Funding opportunities for Swedish life science in Ukraine*. Retrieved from <https://www.swecare.se/media/5och2ux3/funding-opportunities-for-swedish-life-science-in-ukraine-final.pdf>

Swecare (2024b). *Healthcare System in Ukraine 2024*. Retrieved from <https://www.swecare.se/media/okhd3tkg/ukrainian-healthcare-system-in-2024-a-comprehensive-report-final-1.pdf>

The Global Fund (2024). War in Ukraine: Maintaining Lifesaving HIV and TB Services. Retrieved from <https://www.theglobalfund.org/en/ukraine/>

Transparency International (2023). Our work in Ukraine. Retrieved from <https://www.transparency.org/en/countries/ukraine>

Ukrinform (2022). Nearly 45% of adult population in Ukraine fully jabbed against COVID-19. *Ukrinform*. Retrieved from <https://www.ukrinform.net/rubric-society/3381435-nearly-45-of-adult-population-in-ukraine-fully-jabbed-against-covid19.html>

UNDP (2024). Human Development Insights. Retrieved from <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>

Unicef (2024a). Nearly 2,000 children killed in Ukraine war: UNICEF. Retrieved from <https://www.unicef.org/en/news-media/news/2024/05/93380/nearly-2000-children-killed-ukraine-war-unicef>

Unicef (2024b). Scarred by violence, Ukrainian children deal with war trauma. Retrieved from <https://www.unicef.org/ukraine/en/stories/ukrainian-children-deal-with-war-trauma>

Utrikesmagasinet (2024). Karta över Ukraina. Retrieved from <https://www.ui.se/utrikesmagasinet/analyser/2024/september/ukraina-fryst-konflikt-kan-ha-hogt-pris/>

Uwishema, O., Sujanamulk, B., Abbass, M., Fawaz, R., Javed, A., Aboudib, K., . . . Onyeaka, H. (2022). Russia-Ukraine conflict and COVID-19: a double burden for Ukraine's healthcare system and a concern for global citizens. *Postgrad Med J*, 98(1162), 569-571.

World Bank Group (2023a). MDBs to Harmonize Procurement Systems in Ukraine. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/10/16/mdbs-to-harmonize-procurement-systems-in-ukraine>

World Bank Group (2023b). Strengthening Ukraine's Healthcare in the Midst of War. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2023/10/30/strengthening-ukraine-healthcare-in-the-midst-of-war>

World Health Organization (2023a). New WHO assessment reveals resilience of Ukraine's primary health-care system amid the war.

World Health Organization (2023b). *Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations*. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8138-47906-70792>

World Health Organization (2023c). *Private provision of services in Ukraine: current challenges, future directions. Health policy papers series*. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7625-47392-69619>

World Health Organization (2024a). Grim milestone on World Humanitarian Day: WHO records 1940 attacks on health care in Ukraine since start of full-scale war. Retrieved from <https://www.who.int/europe/news/item/19-08-2024-grim-milestone-on-world-humanitarian-day--who-records-1940-attacks-on-health-care-in-ukraine-since-start-of-full-scale-war>

World Health Organization (2024b). Health data overview for Ukraine. Retrieved from <https://data.who.int/countries/804>

World Health Organization (2024c). *Health financing reform in Ukraine: progress and future directions*.

World Health Organization (2024d). Primary health care in Ukraine: improving health services amid the war and beyond. Retrieved from <https://www.who.int/europe/news/item/16-05-2024-primary-health-care-in-ukraine--improving-health-services-amid-the-war-and-beyond>

11 Att göra länkarna inom ett system starkare

Seye Abimbola

”Att skapa ett hälsosammare system, att förankra det i sig själv [...] så att det kan lära sig mer om sig själv av sig självt”

Margaret Wheatley (Wheatley, 2001)

”Vad vita människor inte vet om svarta människor avslöjar, exakt och obönhörligt, vad de inte vet om sig själva”

James Baldwin (Baldwin, 1962)

Om tillfälligheter och slumpartade möten

I december 2017 var jag inbjuden av Världshälsoorganisationen (WHO) till Universal Health Coverage Forum i Tokyo, Japan. Forumet anordnades gemensamt av Japans regering, Världsbanksgruppen, WHO, FN:s barnfond (UNICEF), Japan International Cooperation Agency och lobbyorganisationen UHC2030¹. På plats fanns representanter för bilaterala och multilaterala organ, filantropiska organisationer och grupper från det civila samhället. Regeringar från hela världen var representerade. Från Nigerias regering, liksom från andra länder, deltog representanter från finansministeriet och hälsoministeriet. Tanken var att forumet skulle fungera som en plattform för att sammanföra högre tjänstemän från dessa två ministerier, utifrån teorin att om de bara förstod varandra bättre skulle chanserna att uppnå allmän hälso- och sjukvård i respektive land öka.

På forumets första dag, när det var dags för lunch, bildades en kö. Jag ställde mig i kön, tittade upp och såg en nigeriansk regeringstjänsteman längre fram i kön. Han hade varit hög tjänsteman på finansministeriet i en av Nigerias rikaste delstater och hade nyligen utsetts till en liknande roll på det federala finansministeriet. I Nigeria får man inte chansen att träffa de mäktigaste personerna i regeringen om man inte kommer från en privilegierad familj med de rätta kontakterna. Och även om man träffar dem får man inte möjlighet att ställa frågor till dem. Det här var en sällsynt chans att få göra det. Jag höll ögonen på honom medan jag tog mig fram i kön. Jag tog min mat så fort jag kunde, gick fram till honom och ställde forumets centrala fråga: ”Varför åtar sig inte regeringarna att garantera allmän hälso- och sjukvård?” Men jag var mer specifik: ”Varför har den nigerianska regeringen inte åtagit sig att införa allmän hälso- och sjukvård?”

¹ Universal health coverage (UHC) motsvarar ungefär ”allmän hälso- och sjukvård”.

Hans svar var avslöjande, framför allt i efterhand. Han uppträdde avslappnat, men jag anade att han var lite på defensiven. Han svarade att allmän hälso- och sjukvård inte var en topprioritet för nigerianerna, att andra saker var viktigare. Jag frågade honom vad det i så fall var de ville ha, och han beskrev resultatet av en opinionsundersökning som genomförts i den delstat där han tidigare arbetade på finansministeriet: Människor säger att de vill ha en samlingslokal för möten. De säger att de vill ha dricksvatten, bra vägar, bra skolor, de vill att maten ska vara billigare, de vill ha jobb. De vill även ha bra hälso- och sjukvård, men inte ens det stod högst upp på deras lista, konstaterade han, utan det gjorde en sådan sak som en samlingslokal för möten. Jag protesterade. Jag frågade hur uppgifterna hade samlats in och hur frågan i enkäten var formulerad. Han visste inte och tyckte inte att det spelade någon roll. Det som spelade roll var vad som skulle ge röster, och utifrån opinionsundersökningen skulle allmän hälso- och sjukvård inte göra det. Vår tid var ute. Hans kollega, en betydligt yngre tjänsteman som hade lurpassat på mig hela tiden, föste i väg honom från mig.

Det tog mig ett tag att verkligen förstå innebörden av opinionsundersökningen och det han sagt. Det som först gick upp för mig, minuterna efter mötet, var att människor beskrev vad vi som arbetar med folkhälsa skulle kalla de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa (Marmot, 2005). Människor efterfrågade allmän sjukförsäkring och mycket mer, men inte på det språk som akademiker och regeringstjänstemän använder. Människor vet saker innan vi namnger dem i en akademisk kontext, och de fortsätter att veta saker efter att vi har satt våra etiketter på dem. Våra snäva ramar begränsar vår förmåga att lyssna till vad människor som inte tillhör eliten säger till oss om sina behov, sin verklighet och sin världsbild. Människor i periferin har sina egna sätt att rama in och tolka saker (Abimbola, 2023; Abimbola et al., 2024; Bhakuni & Abimbola, 2021). Vi förminskar deras tolkningar när vi inte anpassar våra ramar till deras, inte lyssnar noga, inte ger de som faktiskt vet tolkningsföreträde, eller när deras tolkningar inte är vad som formar de analyser och insatser som berör dem (Bhakuni & Abimbola, 2021). Vi hyser ingen tilltro till deras tolkningsförmåga, genom att ge deras ord och berättelser mindre

vikt, på grund av våra egna förutfattade meningar om dem som okunniga (Bhakuni & Abimbola, 2021). Både bristen på tilltro och vårt eget tolkningsföreträde ligger till grund för en epistemisk ojämlikhet, dvs. den typ av ojämlikhet som drabbar en person eller grupp i egenskap av kunskapsbärare. Båda uppstår ofta på grund av den blick eller publik som vi riktar analyserna eller motiveringarna för interventionerna till (Bhakuni & Abimbola, 2021) – dvs. inte till människor i periferin utan till oss själva, eller människor som oss, i centrum. Dessa två kognitiva tendenser förklarar en stor del av avståndet och de bristande länkarna mellan oss som gör enkäter, undersökningar och analyser och de människor som vi gör enkäter, undersökningar och analyser om.

Den andra uppenbarelsen tog några dagar. Jag funderade en hel del över varför människor verkade vilja prioritera en mötesplats i samhället. Vad var grejen med det? Tills jag mindes en studie som jag själv hade genomfört i Nigeria och publicerat två år före mötet i Tokyo (Abimbola et al., 2016). Mellan 2010 och 2013 arbetade jag på det nationella huvudkontoret för National Primary Health Care Development Agency i Abuja – den myndighet inom Nigerias federala hälsoministerium som ansvarar för att stödja lokala och delstatliga myndigheter i att stärka primärvården. På kontoret hade jag lagt märke till en mängd stora pappkartonger i korridoren som var fyllda med något. Jag visste inte vad som fanns i dem förrän jag en morgon kom till kontoret och såg att regnet hade förstört flera av kartongerna och blottlagt innehållet. Jag såg papper i A4-storlek sticka ut, många av dem häftade i vad som såg ut som 10-sidiga häften. Det var fotokopior av handskrivna texter, och jag drog ut några. Det var protokoll från möten i olika hälsokommittéer som samlats in under besök på landsbygden av tjänstemän från den federala myndigheten, som ett led i att skapa delaktighet och inkludering i planeringen och styrningen av primärvården.

Efter att ha läst några av protokollen märkte jag att det fanns en viss skillnad mellan hur de lokala hälsokommittéerna såg på sig själva och hur de federala regeringstjänstemännen i det avlägsna Abuja såg på

dem. Det här oväntade fyndet inspirerade mig till att själv börja samla in protokoll direkt från hälsokommittéernas möten så att jag kunde analysera dem systematiskt, som en del av min doktorsavhandling. Det jag fann hjälpte mig att förstå varför människor mycket väl i första hand kan prioritera en mötesplats i samhället. I analysen identifierade vi fem olika funktioner som hälsokommittéerna hade (Abimbola et al., 2016). Funktion I: ”Bytorg” (”village square”): Kommittéerna fungerar som en mötesplats, ett forum för interaktion som stödjer det lokala samhällets hälsosystem och spridningen av hälsoinformation. Funktion II: ”Brobyggare” eller ”samhällslots” (”community connectors”): Kommittéerna når ut i samhället, till andra grupper och i andra forum med hälsoinformation och har kontakt med lokala vårdgivare för att hantera medborgarnas frågor om vården, kvaliteten på servicen osv. Funktion III: ”Förändringsagenter” (”government botherers”): Kommittéerna bedriver påverkansarbete gentemot lokala och delstatliga myndigheter om stöd och resurser, inklusive stöd för att primärvården ska kunna bedriva mer uppsökande verksamhet i samhället. Funktion IV: ”Ställföreträdare” (”back-up government”): Kommittéerna förstärker och kompletterar det befintliga (eller obefintliga) statliga stödet genom att samla in medel inom samhället och från icke-statliga organisationer till vården, och för uppsökande vård. Funktion V: ”Kontrollanter” (”general overseers”): Kommittéerna tar kontroll över tjänsteleveransen, t.ex. genom att använda resurser som genererats genom användaravgifter och andra bidrag. Vi upptäckte att i ett samhälles liv är det ofta så att varje funktion lägger grunden för nästa. Det innebär att den viktigaste funktionen är funktion I. Det är anledningen till att en samlingslokal för möten kan vara så prioriterat.

Det handlade om att länka samman. Det samhällena sa som svar på frågan som ställdes i opinionsundersökningen var egentligen att de ville att regeringen skulle investera i mötesplatser för att ”kunna ansluta samhället till mer av sig själv” (Wheatley, 2001); att koppla samman rösten från en uppsättning hälsosystemaktörer till öronen på en annan uppsättning hälsosystemaktörer inom och utanför deras

samhälle. Mötesplatser för att ta emot och dela information, för offentliga överläggningar och för att initiera åtgärder (Sheikh & Abimbola, 2021).

Det som händer mellan en myndighetsperson och ett marginaliserat samhälle händer också inom samhället självt. Ett samhälle är ett socialt system. Det som gäller inom ett socialt system gäller också, konceptuellt, inom ett samhälle. Det som gäller inom ett samhälle gäller också, konceptuellt, i sociala system på alla nivåer. Det handlar om makt-, klass- och statusrelationer. Dessa skapar avstånd och frånkoppling (alienering). Samma ojämlika kognitiva tendenser – trovärdighetsunderskott och tolkningsmarginalisering – finns inom ett samhälle och inom ett system. En samlingslokal för möten – för att underlätta utbyte av kunskap och relationsskapande – kan *överbrygga* avstånd och frånkoppling (Abimbola, 2021). Det var också därför som arrangörerna av forumet i Tokyo förde samman hälsoministerierna och finansministerierna, dvs. ministeriet som kontrollerar plånboken och ministeriet som ska leverera allmän hälso- och sjukvård. Huruvida det görs bäst på en mötesplats utomlands är en annan fråga.

Om makt och utanförskap

Vad jag har gjort hittills är att identifiera olika typer av distans och alienering. Den som finns mellan de människor som undersöker, forskar och analyserar och de människor som blir undersökta, beforskade och analyserade. Arbetet med att minska ojämlikhet utförs trots allt ofta av människor på avstånd och från en maktposition, på uppdrag av eller tillsammans med människor med relativt sett mindre makt. Att arbeta över ett sådant fysiskt eller socialt avstånd innebär att du vet för lite om vad personen eller gruppen på andra sidan av avståndet vet, kan veta, deras världsbild eller hur de förstår ett problem eller dess potentiella lösningar (Abimbola et al., 2024).

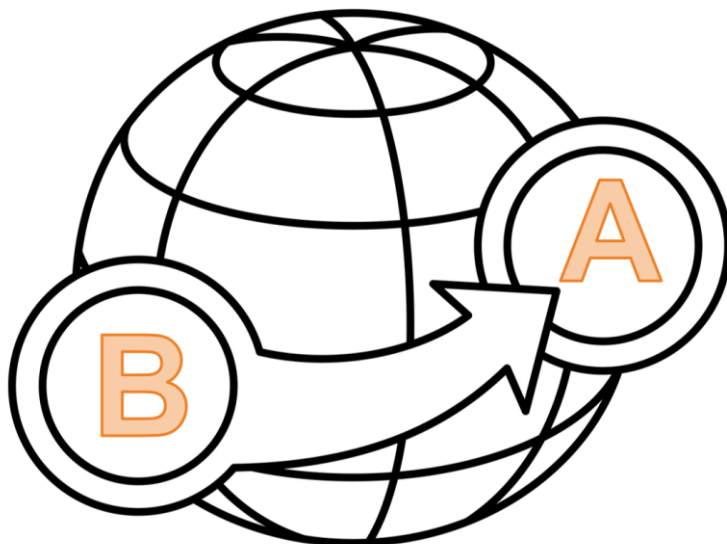
Tänk dig två punkter, centrum och periferin, med ett visst avstånd emellan sig (Figur 1). Periferin är en plats eller situation med mindre makt (A), som analysen vanligen handlar om. Centrum är en plats eller kontext med makt (B), varifrån analysen vanligtvis görs. Centrum har makt, men periferin besitter kunskap. Vi gör ofta antagandet att det som fungerar i centrum (B) bör fungera även i periferin (A), så vi inför det. Vi gör ett antagande om att ett sätt att se på världen på plats eller i situation B ska gälla i eller för A, så vi tillämpar det. Som den afroamerikanske författaren James Baldwin sade: ”Okunnighet, i förening med makt, är den värsta fiende som rättvisan kan ha” (Baldwin, 1998). Eller som den nigerianske författaren Wole Soyinka sa, när han fick frågan om förhållandet mellan sanning och makt: ”sanning är en följd av kunskap och falskhet en följd av okunnighet” (Soyinka, 2002):

”Sanning och makt utgör för mig en antites, en antagonism ... Jag kan förenkla historien om det mänskliga samhällets utveckling som en kamp mellan makt och frihet ... sanning mot makt. Sanning för mig är frihet, är självbestämmande. Makt är dominans, kontroll, och därför en mycket selektiv form av sanning – en lögn. Polariteten mellan dessa två utgör i själva verket för mig axeln i människans strävan att skapa ett etiskt samhälle, [en] etisk gemenskap.”

Figur 1: Avstånd mellan centrum och periferi

A) Periferin – där kunskapen finns

B) Centrum – där makten finns



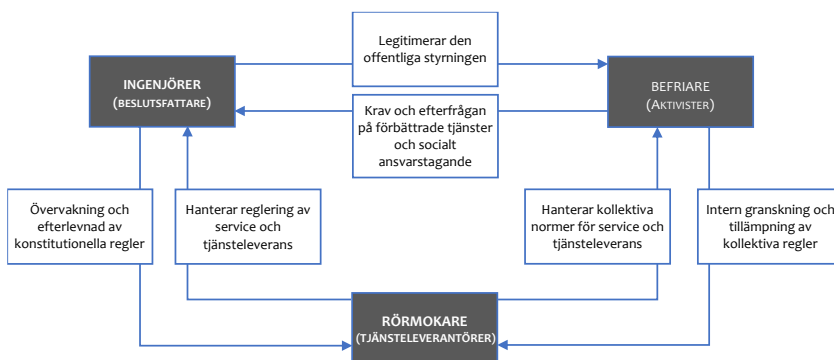
Källa: Abimbola (2024).

Det finns en annan typ av avstånd – den inom ett system. När jag tänker på hur det kan främja jämlikhet att sprida kunskap inom ett system sorterar jag ofta de inblandade aktörerna i en modell med tre kategorier av aktörer – en modell som de amerikanska ekonomerna Larry Kiser och Elinor Ostrom ursprungligen beskrev som ”tre handlingsvärldar” i form av en triangel (Kiser & Ostrom, 1982) med:

1. makthavare, regeringar eller motsvarande, som tenderar att vara stora, mäktiga och avlägsna (låt oss kalla dem ”ingenjörer”)
2. sammanslutningar i samhället, ett civilsamhälle, som är som bäst när de fungerar som förkämpar för marginaliserade grupper (låt oss kalla dem ”befriare”)
3. utförare av olika slag, i olika sektorer, som gör vad som efterfrågas (låt oss kalla dem ”rörmokare”) (Abimbola, 2021) – se figur 2.

Relationerna mellan dessa tre grupper av aktörer handlar inte bara om att dela kunskap. Relationerna handlar också om styrning, om att ta på sig kompletterande roller och ansvar; de handlar om handling, ansvarsskyldighet och lyhördhet. Denna modell ramade in min analys av hälsokommittéernas roll i Nigeria (Abimbola et al., 2016). Varje nod i triangeln har dubbelriktade relationer med de andra två noderna. Mellan noderna finns axlar som förbinder dem. För det första finns en axel som kopplar samman marginaliserade grupper med olika yrkesutövare, ofta lokalt (jmf. funktion II: brobyggare eller samhällslots). För det andra finns en axel som kopplar samman, oftast avlägsna, maktavare med marginaliserade grupper (jmf. funktion III: förändringsagenter). För det tredje finns en axel som länkar de avlägsna maktavarna till utförarna (vars misslyckande triggat behovet av funktion IV: ställföreträdare, och funktion V kontrollanter). Men det är funktion I (bytorget), som gör att samhällen och system kan få mer kontakt med sig självt, som skapar ett kitt inom det egna samhället, som utgör grunden för de andra funktionerna.

Figur 2: En "triangel" över aktörer inom ett system och deras ömsesidiga relationer med andra aktörer



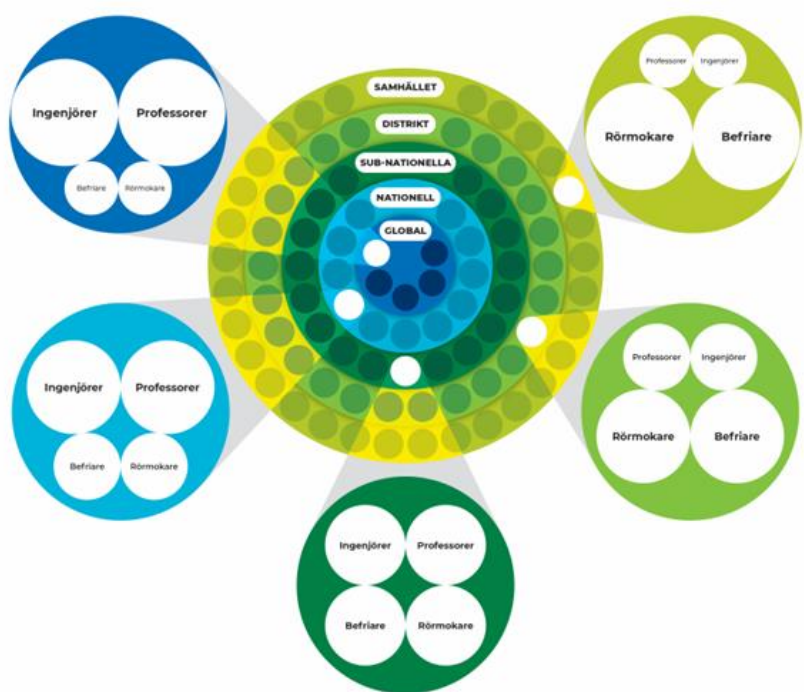
Källa: Abimbola (2014).

Dessa aktörer finns i organisationer på alla nivåer – lokalt, subnationellt, nationellt och till och med globalt. Men det finns en parallell värld med egna aktörer och funktioner som befolkas av de

som sysslar med kunskap och vetande; den eller de som sprider kunskap och hjälper till med att koppla samman system med mer av sig självt, särskilt när andra aktörer – i synnerhet befriarna – behöver hjälp med att göra det själva (Abimbola, 2021). Låt oss kalla dem ”professorer”. De finns också på alla organisationsnivåer, och vi kommer att lägga till dem så att vi får fyra kategorier av kunskapsaktörer. Figur 3 är en schematisk modell över de olika grupper av aktörer som jag har talat om – professorer, ingenjörer, befriare och rörmokare – och deras relativa värde utifrån avståndet till människorna på gräsrotsnivå, med fokus på deras roll som kunskapsbärare och kunskapsförmedlare. Figuren illustrerar deras relativa betydelse i förhållande till kunskap, baserat på närheten till människor på gräsrotsnivå i lokala samhällen. De fem koncentriske ringarna i figuren illustrerar olika nivåer där aktörerna är verksamma: den lokala, den regionala (”district level”), den subnationella, den nationella och den globala nivån. Cirklarna inuti ringarna representerar de områden där kunskap kommer till användning. Ju närmare du är den globala nivån, desto större är storleken på avlägsna kunskapsbärare och kunskapsförmedlare (t.ex. ingenjörer och professorer), och ju närmare du är lokalsamhället, desto större är storleken på närliggande kunskapsbärare och kunskapsförmedlare (t.ex. befriare och rörmokare). På global nivå, dvs. på stort avstånd från människorna på marken, fästs större vikt vid aktörer som ingenjörer och professorer, som de facto borde ses som underordnade kunskapsbärare, och ju närmare det lokala samhället man befinner sig, desto större vikt fästs vid befriare och rörmokare – de primära kunskapskällorna. Kunskapsförmedlare behöver även en plattform för att producera och dela med sig av kunskap. Tänk på ett litet samhälle, låt oss säga en by: Byns nyhetsförmedlare som professor kan använda marknadsplatsen eller torget som en kunskapsplattform – i ett distrikts hälso- och sjukvårdssystem kan det vara datatjänstemän som använder datasystem och olika gränssnitt som en plattform, journalister som använder press och media och akademiker som publiceras i vetenskapliga tidskrifter – för att ansluta sig till ett system, vilket system som helst, som behöver

få bättre kontakt med sig själv. I alla sammanhang som man observerar eller kliver in i finns aktörer som skapar förbindelser, länkar, inom ett system – ibland som befriare, ibland som professor, även om de kan vara svåra att urskilja för en utomstående eller utlänning (Appiah, 2010).

Figur 3: Modell över det relativa värdet av olika kunskapsaktörer på olika nivåer i ett samhällssystem



Cirkeln i mitten illustrerar fem olika samhällsnivåer – global nivå i mitten och lokalsamhället längst ut. De fem cirkelarna runt om är länkade till en specifik samhällsnivå. De koncentriska ringarna visar fyra kategorier av kunskapsaktörer: professorer, ingenjörer, befriare och rörmokare. Deras relativa betydelse illustreras genom storleken på de ljusare cirkelarna inuti de fem cirkelarna – baserat på den närhet de besitter till människor i lokalsamhället. Ju närmare aktörerna är lokalsamhället, desto större påverkan och relevans har de i den direkta interaktionen med människor.

Källa: Abimbola (2021).

Rollen för en utomstående eller en utlänning i ett område där det råder ojämlikhet måste vara att först förstå de brister i systemet som förklarar ojämlikheten. Ojämlikhet frodas när ett system är splittrat, när inte alla delar är förbundna med varandra, när det marginaliserar delar av sig självt, när de människor och kanaler, professorer och plattformar vars roll det är att sprida kunskap – och i förlängningen säkerställa och främja ansvarsutkrävande – försvåras, blockeras, ignoreras, saknar resurser eller till och med är frånvarande. I den mån som ojämlikhet kan härledas till problem med relationerna inom ett system, ett informations- och ansvarighetsproblem, är utvecklingsbiståndets uppgift – hur man än tolkar det – att fungera på ett sådant sätt att det hjälper ett system att få mer kontakt med sig självt. De som administrerar utvecklingsbiståndet – vare sig de är inhemska eller internationella – måste därför förstå biståndets funktion främst i dessa termer. De måste också undvika att bedriva utvecklingsbistånd på sätt som frikopplar ett system från delar av sig självt (bland ingenjörer, rörmokare och befriare) eller på sätt som uppmuntrar eller förvärrar distanseringen mellan professorerna (de som undersöker, forskar och analyserar) och resten av systemet, särskilt de mest marginaliserade delarna av systemet, de aktörer som är närmast marken och minst mäktiga, ofta befriarna och rörmokarna – aktörer som på grund av trovärdighetsbrist och tolkningsmässig marginalisering tenderar att få sin position som kunskapsbärare ifrågasatt.

Här finns också centrum och periferi. Centrum har makt och periferin vet bättre. I centrum finns ingenjörer och professorer. De är underordnade aktörer som ofta behandlar sig själva som om de vore de primära aktörerna. I periferin finns befriare och rörmokare. De är primära aktörer som ofta behandlas som om de i själva verket är underordnade aktörer (Abimbola, 2021). Valet av vilken av dessa aktörer vi riktar vår uppmärksamhet mot när vi går in i, observerar eller försöker ingripa i ett system har konsekvenser för den epistemiska ojämlikheten, för hur etisk vår närvaro, våra handlingar och relationer där kan vara. Subsidiaritetsprincipen åberopas ofta för att styra relationerna mellan centrala och ofta avlägsna perifera enheter,

t.ex. mellan EU och suveräna europeiska stater. Den kan bidra till att undvika epistemisk ojämlikhet i relationerna mellan centrala och perifera enheter som är involverade i att skapa, använda och dela kunskap för att uppnå jämlikhet (Abimbola, 2021). Subsidiaritetsprincipen innebär att beslut om insatser för att hjälpa andra som standard ska fattas på den mest närliggande handlingsnivån och organisationsskalan, och endast när det är nödvändigt på en mer avlägsen handlingsnivå eller organisationsskala.

Subsidium, det latinska ord som subsidiaritet har sitt ursprung i, används trots allt för att beskriva triarii, den romerska militärens tredje linje som fungerade som en reserv under striderna. Subsidium avser den typ av hjälp, assistans, stöd eller bistånd som man inte skulle behöva eller få under idealiska förhållanden, eller den typ som endast erbjuds på begäran (Cahill, 2017). Om utvecklingsbistånd, inhemskt eller internationellt, ska bidra till att ett system stärks genom mer inbördes relationsbyggande, vilket är dess primära funktion – att hjälpa till att flytta runt kunskap – bör det administreras i enlighet med subsidiaritetsprincipen. Om så är fallet bör det följa subsidiaritetsprincipens fyra föreskrifter, som den irländska juristen Maria Cahill har beskrivit (Cahill, 2017). För det första ska den underordnade enheten se till att de primära enheterna har möjlighet att förlita sig på den egna kunskapen och att ange när de behöver hjälp från den underordnade enheten. För det andra ska underställda enheter endast ge hjälp på begäran, såvida inte primära enheter bevisligen inte kan be om hjälp (vilket kan vara fallet i den tidiga fasen av en humanitär nödsituation). För det tredje måste de underordnade enheterna rikta hjälpen mot de primära enheternas mål och inte mot sina egna mål. För det fjärde måste det finnas inbyggda strukturer för att styra villkoren för engagemanget, för att undvika att primära enheter förlitar sig på och att underordnade enheter tar över (Cahill, 2017). De primära enheterna kan här vara ett land i det globala syd i förhållande till en subsidiär enhet, som är ett biståndsgivande land i det globala nord (Abimbola, 2021). De kan också, var som helst, vara ett marginaliserat samhälle i förhållande

till en ”avlägsen” regering, eller frigörare och rörmokare i förhållande till ingenjörer och professorer (Abimbola, 2021).

Varje avstånd behöver en plattform där förbindelser kan ske, och människor som använder dessa plattformar för att cirkulera kunskap och för att överbrygga eller minimera avståndet. Men även kunskapsplattformar är situerade; de är varken epistemiskt eller fysiskt neutrala (Abimbola, 2023). De är benägna att tjäna sina ägare, som kan tillhöra centrum eller periferin. Det finns människor som äger och kontrollerar en marknadsplats, som äger och kontrollerar mediehus, som definierar och ramar in vilka data som samlas in och hur de analyseras, som äger och kontrollerar akademiska tidskrifter (Abimbola et al., 2024). Men inget av dessa förhållanden är permanent. Att en plattform tillhör periferin är inte och bör inte ses som ett naturligt, nödvändigt eller permanent tillstånd – inte minst av periferin själv (Abimbola, 2023). Varje plattform i periferin måste fungera – eller sträva efter att fungera – som ett centrum, som en mittpunkt, föreställa sig själv som ett nav, göra anspråk på den statusen och fungera i den verkligheten. Det första man bör tänka på när det gäller en plattform är att fråga sig vilket system den tjänar till att stärka: Var är den placerad, hur fungerar den, vilken typ av kunskap får färdas på den och vart, vems kunskap och inlärningsbehov gynnar den?

Universal Health Coverage Forum i Tokyo, Japan, syftade bland annat till att sammanföra hälsoministerier och finansministerier. Kanske kan ett sådant forum fungera för att koppla samman dessa två ministerier i olika länder. Men ett forum i fjärran Tokyo i Japan kan inte vara den plats dit hälsoministeriet och finansministeriet i Nigerias regering går för att få kontakt med varandra. Precis som hälsovårdskommittén i by A inte kan koppla samman by B med mer av sig själv. Men den kan hjälpa till att koppla samman by A med by B. På samma sätt som en forskningsrapport som publiceras i London, skriven så att den kan uppskattas av en publik i Boston, inte kan vara det som – åtminstone inte i första hand – kopplar samman Nigeria med mer av sig självt; det kommer att kräva en plattform

som finns i, ägs av och är utformad för att tjäna Nigeria. Den andra aspekten av en plattform är, som subsidiaritetsprincipens fjärde grundregel antyder, om den har inbyggda strukturer för att styra engagemanget på plattformen (Cahill, 2017) för att hålla centrumet, med tanke på dess relativa makt och sannolikt överdrivna inflytande på hur plattformen fungerar, ansvarigt för att säkerställa att plattformen kopplar samman de marginaliserade delarna av systemet med mer av sig själva och även med mer av resten av systemet.

Hemma och borta

Vad jag har gjort hittills är att hålla både det inhemska och det internationella utvecklingsbiståndet i fokus. De betraktas ofta separat. Men när deras primära roll omformuleras till att ”hjälpa ett samhälle eller system att hjälpa sig självt”, ser de inte så olika ut. Genom att betrakta dem separat begränsar man möjligheterna att lära sig av varandra och se sambanden mellan dem. Hur ett land använder bistånd eller kunskap för att åstadkomma utveckling inom landet kommer att forma hur det gör det utomlands. Ett land som inte vet hur man uppnår jämlikhet inom landet kan inte heller veta hur man ska främja det utomlands. Man kan inte ge det man inte har. Eller som Yorùbá säger: ”ilé eni l'atín kó èsò r'òde”. Du lär dig att smycka en annan persons kropp, karaktär eller hem genom att lära dig att smycka ditt eget. Du kan inte få någon annan att må bra eller se bra ut om du inte kan få dig själv att må bra eller se bra ut. Men att veta hur man inreder sitt eget hem är ingen garanti för att man vet hur man inreder andras. Tänk om deras normer för skönhet och elegans skiljer sig från dina? Det finns också saker som du sannolikt är mer tvungen att tänka på när du inreder hemma – med tanke på att du har ett moln av vittnen omkring dig som kan ställa dig till svars – som lätt försvinner i obetydlighet när du försöker inreda utomlands.

Det som centrum – vilket centrum som helst – inte vet om periferin är det som det inte vet om sig självt. Den högre tjänstemannen vid Nigerias finansministerium vet exakt vilka sjukvårdsförmåner han

själv åtnjuter, vilken tillgång han och hans familj har till hälso- och sjukvård och till ”de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa”. Om han inte vet det borde han veta det. Att hävda att människor i periferin inte vill ha det han har återspeglar i bästa fall en avsiktlig okunnighet om vad han har. Eller i värsta fall, vilket kanske är mer troligt, en nedlåtenhet som vittnar om epistemisk ojämlikhet. Han lyssnar på dem, men kan inte riktigt höra dem. Varför ställde de överhuvudtaget frågan? Om centrum vet sitt eget bästa, måste det även veta vad periferin förtjänar – och förnekas. Att ställa frågan på det sätt som de gjorde verkar oärligt. Detta liknar många forskningsfrågor. Man hör den och undrar: Vem vill veta? Varför vill de veta? Vad hade de för förkunskaper? Vems kunskapsbehov tillgodoser frågan? En fråga som är bättre anpassad till förkunskaperna, som inte tar hänsyn till om de vill det eller inte, skulle kunna vara: ”Hur ska vi göra allmän hälso- och sjukvård tillgängligt för er och hur ska vi få de basala förutsättningarna för hälsa på plats i just ert område?” Vi gör klokt i att tala på ett sätt så att folk förstår, och använda ord som de själva använder.

Det som pågår mellan eliten av regeringstjänstemän och marginaliserade samhällen i Nigeria liknar det som händer inom marginaliserade samhällen (mellan eliten och andra i dessa samhällen) och det som händer internationellt (mellan det globala nord och det globala syd). Särskilt hur epistemisk ojämlikhet formar användningen av kunskap i dessa relationer. För en högt uppsatt tjänsteman på Nigerias finansdepartement kanske det marginaliserade samhället inte har den trovärdighet som krävs för att tala på ett sätt som tvingar fram handling. Gjorde regeringen ens de saker som människor hade bett om? Kanske hörde han men förstod inte, eftersom han förväntade sig att samhället skulle tala med ett sådant språk som beslutsfattare använder. Kanske ville han bygga upp kapaciteten ute i periferin, så att de kunde tala till honom på ett sådant språk och använda ”de rätta orden”. Alltför ofta slutar utvecklingsbistånd som kapacitetsbyggande bistånd. De som befinner sig i centrum försöker göra om periferin till sin avbild. Centrumet tvingar sig på periferin, övertygat om den egna överlägsenheten, eller insisterar på att periferin måste komma till plattformar skapade av dem som befinner

sig i centrum för att få kontakt med mer av sig självt. Som om ett forum i Japan hade som mål att verkligen stärka system i Nigeria. Eller när forskningsfinansiärer uppmuntrar forskare att arbeta i det globala syd men publicera sig i det globala nord och bortser från tidskrifter i det globala syd och andra plattformar för engagemang som kan styra forskarnas uppmärksamhet mot den lokala nivån (Abimbola, 2019). Eller när finansiärer inte prioriterar att bygga upp eller stärka informationssystem, dataplattformar och andra plattformar (inklusive akademiska tidskrifter) som kan bidra till att länka samman den platsen med mer av sig själv (Abimbola, 2021, 2023).

Där det finns ojämlikhet kommer det att finnas avstånd. Överallt där det finns avstånd kommer du att hitta alienering. Genom att koppla ett system till mer av sig självt skapas förutsättningar för att undanröja ojämlikhet. Men för att göra detta med högsta prioritet krävs att man åtminstone analyserar källan till ojämlikhet i termer av svaga, begränsade, inaktiva eller ignorerade plattformar för möten och kunskapsutbyte. Om utvecklingsbiståndet ska vara effektivt när det gäller att minska ojämlikhet och inte missriktat i sina syften eller kontraproduktivt i sina effekter, måste överväganden om hur vi använder kunskap för att främja jämlikhet stå i centrum för dess tillblivande, design och administration. Det kommer att ta avstånd och fränkoppling på allvar, och det trovärdighetsunderskott och den tolkningsmässiga marginalisering som periferin drabbas av till följd av detta. Det kommer att vägledas av subsidiaritetsprincipen och bygga eller stödja plattformar för anslutning. Dessa överväganden gäller på alla organisationsnivåer. Men för att bedriva bistånd på detta sätt krävs en övertygelse om att människor kan göra rätt val för sig själva, och att centrum måste samarbeta med periferin på ett sätt som underlättar snarare än begränsar periferins handlingsutrymme. Att låta utvecklingsbiståndet tjäna ett sådant syfte är kanske det minst potentiellt skadliga sättet att bedriva utvecklingsbistånd på.

Sammanfattningsvis

Ansträngningar för att minska ojämlikhet globalt, till exempel genom bistånd (inhemskt eller internationellt), genomförs vanligtvis av människor på avstånd och från en maktposition, på uppdrag av eller tillsammans med människor med relativt mindre makt. Den person eller grupp som har makt vet vanligtvis för lite om vad den person eller grupp som befinner sig på andra sidan av avståndet vet, kan veta, deras världsbild eller hur de ser på ett problem eller dess potentiella lösningar.

Det finns två typer av distans. Den första typen finns mellan de människor som skapar kunskap (de som genomför enkäter, forskning och analyser) och de människor som kunskapen skapas om (de som enkäterna, forskningen och analyserna handlar om). Typ två finns inom ett system mellan beslutsfattare (med makt, och ofta på långt avstånd från implementering), samhällsgrupper (ofta utförare, och mindre mäktiga) och användare/leverantörer av tjänster (på marknaden).

Dessa två typer av avstånd innebär frånkoppling. Därav behovet av plattformar för att koppla samman (potentiellt) distanserade aktörer. Om källan till ojämlikhet är svaga, begränsade, inaktiva eller ignorerade relationer, bör en person eller grupp (som insider eller outsider; inhemsk eller internationell aktör) som tillhandahåller eller administrerar utvecklingsbistånd börja med att bygga upp eller stärka (vanligtvis befintliga) kunskapsplattformar och nätverk.

Insatser för att minska ojämlikhet bör därför börja med att ta hänsyn till de kunskaps- och samverkansbehov som finns hos aktörer inom systemet, särskilt aktörer som befinner sig nära implementeringsnivån inom systemet, vad de redan gör med kunskap och hur man kan stödja deras ansträngningar, snarare än att påtvinga dem vad en avlägsen aktör föreställer sig eller önskar att de behöver, utan att förringa eller avfärda deras ord eller deras tolkning av den egna verkligheten.

Referenser

- Abimbola, S., Negin, J., Jan, S., & Martiniuk, A. (2014). Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 29 (Suppl 2), ii29–ii39.
- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4(5), e002068.
- Abimbola, S. (2021). The uses of knowledge in global health. *BMJ Global Health*, 6(4), e005802.
- Abimbola, S. (2023). Knowledge from the global South is in the global South. *Journal of Medical Ethics*, 49(5), 337–338.
- Abimbola, S., Molemodile, S. K., Okonkwo, O. A., Negin, J., Jan, S., & Martiniuk, A. L. (2016). “The government cannot do it all alone”: realist analysis of the minutes of community health committee meetings in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 31(3), 332–345.
- Abimbola, S., van de Kamp, J., Lariat, J., Rathod, L., Klipstein-Grobusch, K., van der Graaf, R., & Bhakuni, H. (2024). Unfair knowledge practices in global health: a realist synthesis. *Health Policy and Planning*, 39(6), 636–650.
- Appiah, K. A. (2010). *The Honor Code: How Moral Revolutions Happen*. W. W. Norton & Company.
- Baldwin, J. (1962). Letter from a Region in My Mind. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/magazine/1962/11/17/letter-from-a-region-in-my-mind>
- Baldwin, J. (1998). No Name in the Street. In T. Morrison (Ed.), *James Baldwin: Collected Essays* (p. 562). The Library of America.
- Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health*, 9(10), e1465–e1470.
- Cahill, M. (2017). Theorizing subsidiarity: towards an ontology-sensitive approach. *International Journal of Constitutional Law*, 15(1), 201–224.
- Kiser, L. L., & Ostrom, E. (1982). The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis of Institutional Approaches. In E. Ostrom (Ed.), *Strategies of Political Inquiry* (pp. 179–222). Sage.

- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- Sheikh, K., & Abimbola, S. (2021). *Learning health systems: pathways to progress — A flagship report from the Alliance for Health Policy and Systems Research*.
- Wheatley, M. J. (2001). Bringing Schools Back to Life: Schools as Living Systems. In F. M. Duffy & J. D. Dale (Eds.), *Creating Successful School Systems: Voices from the University, the Field, and the Community* (pp. 3–19). Christopher-Gordon Publishers.
- Soyinka, W. (2002). *Conversations with History: Wole Soyinka interviewed by Harry Kreisler* [Video recording]. Institute of International Studies, University of California Berkeley, University of California TV (UCTV).
<https://iis.berkeley.edu/file/780>

12 Svenskt hälsobistånd: behövs en omstart?

Jesper Sundewall

- Många länder har genomgått en stark ekonomisk utveckling och parallellt sett stora förbättringar i befolkningens hälsa.
- Sveriges bilaterala hälsobistånd har inte följt med i denna utveckling och behöver omprövas. Detta illustreras med exempel från Zambia, Uganda och Bangladesh.
- För att vara fortsatt relevant i framtiden behöver svenskt hälsobistånd fokuseras mer till de allra fattigaste länderna, ha en bredare hälsosystemsansats och bygga ännu tydligare på tillit och partnerskap.

Introduktion

Det svenska biståndet genomgår just nu stora förändringar. Sedan 2022 har Sveriges regering övergett enprocentsmålet och introducerat en ny biståndspolitik som tydligare kopplar biståndet till andra politikområden, såsom handel och migration. Resurser har omprioriterats från exempelvis forskning till prioriterade länder som Ukraina. Dessutom har Sida fått en ny generaldirektör och genomgått en omorganisation. Regeringens styrning av biståndet, som tidigare byggd på strategier och målsättningar, ses över med målet att minska såväl antalet strategier som antalet mål. Finansieringsmodellen för civilsamhällets partnerorganisationer förändras och i oktober 2024 lanserade regeringen en strategi för biståndet kopplat till migration och återvandring. Kort sagt, det pågår omfattande förändringar inom svensk biståndspolitik.

Med tanke på de förändringar som pågår inom det svenska utvecklingssamarbetet är det ett bra tillfälle att reflektera över en av de främsta prioriteringarna inom svenskt bistånd: hälsa. Under många år har området hälsa utgjort cirka 10–14 procent av Sveriges totala bistånd och omfattat många olika typer av insatser och stöd. Dessa sträcker sig från kärnstöd till FN och Globala fonden till regionalt påverkansarbete inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) samt bilaterala hälsosamarbeten med enskilda länder.

Syftet med detta kapitel är att utifrån mina mer än 20 års erfarenhet inom svenskt utvecklingssamarbete inom hälsa diskutera och kritiskt reflektera över den bilaterala biståndsmodellen, med särskilt fokus på det svenska hälsobiståndet. Mitt fokus är länder där Sverige haft ett långsiktigt utvecklingssamarbete, inte länder som befinner sig i konflikt eller som har ett övervägande humanitärt stöd. Jag kommer främst att använda exempel från Zambia men även från Uganda och Bangladesh. Jag föreslår också hur svenskt bilateralt hälsobistånd kan förändras för att vara relevant även i framtiden.

En (personlig) tillbakablick på svenskt hälsobistånd

Men innan vi kommer dit, låt mig först ta er med drygt 20 år tillbaka i tiden. I oktober 2002 anlände jag till Kampala, Ugandas huvudstad. Det var min första resa till södra Afrika och min debut som konsult inom utvecklingssamarbete. Uganda var det första av tre länder jag skulle besöka inom ramen för ett uppdrag att granska en då mycket populär biståndsmodell inom hälsosektorn, SWAp (”sector-wide approach”), som syftade till att stödja hela hälsosektorn snarare än enskilda delar av den. Under de följande månaderna besökte jag även Zambia och Bangladesh.

Alla tre länder präglades av utbredd fattigdom; 66 procent av Ugandas befolkning levde i extrem fattigdom, jämfört med 55 procent i Zambia och 33 procent i Bangladesh. Samtliga länder stod även inför stora hälsoutmaningar, särskilt Zambia som var hårt drabbat av hiv/aids-pandemin vilket hade bidragit till att den förväntade livslängden sjunkit till så lågt som 47 år (se tabell 1). Gemensamt för de här länderna var också att Sverige har haft en långvarig biståndsnärvaro och har arbetat med långsiktigt utvecklingssamarbete med hälsa som ett av fokusområdena. Inget av länderna klassificerades som konfliktområde eller präglades av större humanitära kriser. Det var länder med låg BNP per capita. De bedömdes ha relativt goda förutsättningar för både ekonomisk och social utveckling, där Sverige gav stöd till breda hälsosektorprogram.

Under de drygt 20 år som gått sedan min första resa har mycket förändrats. Den ekonomiska utvecklingen har tagit fart, särskilt i Bangladesh. Sedan 2015 klassificeras landet som ett lägre medelinkomstland, och även Zambia balanserar på den gränsen. Tack vare storskalig behandling av hiv har den förväntade livslängden också ökat avsevärt, särskilt i Uganda och Zambia (se tabell 1). Sammantaget visar utvecklingen på flera positiva framsteg.

Tabell 1: Indikatorer för hälsa och ekonomisk utveckling i Zambia, Uganda och Bangladesh 2002 och 2022

Indikator	2002			2022		
	Uganda	Zambia	Bangladesh	Uganda	Zambia	Bangladesh
Förväntad livslängd (år)	50	47	67	63	61	72
Andel av befolkningen som lever i extrem fattigdom (%)	66	56	33	42	64	5
Mödra-dödlighet (antal dödsfall per 100 000 födselar)	537	465	410	375	213	173
BNP per capita (Int Dollar, PPP)	1 335	2 372	2 382	2 246	3 237	5 911

Källa: Ourworldindata.org. Senaste år, ibland inte 2022.

Trots den till synes positiva utvecklingen av ekonomin och hälsan är bilden mer komplex. Även om Zambia har haft en ekonomisk utveckling så har andelen människor som lever i extrem fattigdom ökat från 55 procent till 64 procent under åren 2002–2022. De ökade klyftorna mellan fattiga och rika visar att ekonomisk tillväxt inte automatiskt gynnar hela befolkningen. Det blev väldigt tydligt när jag själv i november 2023 besökte vårdcentraler utanför Solwezi i nordvästra Zambia. Solwezi är en stad där gruvnäringen expanderat kraftigt de senaste åren och som därmed har vuxit snabbt. Samtidigt var det slående hur lite av den ekonomiska utvecklingen som nått landsbygden utanför Solwezi och det kändes som om tiden stått stilla sedan mitt första besök 2002. Jordbruket bedrivs fortfarande manuellt, elektricitet och mobiltelefon täckning saknas, vårdcentralerna är underbemannade och dåligt utrustade.

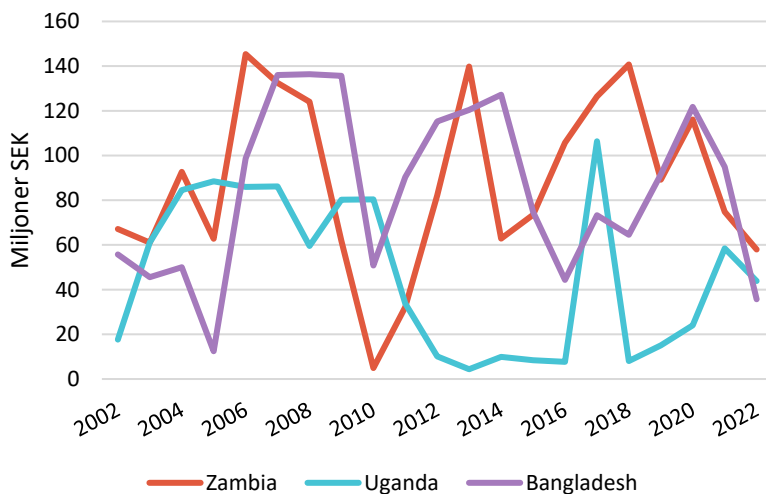
Från program till projekt

Vad har då skett med det svenska biståndet, särskilt hälsobiståndet som är i fokus för min text, under samma period? En sammanställning av data från Openaid visar att det svenska hälsobiståndet till Uganda, Zambia och Bangladesh har varierat kraftigt över tid (se figur 1). Trots att alla tre länder har varit mottagare av svenskt hälsobistånd i många år har de utbetalade beloppen fluktuerat avsevärt. Vad ligger bakom de stora variationerna? Det finns flera förklaringar, både interna och externa. Till exempel har budgetutrymmet för svenskt bistånd och prioriteringar varierat över tidsperioden, vilket bidragit till svängningarna. Delvis rör det sig också om utbetalningstekniska frågor som att resurser betalats ut i förväg, vilket gett ett högre belopp ett år följt av ett lägre belopp nästa år.

Men det finns också mer specifika förklaringar. Till exempel märks tydligt effekterna av den korrupsionsskandal som uppdagades i Zambia 2008. Då avslöjades att personer på hälsoministeriet, genom bedrägerier, hade stulit miljontals kronor från hälsobudgeten. Eftersom det svenska hälsobiståndet gick direkt in i denna budget kunde delar av de stulna pengarna betraktas som svenska medel. Skandalen ledde till att Sverige tillfälligt frös sitt bistånd till hälsosektorn, vilket också innebar slutet för SWAp-modellen i Zambia. Efter att i många år ha varit en stor mottagare av svenskt hälsobistånd sjönk stödet till nära noll 2010, för att sedan återhämta sig och överstiga 100 miljoner kronor per år 2013, dock genom andra finansieringsmekanismer.

Uganda och Bangladesh har upplevt liknande svängningar i hälsobiståndet. Denna typ av volatilitet har alltid varit ett kännetecken för biståndsinsatser (se till exempel Östlund, 2018 för en bra översikt). Och alldeles oavsett orsak så är volatiliteten en viktig faktor att belysa, eftersom den begränsar biståndets förmåga att långsiktigt bidra till ett lands övergripande utveckling – något som jag kommer att återkomma till senare.

Figur 1: Svenskt hälsobistånd till Zambia, Uganda och Bangladesh 2002–2022 (mnkr), sektorkoder 120, 130¹



Källa: Openaid.se

Men om vi, i stället för att fokusera på de årliga utbetalningarna av bistånd, fokuserar på *hur* biståndet har getts framträder några tydligare trender. Under de första åren av 2000-talet präglades biståndet av en bred, programbaserad ansats. Den dominerande modellen 2002 i alla tre länder var olika varianter av SWAp. Givare beskrev entusiastiskt denna biståndsmodell, vilken innebar att medel kanaliserades till en specifik sektor, till exempel hälsosektorn, eller direkt till statsbudgeten som budgetstöd. I stället för att finansiera enskilda projekt, som dithills varit den dominerande biståndsmodellen, samfinansierade biståndsgivarna en övergripande plan för landets eller hälsosektorns utveckling. I alla tre länderna konkretiserades detta genom en strategisk plan för hälsosektorn och ett budgetramverk som specificerade kostnaderna för att genomföra planen.

¹ Sektorkoder används för att klassificera biståndet. Sektorkod 120 är ”hälsa” och sektorkod 130 är ”befolkningsfrågor och reproduktiv hälsa”. Sektorkod 130 rymmer merparten av Sveriges hälsobistånd som går till SRHR. Tillsammans fångar sektorkoderna 120 och 130 merparten av det svenska hälsobiståndet.

Planen var framtagen av mottagarlandet och finansierades gemensamt av hälsoministeriet och givarna, och den följdes upp vid regelbundna möten. I Zambias fall fanns det vid hälsoministeriet även en särskild enhet vars uppgift var att samordna alla givare (J. Sundewall & Sahlin-Andersson, 2006).

SWAp-modellen för bistånd var i linje med de idéer som växte fram under tidigt 2000-tal om hur biståndet kunde göras mer effektivt. Idéerna formaliserades senare i Parisdeklarationen om biståndseffektivitet 2005 (OECD, 2005). Den bärande idén i Parisdeklarationen, liksom i de initiativ som följde, var att biståndets effektivitet kunde öka genom bättre samordning. Deklarationen beskrev fem huvudprinciper för biståndseffektivitet:

1. Ägarskap: Mottagarländerna ska ha fullt ägarskap över sina utvecklingsstrategier, vilket innebär att de själva formulerar och implementerar sina nationella planer. Detta ger dem mer kontroll och ansvar för hur biståndet används.
2. Anpassning: Givarländerna ska anpassa sitt bistånd till mottagarländernas prioriteringar och system. Det innebär att stödet ska ges inom mottagarlandets institutionella ramar, snarare än genom parallella system som givarländerna själva skapar.
3. Harmonisering: Givarna ska samordna sina insatser för att minska fragmenteringen av biståndet. Detta förhindrar duplicering och ökar effektiviteten genom att biståndsaktiviteter harmoniseras.
4. Resultatfokus: Biståndsinsatserna ska fokusera på att uppnå tydliga och mätbara resultat. Givare och mottagare ska tillsammans följa upp och utvärdera framstegen mot specifika utvecklingsmål.

Ömsesidigt ansvarstagande: Givar- och mottagarländerna ska gemensamt vara ansvariga för biståndets resultat. Båda parter ska hållas ansvariga för att uppfylla sina åtaganden och använda biståndet effektivt.

Även om de flesta givare idag har övergett SWAp som biståndsmodell, och Parisdeklarationen har tappat sin relevans som en vägledande princip för bistånd, lever idéerna från deklarationen kvar i dagens diskussioner om hälsobistånd. Nationellt ägarskap anses fortfarande vara centralt, även om det inte alltid relateras till nationella utvecklingsplaner. Anpassning till mottagarländernas system och harmonisering av insatser anses fortsatt vara viktigt för biståndets effektivitet. Men i takt med att biståndsgivarnas krav och regler blivit strängare har utrymmet för anpassning till mottagarländernas system minskat.

Resultatfokuset har skiftat från att i huvudsak bedöma ett lands övergripande utveckling till att mest fokusera på mätbara resultat som kan kopplas till specifika biståndsgivare. Resultatorienteringen är en av flera förklaringar som har lett till ett ökat fokus på bistånd i projektform, eftersom det är enklare att mäta resultat i avgränsade projekt. Till exempel är det lättare att räkna hur många säkra förlossningar svenskt bistånd har finansierat inom ett specifikt mödrahälsoprojekt än att förklara hur hälsobiståndet bidrar till den övergripande utvecklingen av mödrahälsan i ett land.

Dags att ompröva den bilaterala biståndsmodellen?

Under de senaste 20 åren har vi alltså sett en i många avseenden positiv utveckling i flera länder vad gäller hälsa och ekonomisk utveckling. Samtidigt har det svenska hälsobiståndet gått från en mer övergripande ansats tillbaka till en modell där det i större utsträckning finansierar avgränsade projekt. Mot denna bakgrund finns det flera starka argument för att ifrågasätta det bilaterala hälsobiståndet, eller åtminstone formerna för hur det ofta genomförs. I följande avsnitt tar jag upp tre argument som jag menar är särskilt relevanta: 1) Biståndets ekonomiska betydelse har minskat i många länder. 2) Fokus på resultat och kontroll bidrar till skapandet

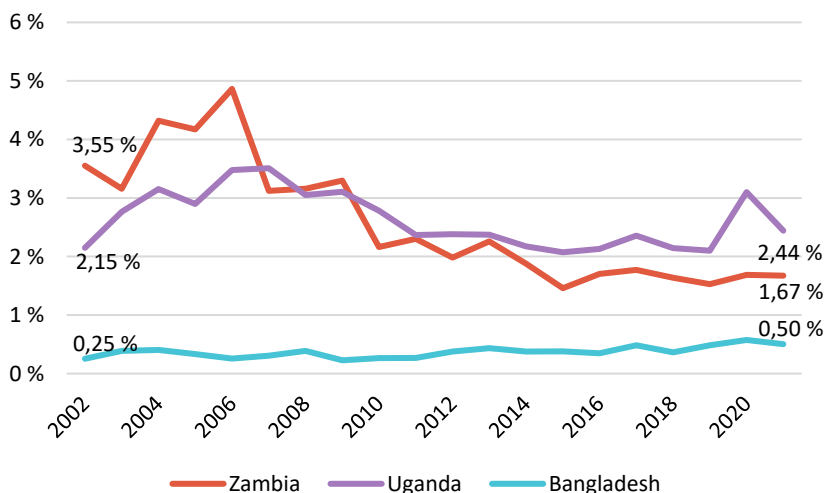
av parallella strukturer. 3) Med ett projektbaserat bistånd blir det svårare att upprätthålla ett fokus på landets utveckling och att stärka dess hälsosystem.

Biståndets ekonomiska betydelse har minskat

Fokus för det svenska hälsobiståndet i de tre länder som behandlas här har varit att öka tillgången till hälso- och sjukvård, särskilt inom mödra- och barnhälsovård. Själva tillhandahållandet av vårdtjänster har alltså varit centralt. Detta har gällt oavsett om hälsobiståndet har fokuserats till projekt eller inom ramen för SWAp. Men hur viktigt är egentligen biståndet för de här ländernas ekonomi? Det är en svår fråga att ge ett kortfattat och enkelt svar på, men låt mig försöka sätta biståndets storlek i perspektiv.

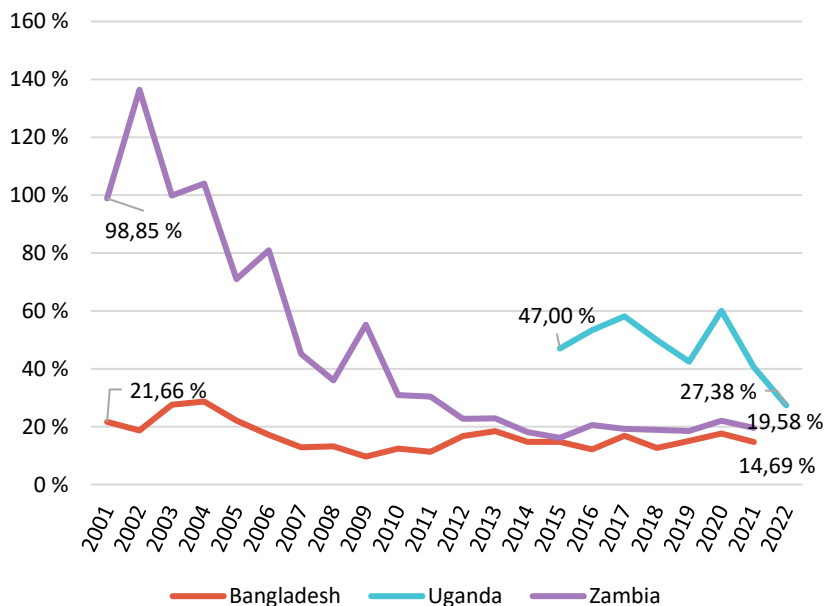
Figur 2 visar hur det totala biståndets andel av BNP har förändrats från 2002–2021 i alla tre länderna. I Uganda, det fattigaste av de tre länderna, har biståndets andel av BNP ökat något. Även i Bangladesh har andelen ökat. I Zambia har det däremot skett en tydlig minskning av biståndet i förhållande till landets ekonomi. I alla tre länderna motsvarade dock biståndet en mycket liten del av den totala ekonomin – mellan 0,5 och 2,4 procent 2021.

Figur 2: Biståndet som andel av BNP i Zambia, Uganda och Bangladesh 2002–2021 (totalt bistånd per capita/BNP per capita, US-dollar)



Källa: Egna beräkningar med data från ourworldindata.org.

Ett annat sätt att förstå biståndets ekonomiska betydelse är att sätta det i relation till storleken på statsbudgeten. Figur 3 visar det totala biståndet i förhållande till statsbudgeten i de tre länderna. I Zambia har det skett en kraftig nedgång, från omkring 100 procent (det vill säga att hälsobiståndet var lika stort som landets egen hälsobudget) 2001 till ungefär 20 procent 2021. I Uganda och Bangladesh har biståndet i förhållande till statsbudgeten också minskat. Minskningen i samtliga tre länder pekar på att biståndets betydelse i förhållande till den totala ekonomin har avtagit och visar att biståndet inte längre är lika viktigt som en överföring av finansiella resurser, även om det fortfarande utgör en betydande andel.

Figur 3: Biståndet som andel av statsbudgeten i Uganda, Zambia och Bangladesh 2001–2022

Källa: Egna beräkningar baserat på data från Världsbanken.

Forskning som jag själv varit delaktig har visat att biståndets effekt är som störst när det utgör en betydande del av resurserna i ett land. I vår studie mätte vi effekter av bistånd för SRHR, bland annat andelen säkra förlossningar och användningen av preventivmedel. I båda fallen var effekten av biståndet större när biståndets utgjorde en större andel av de totala hälsoutgifterna (Sundewall, Ekman & Schmit, 2023). Resultatet från vår studie utgör ett argument för att hälsobiståndet bör omprövas när dess andel av de totala resurserna i mottagarlandet är mindre. I ett sådant läge blir det viktigare att fundera på vad biståndet faktiskt finansierar och i vilken utsträckning det tillför resurser som länderna själva har svårt att mobilisera.

I takt med att biståndets ekonomiska betydelse minskar finns det därför goda skäl att reflektera över vad det svenska hälsobiståndet kan och bör bidra med i länder som Uganda, Zambia och

Bangladesh. Min huvudpoäng är att det blir alltmer uppenbart att länderna själva måste stå för den största delen av kostnaderna för hälso- och sjukvård. Hälso biståndet kan därför fortfarande spela en roll men främst genom specifika stödinsatser som inte i första hand handlar om att tillhandahålla vårdtjänster. Behoven av att utveckla hälsosektorn är fortfarande stora. Hälso problemen är många och sjukdoms bördan ökar, särskilt med den växande utmaningen som icke smittsamma sjukdomar innebär, vilket Anders Nordström lyfter tydligt i kapitel 2 i den här antologin. Ojämligheter i hälsa och tillgång till vård är fortsatt betydande. Och även om biståndets övergripande ekonomiska betydelse har minskat innebär det inte nödvändigtvis att mottagarlandets resurser för hälsa har ökat i motsvarande grad; många låginkomstländer har haft svårt att öka sina stats- och hälso budgetar på grund av låg och ineffektiv beskattning.

Fokus på resultat och kontroll bidrar till parallella system och strukturer

Under de senaste 20 åren har svenskt bistånd, inklusive hälso biståndet, utvecklats mot ett ökat fokus på resultat och kontroll. Som jag tidigare nämnt var SWAp en vanlig samarbetsmodell där biståndsgivare medvetet släppte en del av kontrollen över pengar och prioriteringar för att kunna samfinansiera bredare utvecklingsplaner med resurser som kanaliserades via mottagarlandets budget. På senare år har biståndet rört sig i en riktning som står i kontrast till Parisdeklarationens grundidéer. SWAp som biståndsmodell är mycket mindre vanlig. Två huvudsakliga skäl till dess minskade popularitet är: 1) den upplevda risken för korrup tion, då många mottagarländer har svagare system för kontroll och revision, och 2) svårigheten att visa specifika resultat som biståndet har uppnått.

För att få en bättre kontroll över pengar, och för att kunna visa tydliga resultat, har biståndsgivare implementerat egna system för revision och uppföljning. Ett exempel från Zambia, som jag följde nära, var att Sverige i sitt stöd till ett projekt för mödra- och

barnhälsa utformade ett eget system för resultatbaserad finansiering (RBF), vilket endast tillämpades på svenska biståndsmedel (och delvis amerikanska medel som delegerats till Sverige) och i de provinser där projektet genomfördes. Tanken bakom RBF-ansatsen i Zambia var att ge incitament för goda prestationer genom ett brett stöd till mödra- och barnhälsa som följdes upp utifrån fem nyckelindikatorer. Men det visade sig besvärligt att följa upp resultaten. Brister i data gjorde uppföljningen svår och tidskrävande. Vårdpersonalen hade också dålig kännedom om hur RBF-modellen fungerade, vilket väckte frågor kring dess effektivitet (Bergman, Forsberg, & Sundewall, 2021). Sida ställde även krav på separat revision, vilket ledde till att ett parallellt revisionssystem behövde införas på både nationell och provinsiell nivå, vid sidan av Zambias hälsoministeriums egna system.

Projektbistånd stärker inte hälsosystem

Att *stödja* ett hälsosystem innebär att tillhandahålla resurser för att hjälpa systemet att klara sina dagliga funktioner. Att *stärka* ett hälsosystem betyder å andra sidan att förbättra systemets långsiktiga kapacitet och motståndskraft. Under de 20 år jag har följt svenskt hälsobistånd har det gått från att huvudsakligen baseras på program och SWAp-modeller till att bli mer projektbaserat. Ett hälsobistånd i projektform, som fokuserar på att finansiera ökad tillgång till hälso- och sjukvård, kan utgöra ett *stöd* till ett hälsosystem men kommer att ha svårt att bidra till att *stärka* det. Låt mig ge ett exempel.

De huvudsakliga kostnaderna i ett hälsosystem utgörs av a) vårdpersonal och b) läkemedel och medicinska produkter. I Zambia visade en studie som jag var med och genomförde att lönekostnaderna utgjorde cirka 80 procent av distriktens budget för hälso- och sjukvård (Jackson, Forsberg, Chansa, & Sundewall, 2020). Löner till vårdpersonal är alltså den absolut största utgiftsposten i hälsobudgeten.

Generellt har biståndsgivare varit ovilliga att finansiera löpande kostnader, som löner, i hälsosystemet eftersom det ansetts ohållbart om biståndet skulle minska eller upphöra. Trots att Sverige haft långvariga samarbeten med Zambia, Uganda och Bangladesh, har det funnits en ovilja att långsiktigt binda upp resurser. Hälsobiståndet har därmed präglats av kortsiktighet och har inte finansierat de största utgiftsposterna i systemet, samtidigt som vi vet att långsiktighet är avgörande för att bygga upp ett starkt hälsosystem. I stället har hälsobiståndet i många projekt som syftar till att öka tillgången till hälso- och sjukvård finansierat utrustning (som ambulanser och sängar), infrastruktur (som renovering av vårdcentraler) och projektanställd personal för specifika stöd. Det stora svenskstödda hälsobiståndsprojekt i Zambia som jag nämnde tidigare följde denna modell med öronmärkta medel för specifika kostnader på distrikts- och provinsnivå. Samtidigt genomförs denna typ av projekt alltid inom ramen för landets hälsosystem och är därmed helt beroende av den vårdpersonal som redan finansieras via landets hälsobudget.

Det finns en inneboende svaghet i att biståndsprojekt genomförs inom ett lands hälsosystem men samtidigt inte finansierar de huvudsakliga kostnaderna för systemet. Biståndets förmåga att nå resultat är beroende av ett hälsosystem vars största kostnader givarna inte är beredda att täcka. Sverige är inte unikt i sin ovilja; många biståndsorganisationer i andra länder arbetar efter samma logik, vilket har bidragit till en ”vertikaliserings” och ”projektifiering” av hälsosystemen i flera låginkomstländer. Globala fonden har till exempel ofta kritiserats för att deras fokus på tre specifika sjukdomar (hiv/aids, tuberkulos och malaria) har bidragit till vertikala strukturer i mottagarländer. I värsta fall kan biståndsprojekt till och med försvaga hälsosystemet genom att bidra till en ökad fragmentering av ett redan svagt system, till exempel genom fler rapporteringskrav och en ökad administrativ börda för mottagarlandet.

Ett svenskt hälsobistånd för framtiden

Det finns många starka argument för att Sverige ska ha ett omfattande och generöst bistånd. Jag kan hänvisa till både rättvise- och solidaritetsargument, liksom till det faktum att Sverige kan gynnas av en positiv utveckling i mottagarländerna där relationen går från att vara mellan biståndsgivare och mottagare till ett mer jämlikt partnerskap.

I denna text har jag försökt lyfta fram kritik mot hur Sveriges bilaterala hälsobistånd ofta genomförs idag och betonat behovet av förnyelse. Men min text ska inte tolkas om en önskan om att Sveriges hälsobistånd ska backa tillbaka till hur det var för 20 år sedan. Det fanns många utmaningar med SWAp som biståndsform: SWAp-modellen visade sig i flera fall vara föremål för ökade korruptionsrisker. Den nödvändiga samordningen krävde mycket av såväl givare som mottagare och det saknades ofta tid och resurser för detta.

Det som var positivt med SWAp var att hälsobiståndet hade en bred ansats utifrån en nationell plan, vilket jag vill hävda är svårare att göra med ett hälsobistånd som i huvudsak finansierar projekt. Så, hur borde vi göra i stället?

Direkt hälsobistånd ska fokusera på de minst utvecklade och mest sårbara länderna

Jag har visat hur biståndet till de tre länderna har fluktuerat i omfattning, format och innehåll. Biståndets ekonomiska betydelse har också minskat. Det är därför rimligt att fråga om svenskt bistånd i länder som Zambia, Uganda eller Bangladesh fortsatt bör finansiera hälso- och sjukvårdstjänster. Slutsatsen är att biståndet antagligen inte bör göra det, särskilt inte i Bangladesh och Zambia. Både Bangladesh och Zambia har nått en nivå av ekonomisk utveckling då det är rimligt att de finansierar tillhandahållandet av hälso- och sjukvård med i huvudsak egna resurser.

Min slutsats är varken unik eller ny. Redan 2013 påpekade Lancetkommissionen om investeringar i hälsa att direkt hälsobistånd för att tillhandahålla vårdtjänster blir allt mindre relevant i länder som nått en viss nivå av ekonomisk utveckling. Kommissionen rekommenderade i stället att direkt hälsobistånd i första hand bör riktas till de allra fattigaste länderna och till länder i konflikt (Jamison et al., 2013). En rekommendation som upprepas av den senaste Lancetkommissionen (CIH 3.0) som sammanfattas i kapitel 3 i den här antologin.

CIH 3.0 argumenterar även för att hälsobistånd till länder som befinner sig högre upp på utvecklingskurvan bör fokusera på områden som av olika skäl kräver extern finansiering. Det kan handla om känsliga SRHR-frågor, som tillgång till abort och preventivmedel, vilka kan vara svåra för länderna att finansiera själva. Andra områden där biståndet kan spela en roll är sådana som kräver samarbete över landsgränser, till exempel kontroll av infektionssjukdomar, pandemibekämpning eller utveckling och tillverkning av läkemedel. Detta är alla exempel på frågor som ett land inte kan hantera på egen hand och som har visat sig svåra att hitta sätt att finansiera. Svenskt hälsobistånd har spelat en viktig roll inom samtliga ovan nämnda områden, men det kan stärkas ytterligare. Frågor kring antibiotikaresistens, pandemibekämpning och läkemedelsutveckling ligger också högt upp bland frågor i EU:s globala hälsost strategi som lanserades 2023 (strategin beskrivs i mer detalj i kapitel 8). Det kan vara värt att överväga om Sveriges engagemang i hälsofrågor av global karaktär i större utsträckning bör drivas genom EU.

Ett ytterligare tänkbart utvecklingsområde för svenskt hälsobistånd är så kallat institutionsbyggande. Det kan innebära att ge stöd för att utveckla myndigheters förmåga att styra hälso- och sjukvården, till exempel genom att bygga upp nationella folkhälsomyndigheter. Det kan också handla om att stärka kompetensen inom hälsoforskning vid nationella universitet. Sverige har historiskt bidragit till uppbyggnad av lokal hälsoforskning, och många framgångsrika

samarbetsprojekt har etablerats genom åren mellan svenska universitet och lärosäten i låginkomstländer (vilket beskrivs i mer detalj i kapitel 9 om forskning). Dock har stödet gått via Sidas forskningsbudget och har därför inte varit en lika tydlig del av det bilaterala hälsobiståndet. Svenskt hälsobistånd skulle kunna spela en större roll i institutionsbyggandet i samarbetsländerna i framtiden genom att bidra med svensk expertis från myndigheter, privat sektor och universitet och erbjuda tillgång till svenska utbildnings- och forskningsresurser i Sverige eller på det egna lärosätet.

Hälsobiståndet måste gå hand i hand med mottagarlandets utveckling av hälsosystemet

En annan utmaning för hälsobiståndet är att hänga med i mottagarländernas utveckling. Som jag tidigare nämnt har Zambia, Uganda och Bangladesh upplevt ekonomisk tillväxt de senaste 20 åren; särskilt gäller detta Bangladesh, där utvecklingen tagit ordentlig fart. Med denna tillväxt har också en växande medelklass uppstått, som lever moderna liv i stora städer. Medelklassen i låg- och medelinkomstländer har legitima förväntningar på att landets hälsosystem utvecklas för att möta även deras behov, som exempelvis behandling av hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Samtidigt har biståndet ett tydligt fokus på fattigdomsbekämpning, där resurserna ska satsas på de fattigaste och mest utsatta grupperna. Utvecklingen har också lett till en expansion av den privata vårdsektorn i dessa länder. Privatvården fungerar ofta parallellt med det offentliga systemet och är svår att nå med bistånd som kanaliseras via nationella regeringar. Här krävs innovativa lösningar för att säkerställa att både offentlig och privat vård samordnas och följer gemensamma riktlinjer och kunskapsunderlag.

Situationen som beskrivs ovan skapar spänningar som biståndsgivare måste förhålla sig till. Zambia är återigen ett intressant exempel. År 2019 införde Zambia en nationell hälso- och sjukvårdsförsäkring som ska täcka alla medborgare och göra specialist- och sjukhusvård

tillgänglig till en rimlig kostnad. Primärvården har länge varit avgiftsfri i Zambia, och försäkringsreformen har av politiker i Zambia beskrivits som landets nästa steg i ambitionen att uppnå allmän hälso- och sjukvård ("Universal Health Coverage", UHC).

Att uppnå UHC är ett av målen inom Agenda 2030 som både Sverige och Zambia stöttar. Trots det har biståndsgivarna, inklusive Sverige, hittills visat ett begränsat intresse såväl för reformen som för att stötta dess genomförande. En anledning är troligtvis att försäkringsreformen berör i huvudsak sjukhusvård, vilket traditionellt inte har varit ett fokusområde för hälsobiståndet. Samtidigt utgör sjukhusen en viktig del av vårdkedjan i ett hälsosystem och reformen syftar till att göra sjukhusvård tillgänglig för alla, inklusive de allra fattigaste. Det finns därför goda skäl för biståndsgivare, särskilt Sverige, att engagera sig i denna reform.

I ett större perspektiv, oavsett vad biståndsgivare anser om Zambias försäkringsreform (och det finns definitivt kritik att rikta mot hur den har genomförts), är den nu implementerad och försäkringen en del av det hälsosystem som svenskt hälsobistånd säger sig vilja stärka. Därför måste svenskt hälsobistånd, oavsett om vi anser att försäkringsreformen är en bra idé eller inte, förhålla sig till den. Det är viktigt att förstå hur reformen påverkar tillgången till vård i ett större perspektiv och, inte minst, hur den kan bidra till förbättrad hälsa för befolkningen.

Biståndsgivarnas begränsade intresse för försäkringsreformen knyter också an till den tidigare poängen om biståndsgivares ovilja att finansiera löpande utgifter i ett lands hälsosystem. Den försäkringsreform som Zambia nu genomför omfattar alla offentliga vårdgivare, vars huvudsakliga resurs är den personal som arbetar i systemet. Det råder ständig brist på vårdpersonal i Zambia, på alla nivåer och i de flesta delar av landet. "UHC är moderskeppet"² i ett hälsosystem, som Center for Global Development nyligen uttryckte det, och om

² <https://www.cgdev.org/blog/five-ideas-future-global-health-financing-road-not-yet-taken>.

svenskt hälsobistånd verkligen vill stärka Zambias hälsosystem är det rimligt att även finansiera löner till hälso- och sjukvårdspersonalen i det offentliga systemet.

Slutord och rekommendationer

Titeln på det här kapitlet ställer frågan huruvida svenskt bilateralt hälsobistånd behöver en omstart. Svaret är att svenskt hälsobistånd i flera länder behöver, om inte omstartas så i alla fall omprövas. Ett bilateralt bistånd som ska bidra till ett lands övergripande utveckling måste samverka med den riktning som landet självt väljer. Den projektfokuserade biståndsmodell som det bilaterala hälsobiståndet numera ofta följer framstår som alltmer irrelevant, särskilt när den syftar till att stödja direkta vårdtjänster. Direkt stöd för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ska dessutom fokusera på de minst utvecklade länderna och länder i konflikt.

Inom svenskt bistånd framhålls ofta att vi är en långsiktig och tålmodig partner. Detta stämmer på många sätt och är positivt, eftersom det ger svenskt hälsobistånd möjlighet att bidra till reformer och omställningar som är komplexa och tidskrävande. Men om svenskt hälsobistånd ska gå från att bara stödja hälsosystem till att faktiskt stärka dem, krävs en ännu större långsiktighet. En ansats med mer flexibel finansiering som i högre grad bygger på ömsesidig tillit och mindre på detaljerade mål och resultatkrav bör anammas inom det svenska hälsobiståndet. Givetvis ska biståndets resultat följas upp, men förväntningar på resultat bör vara mer långsiktiga och måste tolkas med försiktighet och förstås i ett större sammanhang av vilken utveckling som mottagarlandet strävar mot.

Den nya biståndspolitik, ”Bistånd för en ny era – Frihet egenmakt och hållbar tillväxt”, lyfter fortsatt fram hälsa och stärkandet av hälso- och sjukvårdssystem som prioriterat. Det är bra – investeringar i hälsa har positiva effekter för hela samhället. Men hur biståndet ges spelar roll. Menar Sveriges regering allvar med intentionen att vilja stärka hälsosystem är det dags att skifta perspektiv mot hur länderna själva väljer att utveckla sina hälsosystem och hur Sverige kan bidra till detta.

Referenser

- Bergman, R., Forsberg, B. C., & Sundewall, J. (2021). Results-Based Financing for Health: A Case Study of Knowledge and Perceptions Among Stakeholders in a Donor-Funded Program in Zambia. *Global Health: Science and Practice*, 9(4), 936-947.
- Jackson, A., Forsberg, B., Chansa, C., & Sundewall, J. (2020). Responding to aid volatility: government spending on district health care in Zambia 2006–2017. *Global Health Action*, 13(1), 1724672.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., . . . Yamey, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
- OECD. (No date). The Paris declaration on aid effectiveness: five principles for smart aid. Retrieved from <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827300.pdf>
- Sundewall, J., Ekman, B., & Schmit, J. (2023). The role of aid in the provision of sexual and reproductive health services. Retrieved from Stockholm: https://eba.se/wp-content/uploads/2023/06/Rapport_2023_01_Webb.pdf
- Sundewall, J., & Sahlin-Andersson, K. (2006). Translations of health sector SWAps--a comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh. *Health Policy*, 76(3), 277-287.
- Östlund, N. (2018). How predictable is Swedish aid? A study of exchange rate volatility.

13 Att bygga upp ett hälsosystem – erfarenheter från Somalia

Fawziya Abikar Nur

- Somalia är ett land präglad av krig, konflikt, fattigdom samt utdragna och upprepade nödsituationer och har några av de sämsta hälsoutfallen i världen, inte minst för kvinnor och barn.
- Somalias hälsosektor har förstörts på grund av decennier av inbördeskrig och var praktiskt taget oreglerad under många år.
- En provisorisk konstitution antogs 2012 och den federala regeringen installerades. Sedan dess har i stort sett alla statliga institutioner behövt byggas upp på nytt, liksom institutioner och myndigheter på subnationell nivå.
- Med detta i åtanke, och trots att landet återigen står inför svår torka, har det federala hälsoministeriet uppnått mycket när det gäller att återuppbygga några av de viktigaste funktionerna i ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem.

Inledning

I mars 2017 utsågs jag till hälsominister i Somalias regering och innehade den posten fram till i augusti 2022. Det gör mig till den hälsominister i Somalias historia som innehaft ämbetet längst period. Sverige har varit en långvarig samarbetspartner till Somalia, så när Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) bjöd in mig att skriva om mina erfarenheter av att återuppbygga ett hälsosystem för en antologi om global hälsa antog jag utmaningen. I det här kapitlet beskriver jag

några av de insatser som gjordes under min tid som minister och några av de utmaningar som uppstod under resans gång. Jag försöker också ta upp det internationella utvecklingsbiståndets roll i detta arbete.

Under 2012 skedde en fredlig och laglig maktöverföring i Somalia, från en övergångsregering till en federal regering i Mogadishu, med en fyraårig mandatperiod enligt en provisorisk konstitution som godkännts av parlamentet. Den federala regeringen i Somalia tillträdde med internationellt stöd. Den 5 november 2012 utsåg den nya premiärministern ett kabinett med tio ministrar, däribland en kvinna som utrikesminister och vice premiärminister. Detta var verkligen ett historiskt steg för landet och för de somaliska kvinnorna. Sedan 2012 har regeringen ombildats vid flera tillfällen och hade fem hälsoministrar mellan 2012 och 2016, med en genomsnittlig mandatperiod på cirka 13 månader. När jag tillträdde som hälsominister 2017 pågick utbrott av sjukdomar som kolera och mässling i olika delar av landet som drabbats hårt av torka. Jag hade tidigare arbetat som konsult med att stödja hälsosektorn genom att granska policyer och lagstiftning, och jag kände därför till de enorma utmaningar som hälsosektorn och landet stod inför. Prioriteringarna var många, samtidigt som resurserna var begränsade. Det var i dessa utmanande tider som jag började mitt mandat som hälsominister, och det var ett stort ansvar att leda det federala hälsoministeriet (FMoH).

Det federala systemet och konstitutionen fanns som stöd för styrning, men utformningen återspeglade också det splittrade system som fanns före och under inbördeskriget. Under en period när det inte fanns någon centralregering hade informella system etablerats av lokala myndigheter och icke-statliga aktörer i städer, regioner och delstater, som ersättning för en fungerande rättsstat. Det var regeringens extremt utmanande uppgift att börja harmonisera och standardisera dessa för att skapa ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem i Somalia. Att skapa ett fungerande system trots alla utmaningar och många konkurrerande prioriteringar i Somalia var en utmaning som jag och ministeriet genast tog itu med.

Den somaliska kontexten

Situationen i Somalia präglas av utdragna och återkommande humanitära kriser och årtionden av krig och konflikter. Torka och översvämningar som förvärras av klimatförändringar och påföljande hungersnöd är tyvärr en del av den humanitära situationen för miljontals människor i landet och en återkommande del av verksamheten för ministeriet. Regeringens förmåga att tillgodose dessa behov beror i stor utsträckning på tillgången till och hållbarheten i både intern och extern finansiering. Det finns även en lång rad andra utmaningar för regeringen utöver finansieringen, relaterade till säkerhet, politisk instabilitet, svag kapacitet hos institutioner etc.



Somalia är en federal stat som består av två regeringsnivåer: den federala regeringen och de federala medlemsstaterna. De federala medlemsstaterna har sina egna grundlagar. Medlemsstaterna är Puntland, Galmudug, Hirshaabelle, Southwest, Jubaland och Banadir Regional Administration. Därutöver finns Somaliland, som strävar efter att bli erkänt som självständig stat men som för den somaliska regeringen är en del av Somalia. Varje medlemsstat har ett eget hälsoministerium som samarbetar med FMOH.

Den totala befolkningen i landet uppgår till cirka 19 miljoner. För närvarande befinner sig omkring 20 procent av befolkningen i en situation med osäker mattillgång och många – över 700 000 människor, varav många kvinnor och barn – befinner sig i akut hungersnöd (IPC, 2024).

Instabiliteten och konflikterna i Somalia har lett till att nästan 4 miljoner människor har tvingats på flykt inom landet de senaste tre decennierna – ett antal som förväntas öka i och med regeringens offensiv under 2024 för att begränsa icke-statliga aktörers kontroll (IOM, 2024). Tvångsfördrivna, inte minst i läger för internflyktingar, lever ofta under svåra förhållanden med trångboddhet och begränsad tillgång till rent vatten och sanitet, vilket ökar risken för utbrott av smittsamma sjukdomar.

Somalias hälsosektor har förstörts genom decennier av inbördeskrig, vilket har resulterat i några av de sämsta hälso- och nutritionsförhållandena på kontinenten och globalt, se tabell 1.

Tabell 1: Uppföljning av hållbarhetsmål 2 och 3 år 2020

SDG-mål	SDG indikator	♂	♀	Totalt
	2.2.1 Hämmad tillväxt hos barn under 5 år ¹ .	27,7 %	28 %	27,8 %
	2.2.2 Undernäring hos barn under 5 år.	22,7 %	22,8 %	22,7 %
	2.2.2 a. Akut undernäring hos barn under 5 år ² .	11,4 %	12,4 %	11,6 %
	3.1.1 Mödradödlighet ³	-	692	-
	3.1.2 Förlossningar i närvaro av person med sjukvårds-utbildning ⁴ .	-	-	31,9 %
	3.7.1 Kvinnor i reproduktiv ålder som har tillgång till moderna preventivmedel.	-	2,1 %	-
	3.7.2 Tonårsfödslar ⁵	-	140	-
	3.a.1 Tobaksanvändning. ⁶	11,3 %	1,1 %	5,9 %
	3.b.1 Vaccintäckning. ⁷	9,9 %	11,6 %	10,7 %

Källa: Somalia Health and Demographic Survey 2020 (SHDS, 2020).

¹ ”Stunting”–andel med hämmad tillväxt mätt som längd relaterat till ålder.

² ”Wasting”–andel med akut undernäring, mätt som vikt i förhållande till längd.

³ Antal dödsfall per 100 000 levande födslar.

⁴ ”Skilled health personnel”.

⁵ Antal födslar av 15–19-åringar per 1 000 kvinnor.

⁶ Andel av personer över 15 år, åldersstandardiserat.

⁷ Andel i befolkningen, i enlighet med nationella vaccinationsprogram.

Nära 70 procent av befolkningen lever på mindre än 1,90 US-dollar per dag och många fler lever strax över denna fattigdomsgräns (Government of Somalia, 2023). Somalias befolkning växer snabbt med en årlig tillväxttakt på nästan 3 procent; den årliga befolknings-tillväxten i städerna var 4,3 procent 2023 (World Bank Group, 2018).

Somalia är ett av fem länder i världen där dödligheten bland barn under 5 år uppgår till drygt 100 dödsfall per 1 000 levande födda, vilket är mer än 50 gånger högre än i de länder som har lägst dödlighet. Dödligheten bland nyfödda beräknas uppgå till 35 dödsfall per 1 000 levande födda, vilket är den högsta siffran i östra och södra Afrika (SHDS, 2020).

Landet är också bland de länder som har högst antal ovaccinerade barn, med 1,5 miljoner barn under fem år som aldrig har fått några vaccinationer. Somalias mödradödlighet är fortfarande en av de högsta i världen, även om den sjunker något. Mödradödligheten minskade från 1 210 per 100 000 levande födda barn på 1990-talet till 692 per 100 000 levande födda barn 2019 (SHDS, 2020).

Den begränsade tillgången till hälso- och sjukvård har lett till att man misslyckats med att minska sjukligheten och dödligheten bland kvinnor och barn i Somalia. En studie som genomfördes 2023, Harmonized Health Services Survey (opublicerad), visade oroande statistik om hälso- och sjukvården i landet. Endast 42 procent av vårdinrättningarna tillhandahåller vaccinering, färre än 45 procent erbjuder öppenvårdstjänster för barnsjukdomar och endast 39 procent erbjuder diagnos eller behandling av undernäring. När det gäller mödrars och nyföddas hälsa visade undersökningen att endast 45 procent av vårdinrättningarna erbjuder förlossningsvård och 57 procent eftervård.

Dubbel sjukdomsbörda

Trots de höga siffrorna när det gäller smittsamma sjukdomar och sjukdomar hos mödrar och barn står Somalia också inför en epidemiologisk transition där icke smittsamma sjukdomar och olyckor skördar många liv. De tio vanligaste dödsorsakerna för både kvinnor och män i alla åldrar 2019 var:

1. tuberkulos
2. stroke
3. nedre luftvägsinfektioner
4. diarrésjukdomar
5. hjärt-kärlsjukdom
6. neonatala sjukdomar
7. undernäring
8. hjärnhinneinflammation
9. mässling
10. medfödda missbildningar.

(IHME, 2024).

Detta illustrerar den dubbla sjukdomsbörda som utmanar befolkningen och hälso- och sjukvårdssystemet i Somalia och gör det tydligt att smala sjukdomsspecifika eller tematiska strategier inte är hållbara. Om man tittar på riskfaktorer för både dödlighet och funktionsnedsättning är det slående att det finns en dubbel sjukdomsbörda. Bland de tio viktigaste riskfaktorerna finns både undernäring (på grund av livsmedelsbrist) och felnäring (fet kost med hög sockerhalt)(IHME, 2024).

Personer med funktionsnedsättning har identifierats som en särskilt marginaliserad och utsatt grupp i Somalia (WHO, 2021a). Psykisk hälsa är också ett försummat hälsoproblem med mycket små resurser och begränsad kapacitet (Ibrahim, Rizwan, Afzal, & Malik, 2022).

Finansiering

Arbetet med att tillgodose de grundläggande behoven hos befolkningen i Somalia försvåras oavbrutet av hotet om torka och hungersnöd, vilket ministeriet måste hantera. Konkurrerande prioriteringar utmanas också av återkommande nödsituationer som kräver omfördelning av finansiering och mänskliga resurser.

Den federala regeringen i Somalia har begränsade möjligheter att mobilisera och driva in skatteintäkter på grund av politisk instabilitet, våld, en stor informell sektor och ett svagt skattesystem. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård som andel av BNP beräknades uppgå till cirka 1,3 procent 2020 (WHO, 2021a).

Upprätta hälsoministeriet

Hur börjar man återuppbygga ett hälso- och sjukvårdssystem inklusive ett ministerium och centrala hälsomyndigheter? Min första omedelbara utmaning när jag utsågs var logistisk. Hälsoministeriet delade kontor med två andra ministerier, och var inrymt i utrikesministeriets lokaler. Det fanns få tillgängliga byggnader i säkra områden, som kunde fungera som regeringskontor. Staden var svårt skadad av många års våldsamheter. Men tack vare stöd från Sveriges regering uppfördes en ny byggnad som stod klar att användas av hälsoministeriet i slutet av 2017.

Personal och kapacitet

Precis som sjukvården står inför utmaningar relaterat till kapacitet, bemanning och rekrytering av personal, så gjorde även ministeriet det när jag började 2017. Att hitta och anställa den bästa tillgängliga personalen till ministeriet var en utmaning. Under den nya regeringens första tid 2012 var det många som inte ville förknippas med, eller identifieras som, regeringspersonal på grund av rädsla för represalier från icke-statliga aktörer. En del i att hantera detta var

att sakta bygga upp förtroendet för ministeriets dagliga arbete – inte bara hos Somalias befolkning utan även hos ministeriets egen personal.

Trots att ministeriet har en resurspool av extremt kunniga och hårt arbetande yrkesverksamma unga förmågor stod ministeriet ibland inför problemet att vi hade olämpliga personer med bristande kapacitet på vissa positioner, på grund av tidigare politiska utnämningar. Förändring är inte lätt, men jag prioriterade att bättre förstå och utvärdera kärnpersonalens prestationer och förmåga, och allt eftersom skedde det många nödvändiga förändringar. Tidigare hade rekryteringen av personal inte skett genom en konkurrensutsatt och opartisk process utan rekryteringen var föremål för nepotism.

Även under covid-19-pandemin upptäcktes några fall av otillåten förvaltning av medel på ministeriet, vilket snabbt uppdagades, utreddes och hanterades. Efter denna olyckliga episod anlät ministeriet experter från Unicef, WHO och Världsbanken för att hjälpa till att införa ett nytt system för offentlig ekonomisk förvaltning – ett molnbaserat upphandlingssystem med ett helt integrerat ekonomisystem för ministeriet. Under 2021 rekryterade vi och tillsatte ett förvaltningskontor och ett ekonomikontor genom en rättvis och konkurrensutsatt process.

En annan viktig grupp som vi nyttjade för att bemanna och stärka ministeriet var somaliska experter inom diasporan, vilka spelar en avgörande roll för att bygga upp och stärka Somalias institutioner. Många yrkesverksamma återvände efter att ha bott och arbetat utomlands i flera år och de gjorde stora uppoffringar för att bidra till återuppbyggnaden av sitt hemland. Deras bidrag är, och har varit, avgörande för att bygga upp kapaciteten hos den unga och energiska personalen på hälsoministeriet både på nationell nivå och i de federala medlemsstaterna. Under min tid som minister har läkare från diasporan varit ovärderliga i hanteringen av till exempel covid-19 och när det gäller att tillhandahålla olika viktiga tjänster över hela landet. Dessutom har de bidragit med sin expertis som rådgivare inom ministeriet, vilket har varit mycket viktigt för att

stärka ministeriets kapacitet. Ett konkret exempel är hur unga somalisk–svenska experter utan ersättning utvecklat digitala plattformar för sammanställning av data för ministeriet för både torka och covid-19.⁸

I slutet av min tid som minister översåg jag överlämnandet av 132 fast anställda som avlönades av regeringen och 360 tillfälligt anställda som främst bekostades av olika genomförandepartner. Några av dem fick också stipendier och möjlighet att delta i utbildning vid prestigefyllda universitet utomlands.

Verksamhet

På grund av de mycket speciella omständigheter som är förknippade med att bygga upp ett ministerium från noll, och samtidigt försöka åstadkomma förbättringar inom hälso- och sjukvården i en mycket svår kontext, var ministeriet mycket operativt, särskilt den första tiden. Det saknades både institutioner och statliga myndigheter som kunde effektuera de förslag och uppdrag som ministeriet presenterade.

Ministeriet har omorganiserats ett antal gånger dels i samband med olika reformprocesser när en omstrukturering varit nödvändig, dels i samband med att verksamheten har vuxit. När jag började fanns fem avdelningar:

- policy och styrning
- folkhälsa
- hälso- och sjukvård
- ekonomi och administration
- personalavdelning (HR).

⁸ Nomad Innovation Lab (NIL)– <https://www.nomadilab.org/about-us>.

I januari 2021 delade vi upp HR-avdelningen i två enheter – dels en som hanterar personalförsörjning för sjukvården, dels en som hanterar ministeriets egna personalfrågor.

Vi etablerade också en ny avdelning ("Family Health") som hanterar bland annat mödra- och barnhälsa, immunisering och nutrition. Därmed kan ministeriet samlat hantera viktiga insatser för att ta itu med landets höga sjuklighet och dödlighet i smittsamma sjukdomar som orsakar de många dödsfall men som enkelt kan förebyggas.

Leverans av hälso- och sjukvård och andra byggstenar i hälsosystemet

En av mina prioriteringar under min tid som minister var att jag skulle lämna efter mig ett starkare och mer kompetent ministerium med högre effektivitet och högre tjänsteleverans. En del av detta var att se till att Somalias befolkning fick bättre tillgång till högkvalitativ andra linjens sjukvård genom egna nationella sjukhus, utan orimliga kostnader. Sjukvård i Somalia är dyrt för enskilda, och den privata sektorn är stark och i stort sett oreglerad (Gele et al., 2017; Warsame, 2020). Felbehandlingar är vanliga men felbehandlingar med negativa konsekvenser beivras inte av tillsynsorgan. Därför var en del av regeringens prioriterade arbete att ta över ansvaret för institutioner med viktiga funktioner för Somalias hälsosektor. Sjukhus som drivits av den offentliga sektorn före inbördeskriget ockuperades under kriget och drevs senare av privatpersoner. Banadir Hospital och Demartino Public Hospital är de viktigaste remissjukhusen i huvudstaden Mogadishu. De är belägna i strategiska områden med stora upptagningsområden, inklusive områden med ett stort antal internflyktingar.

Banadir Hospital är ett mödra- och barnsjukhus, ett remissjukhus för hela landet och ett undervisningssjukhus. Det grundades 1976 som en del av den kinesiska regeringens utvecklingsprojekt för att stödja Somalia. Demartino Public Hospital är det äldsta och största sjukhuset i Mogadishu och har varit en hörnsten i Somalias

sjukvårdssystem sedan sjukhuset grundades 1922. Sjukhuset har nu utvecklats till en heltäckande vårdgivare och blivit synonymt med motståndskraft och engagemang, och det har fortsatt att tillhandahålla viktiga sjukvårdstjänster trots många utmaningar, inklusive omfattande skador under inbördeskriget. Ett av ministeriets prioriterade områden var att återta kontrollen över dessa båda sjukhus. En stor del av befolkningen har inte råd med privat sjukvård och det var viktigt att se till att de åtminstone hade tillgång till viss service av god kvalitet. Det hade också ett starkt symboliskt värde att kunna visa att regeringen tog tillbaka ansvaret för att tillhandahålla grundläggande tjänster, för att långsamt återvinna förtroendet för regeringen bland befolkningen. Från och med den 6 februari 2019 var båda sjukhusen under FMoH:s ledning.

Trots de många utmaningar som finns i Somalia har det skett många framsteg under åren som bådär gott för hälso- och sjukvården i landet inför framtiden. Det har gjorts ett flertal samordnade ansträngningar för att stärka hälsoministerierna både på federal nivå och medlemsstatsnivå. Vissa förbättringar har skett inom nyckelområden, till exempel bättre tillgång till mödrahälsovård, vård för nyfödda, familjeplanering, barnhälsovård och nutritionstjänster samt ett stärkt hälso- och sjukvårdssystem, det vill säga uppbyggnad av kapacitet och ansvarsskyldighet för hälso- och sjukvårdsinstitutioner med mera.

Under 2012 återtog FMoH också kontrollen över den byggnad som hyser Somalias nationella referenslaboratorium, i vilken det hade bott hemlösa internflyktingar sedan inbördeskriget; det var vanligt att människor utan tak över huvudet ockuperade tomma myndighetslokaler. Mindre renoveringsarbeten utfördes samma år, 2013–2014 genomfördes en större renovering och utbyggnad, och 2015 installerades basutrustning. I augusti 2017 invigde vi det renoverade laboratoriet med kapacitet att utföra molekylärbiologiska undersökningar som senare vidareutvecklades under covid-19-pandemin. En månad efter det första bekräftade fallet av covid-19 började Somalia utföra tester i vårt laboratorium och genomförde utbildning för laboratorietechniker från de federala medlemsstaterna (Mohamed, 2023; WHO, 2023b).

De åtgärder som beskrivs ovan var inte bara viktiga för att de säkerställde att hundratusentals somalier fick förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet genom nationella offentliga sjukhus, eller för att landet åter fick ett fungerande nationellt referenslaboratorium med global standard. Insatserna byggde också tillit – både hos befolkningen och hos partners nationellt, regionalt och globalt.

Juridiskt ramverk och styrning för hälsa

Vid ett regeringssammanträde i maj 2017 fick varje ministerium i uppdrag att identifiera prioriterade områden som skulle kunna åtgärdas under den nya regeringens första 90 dagar. Vi på hälso- ministeriet prioriterade att upprätta viktiga dokument och regelverk som styr hälsosektorn. Allt från läkemedel till utbildning av vårdpersonal och tillhandahållande av behandling och vård var praktiskt taget oreglerat. Ett förslag till ramlag togs fram som reglerar hälso- och sjukvården för att säkerställa grundläggande kvalitet och patientsäkerhet – The National Health Professionals Council Act. Förslaget presenterades för regeringen inom den fastställda tidsramen, godkändes och överlämnades till den nationella lagstiftande församlingen.

Kabinettet har också godkänt inrättandet av följande institutioner:

- National Institute for Health (NIH) 2019 – Somalias nationella folkhälsoinstitut och den första statliga myndighet som inrättas under ministeriet. Det fungerar som landets kontaktpunkt för det internationella hälsoreglementet (IHR)⁹.

⁹ Det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) är ett legalt bindande ramverk för medlemsländerna i Världshälsoorganisationen (WHO). Syftet är att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hälsohot med minsta möjliga påverkan på internationell handel och trafik. Läs mer i kapitel 5. https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1

- The National Medicine Regulatory Authority – Somalias läkemedelsmyndighet; beslutet om myndigheten var fortfarande under behandling i parlamentet när jag lämnade min post i augusti 2022.

Ministeriet har sedan dess godkänt flera nationella och tematiska strategier och viktiga både normativa och vägledande dokument för att förbättra hälsosektorns funktion och smidiga drift:

- Strategisk plan för hälsosektorn II och III
- Handlingsplan för vård av nyfödda, 2019–2023
- Immuniseringspolicy, 2021
- Färdplan mot allmän hälso- och sjukvård 2021–2026
- Strategi för reproduktiv hälsa samt vård för nyfödda, barn och unga 2020–2024
- Nutritionsstrategi 2020–2025.

Utvecklingsbistånd för hälsa till Somalia

På grund av de många utmaningarna samt de sektorsövergripande och mångfacetterade behov som utvecklas i komplexa humanitära miljöer som Somalia är det viktigt att åtgärder är harmoniserade och att det finns ett övergripande helhetstänkande. Beslutsfattare på alla tre nivåerna (federal nivå, medlemsstatsnivå och lokal nivå) samt icke-statliga organisationer, FN-systemet, givare och genomförare måste uppmuntras att arbeta tillsammans för att undvika fragmentering och dubbelarbete. Men hur fungerar detta?

För att bygga upp motståndskraft och långsiktighet krävs samordning av relevanta aktörer som exempelvis FMOH och andra statliga organ, för att säkerställa en effektiv prioritering av åtgärder. Denna harmonisering kräver en hel del kommunikation, samordning och gemensamma insatser som ter sig nästan omöjliga i en så bräcklig kontext som Somalia.

WHO är en central partner när det gäller tekniskt bistånd och expertis inom hälso- och sjukvårdsområdet. WHO implementerar också program direkt och har kontor på flera platser i Somalia. Den nuvarande samarbetsstrategin med regeringen gäller 2021–2025 (WHO, 2021a). WHO har stöttat alla aspekter av hälsosystemet. En viktig komponent har varit stöd till hälsoinformationssystemet tillsammans med andra multilaterala organisationer som exempelvis Unicef (WHO, 2022a).

Somalia har många multilaterala och bilaterala partner som är involverade i utvecklingsbistånd för hälsa, och ett stort antal program har genomförts genom åren. Här finns både framgångsrika och mindre framgångsrika exempel att lära av. Några beskrivs nedan och visar både på viljan att lindra de svåra omständigheterna för befolkningen i Somalia och på utmaningarna med en mängd intressenter och varierande tillvägagångssätt. Jag kommer att nämna några exempel.

Det första exemplet är satsningen Essential Package for Health Services (EPHS) som introducerades 2009. Arbetet påbörjades under en kritisk övergångsfas i Somalia. Samtidigt som man identifierade viktiga behov hos befolkningen i Somalia identifierade man också viktiga utmaningar för hälsosektorn. En viktig prioritering var den begränsade institutionella kapaciteten hos medlemsstaternas hälsoministerier, begränsade personalresurser för att utföra viktigt hälsoarbete och slutligen ohållbar och otillräcklig finansiering för arbetet på lång sikt.

EPHS utvidgades 2012 och gick in en genomförandefas genom Joint Health and Nutrition Programme (JHNP). JHNP var ett femårigt program som pågick under 2012–2016 och leddes av de somaliska hälsomyndigheterna med stöd från UNFPA, Unicef och WHO. Programmet finansierades av givare som Storbritannien, Finland, Sverige och USA. JHNP byggde vidare på EPHS och syftade till att minska sjukligheten och dödligheten bland mödrar och barn, förbättra hälso- och näringsstatusen för Somalias befolkning samt tillhandahålla tillgänglig, kvalitativ sjukvård inom reproduktiv hälsa,

mödra- och barnhälsa och nutrition i hela landet. Detta var ett första försök till en harmonisering som är absolut nödvändig för att tillgodose landets behov, samtidigt som den institutionella utvecklingen för Somalias hälsomyndigheter säkerställs. En halvtidsutvärdering av JHNP genomfördes av Sida 2015, där både framsteg och utmaningar identifierades. Bland annat identifierade man bristande samordning mellan givarna och svag kapacitet på institutionell nivå (Andersson, Lukmanji, Nor, & Rothman, 2015).

När JHNP avslutades 2016 bidrog det tyvärr till en ökad fragmentering av tjänsteleveranserna, med olika partners som täckte olika geografiska områden och olika områden. Givarna ingick i stället bilaterala avtal med regeringen och hälsoministeriet. Det saknades tyvärr en stark samordningsmekanism, vilket bidrog till bristande kvalitet och bristande koordinering vad gäller tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Några bilaterala initiativ som följde var bland annat ett DFID-projekt¹⁰ på 100 miljoner brittiska pund: Somalia Health and Nutrition Project (SHINE) 2016–2021 (förlängt till 2022) med fokus på hälso- och näringsstatus, särskilt bland kvinnor och barn. SHINE hade ett nära samarbete med de olika medlemsstaternas hälsoministerier.

Ett annat exempel är Community Health and Social Accountability Project (CHASP) 2017–2021 och 2021–2024 som drivs av Rädda Barnen och finansieras av Sverige (genom Sida) och Schweiz (genom Swiss Agency for Development). Programmet tillhandahåller mödra- och barnhälsovård i utvalda områden och på utvalda vårdinrättningar. Ett syfte är även att stärka kapaciteten hos relevanta hälsomyndigheter (Sida, 2023).

¹⁰ Numera nedlagda Department for International Development (DFID).

Kvalificering för den globala finansieringsfaciliteten

Under 2019 blev Somalia ett GFF-land (Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents), vilket var en milstolpe och en stor bedrift eftersom det krävdes en hel del omstrukturering och reformer innan landet godkändes. Som en del av GFF-processen togs en Investment Case-rapport fram, som fungerade som en grund för reformarbetet (MoH Somalia).

GFF är ett partnerskap med Världsbanken som värd, som bekämpar fattigdom och ojämlikhet genom att främja kvinnors, barns och ungdomars hälsa och rättigheter. Detta görs genom att man stödjer länder att stärka sina hälso- och sjukvårdssystem och förbättra tillgången till vård genom prioritering, anpassad offentlig och privat finansiering samt politiska reformer (GFF, 2024). ”Damal Caafimaad” (EPHS 2020) är ett flaggskeppsprogram för hälso- och sjukvård som stöds av GFF, vilket syftar till att förbättra hälso- och sjukvården i Somalia och genomförs av Somalias federala regering (WB, 2021). Programmet syftar till att förbättra spridning och täckning av viktiga hälso- och nutritionstjänster i fem medlemsstater.

Utmanande samordning

Samordning av myndigheter på olika nivåer inom landet, liksom samordning av givare, är en enorm utmaning på grund av dels den extremt fragmenterade hälsosektorn, dels utmaningar med det federala systemet. Samtidigt är samordning en nödvändighet av flera skäl. De ansvariga hälsomyndigheterna behöver bland annat ha kontroll över leveransen av hälso- och sjukvårdstjänster och kunna samla in kritisk hälsoinformation. Med JHNP etablerade de somaliska hälsomyndigheterna (som då var indelade i tre subnationella zoner – Somaliland, Puntland och South-Central) tillsammans med partners inom hälsosektorn en nationell kommitté för hälsosektorn och en rådgivande nämnd för hälsa som var

verksam fram till 2016. Dessa skulle samordna insatser inom hälsa, nutrition och WASH¹¹. När JHNP avslutades hade nya federala medlemsstater tillkommit och samordningskommittén för hälsosektorn stod inför många utmaningar. Vissa samordningsmöten fick äga rum utanför landet för att tillgodose alla medlemsstaters önskemål.

I linje med den nationella utvecklingsplanen (NPD 8) (Government of Somalia, 2020) etablerade Somalias federala regering en ny struktur för samordning. Detta skedde vid en workshop i Addis Abeba, Etiopien, i slutet av 2019 då FMoH – tillsammans med det federala finansministeriet, hälsoministerierna i de federala medlemsstaterna, företrädare för FN-organisationer och flera utvecklingspartners samt organisationer i det civila samhället och den privata sektorn – enades om att återupprätta en samordningsplattform i landet för hälsa, näring och WASH, under ledning av hälsoministeriet (FMoH Somalia, 2022).

Samordningen är en utmaning på flera sätt, vilket framgått ovan. Många partners och givare befinner sig utanför landet på grund av säkerhetsskäl och många möten måste äga rum utanför landet, vilket innebär en ytterligare börda för beslutsfattare och tjänstemän. Sedan 2018 har den somaliska regeringen uppmanat sina partners att verka inom landet, vilket har underlättat arbetsrelationerna mellan nationella och internationella partners.

Behoven i Somalia är många och ett nära samarbete mellan partners, givare och somaliska myndigheter är nödvändigt och ökar förståelsen hos alla aktörer för behov, prioriteringar och avvägningar som måste göras. Koordinering kan säkerställa att åtgärder inte vidtas i stuprör utan parallellt med andra pågående insatser.

¹¹ Water, sanitation and hygiene (WASH).

Samarbete med Africa CDC – den afrikanska smittskyddsmyndigheten

Tekniskt stöd och kapacitetsuppbyggnad behövs lika mycket som ekonomiska resurser. Den afrikanska smittskyddsmyndigheten Africa Centres for Disease Control and Prevention (ACDC) spelar en viktig roll i kapacitetsuppbyggnad och ledarskap samt för etableringen av starka nationella folkhälsoinstitut i Afrika (ACDC, 2024). National Institute of Health (NIH) är en somalisk myndighet som har haft nytta av ACDC:s expertis och erfarenhet sedan starten. Innan NIH bildades besökte en konsult från ACDC Somalia och gav råd om utformningen av myndigheten, och NIH har haft ett nära samarbete med både huvudkontoret i Addis Abeba och det regionala östafrikanska kontoret i Nairobi. ACDC är viktigt för det afrikanska ledarskapet och kunskapsstyrningen inom hälsa, för att olika länder ska få och dela kunskap med varandra och för att underlätta formellt samarbete mellan länder på den afrikanska kontinenten, liksom för gränskontroll för tidig upptäckt av sjukdomar etc. Laboratorie-samarbete mellan länder är ett område som kan utvecklas betydligt i framtiden.

Hälsoutbildning och forskning

Bland alla behov är kvalitet och kapacitet inom utbildning och forskning inom hälsa, inklusive One Health, avgörande (Bile, Warsame, & Ahmed, 2022). I likhet med vårdgivare så är de flesta universitet i Somalia privata och det finns ett behov av starkare reglering och kontroll samt kapacitetsuppbyggnad. Samtidigt finns det begränsad kapacitet och begränsade resurser på både federal och subnationell nivå för att samla in, analysera och övervaka hälso-statistik. För att nyttja de knappa resurser som finns på bästa sätt finns det därför ett behov av ett nära samarbete mellan olika utbildnings- och forskningsinstitut och hälsomyndigheterna. FMOH har bland annat arbetat tillsammans med WHO för att utveckla

forskningsprioriteringar för hälsa i Somalia (Ssendagire, Mohamoud et al., 2023). Sverige, bland många andra, har också stött kapacitetsuppbyggnad inom somalisk hälsoforskning genom stöd till uppbyggnad av uppföljnings- och forskningskapacitet vid NIH (Fohm, 2024) men också genom andra initiativ från svenska universitet som Högskolan Dalarna (Erlandsson et al., 2021), Somali–Swedish Research Association (Dalmar et al., 2017) och Umeå universitet.¹² Umeå universitet är även värd för en somalisk vetenskaplig tidskrift för att underlätta för somaliska forskare att publicera sina forskningsresultat – Somali Health Action Journal¹³.

NIH och FMoH har genomfört flera aktiviteter för att stärka utbildning och forskning. Workshops om prioritering inom hälsoforskning med somaliska universitet har genomförts, och NIH:s avdelning för forskning har etablerat ett samarbete med flera somaliska universitet genom Somali Universities Association. År 2022 (30 januari–1 februari) arrangerade NIH och FMoH den första somaliska hälsoforskningskonferensen i Somalia i Puntland, med deltagande och ekonomiskt bidrag från Sverige.

FMoH och NIH har också, med stöd av Africa Field Epidemiology Network, genomfört utbildningar i fältepidemiologi sedan 2021, med flera grupper av studenter och totalt 123 hälsoarbetare som hittills avslutat utbildningen. Denna kategori av personal är avgörande för beredskap och insatser vid sjukdomsutbrott, inklusive för system för tidig upptäckt av nya utbrott och för ett fungerande hälsoinformationssystem.

Liksom många andra svaga hälsosystem står Somalia inför en kritisk brist på vårdpersonal och personal med begränsad kapacitet och kompetens. Privata universitet producerar ett stort antal utbildade unga varje år men det finns stora brister i styrning och kvalitet.

¹² Somali-Swedish Research Collaboration for Health – www.umu.se/en/department-of-epidemiology-and-global-health/collaborate-with-us/somali-swedish-research-cooperation/.

¹³ Somali Health Action Journal – <https://journals.ub.umu.se/index.php/shaj/about>.

Utbildning och forskning inom hälsa är grundläggande för att lyckas att utveckla hälsosystemet och främjar starkare hälsosystem och bättre hälsoutfall.

Covid-19-pandemin som ett exempel på samarbete på global och nationell nivå

Trots de många utmaningar som covid-19 medförde gav den världen ett konkret exempel på hur samarbete kan gynna oss alla (Sendagire, Karanja et al., 2023). Somalias hälsosektor var inte redo för pandemin. Den hade inte de personalresurser som krävdes för att säkerställa att viktig verksamhet upprätthölls. Man hade inte de laboratorier som behövdes för att testa och diagnostisera. Social distansering och kontaktspårning var nästan omöjligt i de trånga miljöerna i städerna och i lägren för internflyktingar. Men trots detta visade den somaliska hälsosektorn på motståndskraft under en av de svåraste prövningarna under senare år.

Somalia lanserade sin nationella beredskapsplan för covid-19 den 5 mars 2020 och rapporterade sitt första fall 11 dagar senare. Beredskapsplanen för covid-19 var utformad för att underlätta samordning och ledarskap, stärka den nationella kapaciteten för upptäckt av fall, vård och stöd, bidra till kapacitet för förebyggande och kontroll av infektioner samt stärka mekanismerna för riskkommunikation. Den 13 mars 2020 utsåg FMOH ett sjukhus i huvudstaden Mogadishu (Demartino Hospital) till landets medicinska covid-19-center och sjukhuset anpassade sina rutiner för att ta emot patienter med covid-19.

Den 5 maj 2021 uppgick det totala antalet bekräftade covid-19-fall i hela landet till 14 121, med 721 bekräftade dödsfall. Dessa siffror är dock grovt underrapporterade eftersom majoriteten av fall inte testas eller läggs in på sjukhus, på grund av begränsad kapacitet för testning, vård och intensivvård. Under några av de tidiga topparna samlades information om antalet begravningar in veckovis på vissa

platser, och muntliga obduktioner genomfördes, för att försöka få en snabb bedömning av omfattningen på spridningen.

Dessutom bidrog utbredd desinformation och felaktig information om covid-19 i sociala medier till att allmänheten hade lågt förtroende för de åtgärder som regeringen vidtog – särskilt vad gällde användning av ansiktsmask och social distansering. Ett sätt att effektivt ta itu med detta och ingjuta förtroende var genom dagliga uppdateringar som spred saklig information, delade verifierbara uppgifter och motarbetade den felaktiga information som spreds i media.

Flera givare och partners gav finansiellt och tekniskt stöd till FMoH under pandemin och såg till att Somalias insatser för att hantera pandemin också fick positiva resultat på andra områden, till exempel vad gällde laboratoriekapacitet, syrgasanläggningar och integrerad hälsoövervakning.

Sida bidrog till att stödja hälsoministeriet i att säkerställa att viktiga tjänster kunde fortsätta under covid-19-pandemin samtidigt som man stödde vaccinationskampanjen och bidrog med vaccin. Sidas arbete har konsekvent varit i linje med hälsoministeriets prioriteringar och det somaliska folkets behov. I dialogen (på hög nivå) mellan Sverige och FMoH 2020 när pandemin var som värst, framhölls till exempel den strategiska prioriteringen att säkerställa att landet hade ett modernt och lyhört system för hantering av hälsoinformation. Etableringen av NIH har fått stöd av både Sida och WHO och detta var ovärderligt inte bara under covid-19-pandemin utan också för att stärka ett centralt behov i den somaliska hälsosektorn (WHO, 2022b).

Solcellsdrivna system för syrgasleverans

Ett annat fantastiskt resultat som uppnåddes trots eller på grund av pandemin var utvecklingen av soldrivna syrgasleveranssystem, vilka togs fram genom ett samarbete med WHO och olika givare (WHO, 2021b, 2023a).

Demartino Hospital utsågs till remissjukhus för covid-19, och till deras intensivvårdsavdelning anlände patienter från hela landet. På grund av den stora efterfrågan på intensivvårdsplatser på Demartino kunde inte sjukhuset erbjuda vård till alla som behövde det, och väntetiderna och kön med patienter blev långa. När covid-19-patienternas kliniska status försämrades köptes syrgas in via privata leverantörer, men det fanns bara två privata leverantörer som hade syrgas tillgängligt i Mogadishu. När situationen förvärrades blev tillgången till syrgas via dessa privata leverantörer en utmaning med stor konkurrens mellan offentliga och privata anläggningar. Vid ett tillfälle gick en av de två syrgaskoncentratorerna sönder under natten och då fanns det endast en tillgänglig för hela staden.

Det privata näringslivet och partners, inklusive WHO, köpte syrgas till sjukhuset under covid-19 men det rådde en global brist som innebar att förseningar uppstod. Det fanns ett akut behov av en hållbar och långsiktig lösning som skulle kunna gynna sjukhuset och dess patienter på lång sikt. De soldrivna syrgassystem som infördes var innovativa och hållbara och kunde säkerställa tillgången till syrgas under en kritisk tid i Somalia (WHO, 2023a). Samarbetet och partnerskapet mellan hälsoministeriet, WHO, Världsbanken, IOM, Unicef och givare säkerställde att denna livräddande teknik kunde införas i Somalia. Även om den föddes ur ett behov av att stödja covid-19-patienter kan den användas, och har använts, för att stödja andra patienter, inklusive pediatrika patienter med lunginflammation. Innovation och samarbete bidrog alltså till att rädda otaliga liv i Somalia. När vi bygger upp och bygger ut hälso- och sjukvården i Somalia, som är så hårt drabbat av klimat-katastrofer, är det dessutom oerhört värdefullt om vi kan investera i hälso- och sjukvård som inte bidrar till ytterligare klimatförändringar.

Hållbarhet och finansiering

När jag tog över ministeriet 2017 var budgeten för hälsosektorn 1,2 miljoner US-dollar. Att se till att ministeriet kunde säkra en ansevärd budget för att kunna prioritera och planera effektivt var en av mina högsta prioriteringar och i slutet av min mandatperiod, 2022, kunde jag säkra finansiering för FMoH på drygt 50 miljoner US-dollar. Detta var en betydande ökning och ett första steg. Genom att stärka hälsosektorn och säkerställa harmonisering och synergier i våra partners insatser skulle ministeriet kunna ta itu med en del av de utmaningar som Somalias befolkning står inför på ett sätt som skulle kunna innebära bättre sektorsövergripande planering.

Långsiktigt är det naturligtvis oerhört viktigt att se till att ministeriet kan avsätta tillräckliga nationella medel för hälsa genom skatteintäkter, vilket kräver åtgärder från regeringen. Investeringar i nyckelsektorer som hälsa, utbildning och sysselsättning bör prioriteras och är också ett sätt att förhindra att unga människor dras in i antisociala och våldsamma beteenden.

Sammanfattningsvis

Jag vill uttrycka min djupaste tacksamhet till den svenska regeringen och det svenska folket för deras generositet och stöd till det somaliska folket och i synnerhet till hälsosektorn. Ert bidrag har betytt oerhört mycket, särskilt för somaliska mödrar och barn och för landets hälso- och sjukvårdssystem som helhet. Detta skulle inte ha varit möjligt utan ert och andra givares stöd.

Somalia har kommit långt efter decennier av inbördeskrig och den konflikt som har resulterat i utbrett våld, tvångsflyttningar och humanitära katastrofer. Men det är fortfarande en mycket lång väg kvar att gå. Landet har fortfarande några av de sämsta hälsoutfallen i världen, och hälsosektorn är fortfarande kraftigt underfinansierad.

Hög mödra- och barnadödlighet, undernäring och förekomsten av infektionssjukdomar är betydande utmaningar för folkhälsan.

Befolkningens hälsa, särskilt kvinnors och barns, är beroende av ett starkt stöd från beslutsfattare och ledare i landet för att dessa ska prioritera allmän hälso- och sjukvård, och av ett fortsatt starkt stöd från externa givare under en överskådlig framtid. Kvinnors och barns hälsa i Somalia är högsta prioritet och situationen för kvinnor och barn förtjänar all uppmärksamhet.

Kvinnors och barns hälsa är samtidigt en integrerad del av det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Under 2012, med början i JHNP, övergick givarna från årtionden av ad hoc-finansiering av små projekt till en långsiktig hälsosystemstrategi med mer hållbara effekter. Ett sådant tillvägagångssätt kan möjliggöra en övergång från huvudsakligen humanitärt bistånd till mer långsiktig utveckling. Genom att bygga upp somalisk inhemsk kapacitet kommer vi att kunna bygga upp vår motståndskraft och kommer att kunna bemöta framtida kriser på ett bättre sätt.

Givare som stödjer ett land bör anpassa sitt stöd till landets specifika behov och prioriteringar för att nå framgång. Ibland har givare fokuserat, och fokuserar fortfarande på, områden som de själva har prioriterat eller som de anser vara prioriterade eller mycket viktiga baserat på sina egna mandat och perspektiv. Detta är inte alltid i linje med de befintliga bristerna eller de strategiska prioriteringarna i mottagarlandet, eller med de personalresurser och den kapacitet som finns i landet. För att maximera effektiviteten, minimera fragmenteringen och bygga upp landets inhemska kapacitet behöver givarna genomföra en grundlig analys av de befintliga bristerna, i samarbete med landets regering, för att säkerställa att stödet från givarna tillgodoser landets prioriterade behov.

Det är min övertygelse att ett integrerat angreppssätt möjliggör att högprioriterade och centrala områden inom hälso- och sjukvården kan hanteras på ett hållbart och effektivt sätt i linje med lärdomar från tidigare erfarenheter i landet, till exempel Essential Package of

Health Services. Detta skulle vara att föredra framför att fokusera snävt på ett tematiskt område genom vertikal programmering, med ett mer isolerat tillvägagångssätt.

Dessutom bör givarna samordna sina insatser för att maximera effekten och resurseffektiviteten. Gemensam planering och utveckling samt förstärkning av system för informationsutbyte före fördelningen av finansiella resurser kan bidra till att säkerställa att alla resurser används effektivt och säkerställa att det finns en rättvis geografisk fördelning. Det bör vara en självklar del i allt samarbete att givare åtar sig att stödja hälsoministerier samtidigt som mottagarlandets hälso- och sjukvårdssystem stärks, särskilt inom områden som styrning och förvaltning. Detta är en viktig byggsten för att säkerställa att framtida partnerskap kan bli framgångsrika och att framtida arbete, som att skala upp eller ta itu med nya prioriteringar, kan ske mer smidigt. Genom att ge ministerierna möjlighet att ta en ledande roll, och identifiera och fastställa prioriteringar, kan givarna bidra till att bygga ett mer hållbart och effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Det är min högsta önskan att arbetet med att tillhandahålla kvalitativ hälso- och sjukvård till en överkomlig kostnad för Somalias befolkning och att stärka hälsosektorn förblir en prioritet för nationella institutioner och det internationella samfundet. Vi har enats om en agenda på alla nivåer (globalt, regionalt och nationellt) för att säkerställa att vi kan se förbättringar vad gäller hälsostatusen för befolkningen i Somalia. Det är min förhoppning att vi snart kommer att kunna se betydande framsteg när det gäller mödra- och barnhälsa, att vi kan minska antalet dödsfall som kan förebyggas bland kvinnor och barn samt införa allmän hälso- och sjukvård (UHC) i Somalia.

Referenser

ACDC. (2024). Framework for Development of National Public Health Institutes in Africa. Retrieved from <https://africacdc.org/download/framework-for-development-of-national-public-health-institutes-in-africa/>

Andersson, B., Lukmanji, Z., Nor, H. W., & Rothman, J. (2015). *Mid-term Review of the Somali Joint Health and Nutrition Programme (JHNP)*.

Bile, K., Warsame, M., & Ahmed, A. D. (2022). Fragile states need essential national health research: the case of Somalia. *Lancet Glob Health*, 10(5), e617-e618.

Dalmar, A. A., Hussein, A. S., Walhad, S. A., Ibrahim, A. O., Abdi, A. A., Ali, M. K., . . . Wall, S. (2017). Rebuilding research capacity in fragile states: the case of a Somali-Swedish global health initiative. *Glob Health Action*, 10(1), 1348693.

Erlandsson, K., Wells, M. B., Wagoro, M. C., Kadango, A., Blomgren, J., Osika Friberg, I., . . . Lindgren, H. (2021). Implementing an internet-based capacity building program for interdisciplinary midwifery-lead teams in Ethiopia, Kenya Malawi and Somalia. *Sex Reprod Healthc*, 30, 100670.

FMoH Somalia. (2022). About the Sector Coordination. Retrieved from <https://moh.gov.so/en/health-sector/>

Fohm. (2024). Folkhälsomyndigheten samarbetar med National Institute of Health Somalia. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/internationellt-samarbete/folkhalsomyndigheten-samarbetar-med-national-institute-of-health-somalia/>

Gele, A. A., Ahmed, M. Y., Kour, P., Moallim, S. A., Salad, A. M., & Kumar, B. (2017). Beneficiaries of conflict: a qualitative study of people's trust in the private health care system in Mogadishu, Somalia. *Risk Manag Healthc Policy*, 10, 127-135.

GFF. (2024). Global Financing Facility (GFF) Somalia. Retrieved from <https://www.globalfinancingfacility.org/partner-countries/somalia>

Government of Somalia. (2020). *Somalia National Development Plan 2020 to 2024. The Path to a Just, Stable and Prosperous Somalia*. The Ministry of Planning, Investment and Economic Development. Government of Somalia. Retrieved from <https://nwm.unescwa.org/sites/default/files/2023-06/Somali-National-Development-Plan-2020-2024.pdf>

Government of Somalia. (2023). *Somalia Poverty Report 2023*. Retrieved from <https://goaltracker.nbs.gov.so/content/platform/somalia/publications/somalia-poverty-report-2023.pdf>

Ibrahim, M., Rizwan, H., Afzal, M., & Malik, M. R. (2022). Mental health crisis in Somalia: a review and a way forward. *Int J Ment Health Syst*, 16(1), 12.

IHME. (2024). Country profiles Somalia. Retrieved 18 October 2024, from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/somalia

IOM. (2024). Displacement Tracking Matrix Somalia. Retrieved from <https://dtm.iom.int/somalia>

IPC. (2024). Somalia: About 4.4 million experiencing high levels of acute food insecurity; 1.6 million children likely to suffer from acute malnutrition. Retrieved from www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-109/en/

MoH Somalia. *Investment Case for the Somali Health Sector 2022–2027*. Retrieved from www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Somalia-GFF-Investment-Case.pdf

Mohamed, S. M., Ayni, Abukar, Hassan,. (2023). Expansion of national laboratory capacity in the Federal Republic of Somalia throughout the COVID-19 pandemic (Abstract, Pre-print).

SHDS. (2020). *The Somali Health and Demographic Survey 2020. Directorate of National Statistics, Federal Government of Somalia*. Retrieved from https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020_V7_0.pdf

Sida. (2023). Openaid RÄDDA BARNEN SOMALIA (CHASP) 2021-2024. Retrieved from <https://openaid.se/en/contributions/SE-0-SE-6-13107#description>

Ssendagire, S., Karanja, M. J., Abdi, A., Lubogo, M., Azad Al, A., Mzava, K., . . . Malik, S. (2023). Progress and experiences of implementing an integrated disease surveillance and response system in Somalia; 2016-2023. *Front Public Health*, 11, 1204165.

Ssendagire, S., Mohamoud, S. A., Bashir, F., Jamal, M. A., Bulale, M., Azad, A., . . . Malik, S. (2023). Health research prioritization in Somalia: setting the agenda for context specific knowledge to advance universal health coverage. *Front Public Health*, 11, 1202034.

Warsame, A. A. (2020). *Somalia's Healthcare System: A Baseline Study & Human Capital Development Strategy*. Retrieved from <https://www.heritageinstitute.org/wp-content/uploads/2020/05/Somalia-Healthcare-System-A-Baseline-Study-and-Human-Capital-Development-Strategy.pdf>

WB. (2021). *Improving Healthcare Services in Somalia ("Damal Caafimaad") Project* Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/671481625191487648/pdf/Somalia-Improving-Healthcare-Services-in-Somalia-Damal-Caafimaad-Project.pdf>

WHO. (2021a). *Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2021–2025*. Retrieved from <https://applications.emro.who.int/docs/9789290211280-eng.pdf>

WHO. (2021b). WHO in Somalia. Solar-powered medical oxygen systems saving lives in Somalia: using innovation to accelerate impact in a fragile setting. Retrieved from <https://www.emro.who.int/somalia/news/solar-powered-medical-oxygen-systems-saving-lives-in-somalia-using-innovation-to-accelerate-impact-in-a-fragile-setting.html>

WHO. (2022a). *Comprehensive assessment of Somalia's health information system 2022*. Retrieved from <https://applications.emro.who.int/docs/9789292742188-eng.pdf>

WHO. (2022b). *Strengthening the public health system in a conflict setting: an example of a unique partnership between WHO, Sweden and Somalia working towards achieving health for all*. Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/documents/Strengthening-public-health-systems-case-study-september-2022.pdf?ua=1>

WHO. (2023a). *Increasing access to medical oxygen in Somalia: fostering a resilient health system in fragile context*. Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/strengthening-public-health-systems-case-study-august-2-2023.pdf?ua=1>

WHO. (2023b). *Rapid build-up of essential public health functions in Somalia: utilizing the COVID-19 response to improve preparedness and readiness for health security threats in complex emergency situation*. . Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/somalia/documents/strengthening-public-health-systems-case-study-august-1-2023.pdf?ua=1>

World Bank Group. (2018). Urban population growth (annual %) - Somalia. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.GROW?locations=SO>

14 Handel, bistånd och global hälsa – bidrar svenska företag?

Anna Riby

- Svenska företag vill bidra till global hälsa, och gör det också, genom att sprida läkemedel, medicinteknisk utrustning och förbrukningsvaror med fokus på kvalitet och hållbarhet.
- De bidrar också till bättre tillgång till sjukvård genom att komplettera utbildning, effektivisera arbetsprocesser och engagera sig i folkhälsosatsningar.
- Biståndet kan spela en viktig roll för att öka företagens kunskap om behov och förutsättningar samt öka förmågan hos hälsosystem i utvecklingsländer att välja rätt lösningar, ställa krav och sedan nyttja dessa lösningar på bästa sätt.
- Ett annat sätt är att öka kontaktytorna och dialogen mellan företag, sjukvård, myndigheter och forskning både inom Sverige och med biståndsländer.

Näringslivets roll för global hälsa

De senaste 20 åren har vi sett stora framsteg inom hälsoområdet världen över. Tack vare ny kunskap, ny teknologi och nya metoder som ökar människors livskvalitet samt förebygger och botar sjukdomar har vi kunnat undvika mycket sjukdom och lidande, med en ökande medellivslängden till följd. Det är positiva tecken på en föränderlig värld, men tyvärr är inte all utveckling positiv. För att hantera denna föränderliga värld behöver också hälso- och

sjukvården förändra sig. Utmaningarna är till stor del gemensamma världen över, vilket framgår av denna antologi. Klimatförändringar och miljöhot orsakar nya och stora hälsorisker. Bristen på sjukvårdspersonal, uppskattad till många miljoner, är ett globalt problem som påverkar både patienter och den personal som arbetar idag. Vi behöver nya angreppssätt, med mer fokus på prevention och egenvård, vilket kräver engagemang från hela samhället. Möjligheten till mer avancerad – men också mer kostsam – vård och behandling gör effektivisering och finansiering än mer viktiga.

Agenda 2030 innebär en ökad ambitionsnivå för vår hållbara framtid, och en av grunderna är ett brett ägarskap och delaktighet. Agendan och dess mål vittnar om en insikt att alla delar i samhället – från det offentliga, akademin och civilsamhället till privatpersoner, näringslivet och investerare – har viktiga roller att spela och ett ansvar för vår gemensamma hållbara framtid. Vi behöver helt enkelt tänka nytt kring dagens och morgondagens utmaningar och möjligheter. Därför är det inte underligt att näringslivets roll också framhävs i såväl internationella som svenska diskussioner och dokument. Hållbarhetsmål 9 av FN:s ”Sustainable Development Goals” (SDG) nämner t.ex. att innovation och teknologiska framsteg är nyckeln till hållbara lösningar för både ekonomiska och miljömässiga utmaningar (UNDESA, 2024).

Nya konstellationer behövs, och biståndet bör dra nytta av ”nya” aktörer och nya partnerskap. Företags initiativförmåga, kunskap och erfarenhet behöver bättre tas tillvara för att matcha utvecklingsländernas behov, prioriteringar och kapacitet inom områden där svenska företag och organisationer har komparativa fördelar. Detta uttrycks i bl.a. ”Strategi för Sveriges utrikeshandel, investeringar och globala konkurrenskraft” (Regeringskansliet, 2023), reformagendan ”Bistånd för en ny era” (Regeringen, 2023) liksom dokumentet ”Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030” (Socialdepartementet och Utrikesdepartementet, 2018). Redan i den s.k. PGU:n (”Politik för global utveckling”) fanns tanken om en samordning av handelspolitik, exportfrämjande och närings-

politik utifrån ett gemensamt, ömsesidigt engagemang hos svenska offentliga aktörer, företag och företagsorganisationer att verka i utvecklingsländer (Regeringen, 2007). Däremot var det inte så tydligt hur detta skulle ske. Att det är nödvändigt med ett samspel mellan offentlig och privat sektor för en bättre global hälsa i både hög- och låginkomstländer är dock tydligt.

Utmaningar i de flesta länder består av tillgång till vård och läkemedel, vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet, tillgång till utbildad sjukvårdspersonal, behov av både tekniska och administrativa lösningar, hälsodata och digitalisering samt finansiering. Till detta kommer den ökande efterfrågan på vård som en växande medelklass, ökad medellivslängd och klimat- och miljöhot medför. Vi behöver se en utveckling och förstärkning av hälsosystem som är effektiva, hållbara och resilienta såväl ekonomiskt som miljömässigt och socialt; och detta kan den offentliga sektorn inte klara på egen hand. Här behövs gemensamma krafttag.

Detta är något som Stiftelsen Swecare försöker bidra till daglig dags. Swecare grundades i slutet av 1970-talet av myndigheter och privata aktörer, som ett officiellt svenskt exportorgan inom hälso- och sjukvårdssektorn. Man såg ett behov av att paketera det svenska utbudet av hälso- och sjukvårdsrelaterade lösningar för att matcha efterfrågan på bl.a. nyckelfärdiga sjukhus i utvecklingsländer. För detta fanns Sidafinansiering. Nu ser biståndet annorlunda ut och både världen och Swecares roll har förändrats över åren. Swecares syfte är dock fortfarande dubbelt: att främja svensk export och att samtidigt bidra till att utveckla hälso- och sjukvården globalt.

Åren 2011–2015 genomförde Swecare ett Sidafinansierat projekt baserat på tanken att statligt finansierat utvecklingsamarbete tillsammans med näringslivets bidrag ger ökade förutsättningar för svenska aktörer inom hälsosektorn att framgångsrikt, med öppenhet och ansvarstagande, bidra till en rättvis och hållbar global utveckling. Långsiktiga relationer, baserade på behov och efterfrågan, ansågs ha potential att utveckla vården i samarbetsländerna.

Box 1. Swecare

Swecare är en halvstatlig organisation, vars ändamål är att främja samarbete, internationalisering och export av svensk hälso- och sjukvård och life science. Arbetet bygger på ett nära samarbete mellan aktörer inom offentlig och privat sektor samt akademi. Detta görs genom att anordna delegationsresor och ta emot inkommande besök, sprida kunskap om det svenska hälsosystemet och svenska lösningar samt förmedla kontakter för ökat samarbete och affärer.

Verksamheten ökar förutsättningarna för svenska företag, myndigheter och forskningsinstitut att nå framgång i internationella samarbeten och på internationella marknader. Swecares medlemmar representerar hela hälso- och sjukvårdskedjan – från universitet, regioner och nystartade företag till multinationella koncerner. Medlemsorganisationerna arbetar med allt från bioteknik och läkemedel till medicinteknik, digitala lösningar och tjänster, liksom med att leverera sjukvård.

I december 2011 publicerade *The Economist* artikeln ”Africa Rising”, som gav uttryck för en allmän optimism över Afrikas ekonomiska utveckling och framtid (*The Economist*, 2011). Flera av världens snabbast växande ekonomier fanns i Afrika, medelklassen växte, liksom efterfrågan på produkter och tjänster inklusive hälso- och sjukvård. Många länder öppnade sina marknader för internationell handel och investeringar. ”Zambia is open for business” som Edith Mutale, den dåvarande zambiska ambassadören i Sverige, sa 2012. Rwanda införde en ”one-stop shop” för att registrera företag på en enda dag.

Innovationer skulle möjliggöra ”leapfrogging” för den afrikanska hälso- och sjukvården, dvs. att kunna hoppa över många onödiga steg som västvärlden behövt ta på vägen mot utveckling. Särskilt viktigt var detta för att hantera den dubbla sjukdomsbördan med både smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. Stort hopp sattes

till innovationer inom mobil hälsa (så kallad mHälsa). Vidare ansågs det viktigt att ge den privata sektorn möjlighet att ta en större roll, vid sidan av offentliga system och internationella givare, där ”public-private partnership” (PPP) lyftes som ett bra tillvägagångssätt.

Swecares Sidaprojekt låg helt i linje med detta, och när projektet började var intresset och framtidshoppet stort. Corporate Social Responsibility (CSR) var ett trendande begrepp, och många företag fick upp ögonen för Afrika och andra utvecklingsmarknader där man såg möjlighet att bidra till förbättrad hälsa genom att erbjuda sina lösningar på marknaden.

Vi vet idag att framtiden inte blev riktigt lika ljus och att svårigheterna att få till stånd verklig förändring är många. Men vad säger och gör det svenska näringslivet? Har de gett upp, eller vill de bidra till förbättrad global hälsa? Gör de det, och i så fall hur?

Även om vi behöver bygga upp en större medvetenhet och kapacitet inom näringslivet och den offentliga sektorn om behov och lösningar, relevanta affärsplaner och verktyg för engagemang – så är svaret ja. Svenska företag vill bidra till global hälsa, och de gör också det. Min erfarenhet, efter att ha jobbat med detta de senaste +10 åren, är att många företags engagemang för prioriterade frågor inom utvecklingssamarbetet sträcker sig längre än bara CSR och har blivit en integrerad del av själva kärnverksamheten. Många företag bedriver idag ett strukturerat hållbarhetsarbete i linje med hållbarhetsmålen och söker samverkansmöjligheter för att kunna verka mer hållbart på marknader i låg- och medelinkomstländer. Detta gäller bidrag till förbättrad hälsa men även frågor som mänskliga rättigheter, klimatförändringar och antikorruption. Och det gäller såväl små som stora företag. Stora företag kan dessutom överföra kompetens, teknik och finansiering till mindre företag och sociala företag.

Den svenska life science-sektorn karaktäriseras av företag med innovativa, effektiva och ofta hållbara lösningar, vana vid partnerskap och samarbete med andra aktörer. Genom sina innovationer,

policier och partnerskap bidrar de till global hälsa på flera viktiga sätt. De bidrar med kunskap, tjänster, produkter, ansvarsfullt och hållbart företagande och avser att vara en långsiktig samarbetspartner för att uppnå förbättrad global hälsa. Här nedan kommer jag att ta upp några aspekter och exempel på de svenska företagens engagemang och bidrag. Jag diskuterar också hur biståndet i sin tur kan bidra till att skapa ännu bättre förutsättningar för svenska lösningar vad gäller att göra avtryck i global hälsa.

Läkemedelsforskning och läkemedelsutveckling

Sverige har en stark läkemedels- och bioteknikindustri som bidrar till forskning och utveckling av läkemedel och vaccin, och som för ut bot och behandlingar till vården och till patienter runt om i världen. Bolag med generiska läkemedel har inte sällan tillverkning i medelinkomstländer. Detta ökar lokal kapacitet och kompetens inom läkemedel och kan vara en grund för mer inhemsk produktion. Det bidrar även till att väl beprövade läkemedel görs tillgängliga även för låginkomstländer, till rimliga priser. Dyr och svår ”last-mile delivery” är dock ett problem som minskar tillgången i avlägsna områden.

Kanske starkast lysande bland de svenska läkemedelsföretagen är AstraZeneca, som är ett av de största läkemedelsföretagen globalt och som i mycket hög utsträckning bidrar till att läkemedel ligger i topp vad gäller total svensk export. AstraZeneca har utvecklat många av de mest kända svenska läkemedlen, toppat av magsårsmedicinen Losec. Medicinen medförde ett paradigmskifte vad gäller behandling, innebar början till slutet på magsår som folksjukdom och därmed minskat lidande för patienter liksom minskade samhälls-ekonomiska kostnader. AstraZeneca finns på fler än 100 marknader och deras fokus ligger på flera av de vanligaste icke smittsamma sjukdomarna som drabbar människor över hela världen, t.ex. cancer, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Tillverkning sker i 16 länder, flera av dem i det globala syd. Som flera andra svenska företag har

AstraZeneca bidragit till att Ukraina har kunnat förses med bl.a. viktig utrustning och läkemedel sedan Rysslands invasion av landet, och företaget har oavbrutet haft verksamhet i Ukraina sedan 25 år tillbaka.

Ett annat exempel är Sobi, med fokus på sällsynta sjukdomar och otillfredsställda medicinska behov, t.ex. hemofili, där en stor andel av fallen finns i låg- och medelinkomstländer (Coffin et al., 2023).

Jag vill också nämna Dukoral, ett oralt vaccin mot kolera, framforskat i Sverige sedan början av 1970-talet (Läkemedelsvärlden, 2024). Här kan vi se vikten av att få godkännande av internationella biståndsorganisationer. Efter en stor studie i Bangladesh fick Dukoral stöd av WHO 1983 men vaccinet slog inte riktigt igenom. Den kommersiella marknaden var ironiskt nog liten ekonomiskt sett – i huvudsak de fattigaste befolkningarna i de fattigaste länderna – och de stora internationella organisationerna köpte inte helt tanken på ett vaccin mot kolera. Men eftersom Dukoral också skyddar mot s.k. turistdiarréer orsakade av *E. kolibakterier* har det fortsatt tillverkats av företaget Valneva i Stockholmsområdet. Efter jordbävningsskatastrofen på Haiti 2010 är Dukoral upptaget som ett prekvalificerat koleravaccin hos WHO, vilket har betytt mycket för att öka användningen även i låginkomstländer. Forskargruppen har nu utvecklat ett betydligt billigare koleravaccin, särskilt avsett för barn, och med det hoppas man kunna bidra till WHO:s kampanj för att utrota kolera till 2030. Det nya koleravaccinet kommer inte att kommersialiseras av ett svenskt bolag men Valneva arbetar nu för att utveckla och tillverka ett nytt poliovaccin som man hoppas kommer att bidra till programmet Global Polio Eradication Initiative (Bjur, 2017), som är ett PPP lett av WHO. Målet är att utrota polio globalt (GPEI, 2024).

Sprida innovativ medicinteknik

Sverige ligger i toppen när global innovationsförmåga rankas (WIPO, 2023) och vi är också kända för att ha utvecklat innovativ medicinteknik. Dessa innovationer har bidragit till att (åter)ge liv, hälsa och livskvalitet till tusentals människor över hela världen. Några välkända exempel är dialysmaskinen, gammakniven, respiratorn och rullatorn. Även ultraljudet och pacemakern härstammar från svensk forskning och svenska företag. Många företag avsätter stora summor till egen forskning och utveckling och bygger även vidare på akademiska bidrag. På så sätt kan de utveckla och distribuera medicinsk utrustning, diagnostiska verktyg och digitala hälsolösningar som förbättrar patientvården och effektiviserar vårdprocesser över hela världen. Lösningar för screening och diagnostik utvecklas i Sverige, ofta av lite mindre företag som kanske ännu inte har lyckats göra stora avtryck för den globala hälsan, men som har potential att bidra när de växt till sig. Till exempel kan utrustning för diagnostik med teknik för beslutsstöd eller second opinion bidra till tidig upptäckt av hudcancer även i regioner med låg tillgång till specialister inom området.

Hälso- och sjukvården, liksom det internationella biståndet, har inte till fullo hunnit med i utvecklingen med dubbel sjukdomsborða. Till exempel blir cancer allt vanligare även i låginkomstländer, men samtidigt är tillgången till rätt vård sällan tillräcklig och många patienter diagnosticeras i sent skede. Om behandlingsmöjligheter i landet saknas söker de som har råd dyr vård utomlands, vilket ytterligare ökar klyftorna i tillgång till sjukvård inom landet.

Globalt sett är t.ex. 95 procent av all strålbehandlingsutrustning endast tillgänglig för 20 procent av världens befolkning, och alltför många länder saknar helt strålbehandlingstjänster. I stora delar av världen råder idag också en brist på utbildad och kvalificerad personal. En ökad tillgång till strålbehandling skulle kunna rädda miljontals liv och samtidigt minska den globala kostnaden för cancer.

Detta är något som strålterapi-företaget Elekta försöker bidra till. Företaget bygger på en svensk innovation – strålkniiven eller gammakniiven för icke-invasiv behandling av tumörer i hjärnan, uppfunnen för drygt 50 år sedan vid Karolinska Universitets-sjukhuset. Innovationen ledde till att Elekta grundades och idag är företaget en ledare inom precisionsstrålning. En viktig fråga för företaget är att överbrygga den stora klyfta som finns mellan låg- och medelinkomstländer och rika länder för göra effektiv cancervård, särskilt strålterapi, tillgänglig för fler. Styrelseordförande Laurent Leksell menar att det är branschens ansvar att bidra till sjukvård till rimlig kostnad, med samma kvalitet och samma patientsäkerhet. Ett fokus är därför att utveckla lösningar som är smartare, mer användarvänliga och anpassade till befintlig infrastruktur, och som kräver mindre erfarenhet av de kliniker som använder dem, utan att äventyra den kliniska eller operativa kvaliteten på cancervården.

Som en del av det Sidafinansierade projekt som nämnts ovan har jag genomfört flera delegationsresor till Rwanda. Bland annat tack vare dessa har Rwanda Military Hospital i Kigali kunnat köpa utrustning från Elekta till ett cancercenter som öppnades 2019. Chefen för sjukhuset förklarar att "this centre is expected to reduce reliance on international centres and it's our firm confidence that Rwandans should have access to high cancer care as close to their home as possible". Utbildning i att använda utrustningen är en självklarhet för svenska medicintekniska företag, men ett problem är behovet att öka grundkunskaperna inom t.ex. radiologi eller operationer, vilket enskilda företag knappast kan lösa på egen hand. Här skulle biståndet, utifrån identifierade utbildningsbehov, kunna bidra till att uppgradera vårdpersonalens kunskap och kompetens.

Ett annat exempel är Getinge som utvecklar och tillhandahåller avancerad medicinsk teknik för kirurgi, intensivvård och sterilisering. Deras produkter stödjer livräddande behandlingar och förbättrar patientresultat över hela världen; inte minst bidrog deras respiratorer till att rädda liv under covid-19-pandemin. Bland produkterna finns också tekniska tjänster som bidrar till att maximera livslängden och

långtidsvärdet av de stora investeringar som t.ex. ett operationsrum innebär. Företaget erbjuder också stöd för mindre resursstarka aktörer i utvecklingsländer vad gäller att hitta bra finansieringslösningar, exempelvis via Exportkreditnämnden (EKN) eller via deras samarbete med International Finance Corporation (IFC).

Svenska lösningar är ofta inte de billigaste men de är förknippade med hög kvalitet, lång livslängd och miljömässig hållbarhet, vilket leder till lägre livscykelkostnader och lägre miljömässig påverkan. Med begränsade resurser är det svårt att motivera ett dyrare inköp, även om det blir en lägre kostnad i längden. Om biståndet kunde stötta ökad kunskap om och tillämpning av livscykelkostnader i planering och upphandling tror jag att det skulle kunna leda till ökad hållbarhet och på sikt lägre kostnader för sjukvården i låg- och medelinkomstländer.

Bidra till folkhälsosatsningar

Svenskt näringsliv bidrar till förbättrad global hälsa genom samarbete med lokala och internationella organisationer och regeringar för att genomföra folkhälsosatsningar. Det tycks kanske kontraintuitivt, men svenska företag är intresserade av att bidra till prevention och tidig upptäckt. Både större och mindre företag bidrar inom områden som livmoderhalscancer och anemi. Ett fint exempel på ett samarbete som lett till screening för högt blodtryck av miljontals människor är programmet Healthy Heart Africa (HHA) (AstraZeneca, 2024). I samarbete med regeringar, vårdgivare, civilsamhällesorganisationer (CNR, 2023) och lokala samhällen hjälper HHA nio länder i Afrika söder om Sahara¹ att ta itu med den växande sociala och ekonomiska bördan av hjärt- och njursjukdomar, med fokus på dem som har störst behov och på att förbättra tillgången till vård.

¹ Kenya, Etiopien, Tanzania, Ghana, Uganda, Elfenbenskusten, Senegal, Rwanda, Nigeria och Zanzibar.

Projektet tillkom på initiativ från anställda på AstraZeneca och lanserades 2014 i samarbete med hälsoministeriet i Kenya och i enlighet med den nationella strategin för icke smittsamma sjukdomar (Ministry of Health Kenya, 2015). Fokus var högt blodtryck, vilket uppskattningsvis drabbar var fjärde eller femte kenyan. Lokala hälsosystem stöttas i att öka medvetenheten om symtom och risker med högt blodtryck genom utbildning, screening, kostrådgivning och blodtryckskontroll. Sedan starten har HHA:s fokus utökats geografiskt och tematiskt. Idag har cirka 55 miljoner blodtrycks-kontroller genomförts, vilket lett till att närmare 11 miljoner människor fått en diagnos. Under 2024 utökas fokus till fler icke smittsamma sjukdomar (NCD), inklusive hjärt- och njursjukdomar. Det innebär också att man pga. ökande antal NCD och pågående klimatförändringar som förvärrar situationen försöker ta ett helhetsgrepp för att stödja hälsosystemens hållbarhet (resiliens) och genom prevention minska kostnader och utsläpp.

Vi har också ett flertal företag med lösningar för vatten, sanitet och hygien – ofta med fokus på områden med låga resurser. Här kan nämnas t.ex. Solvatten som är en kombinerad vattenrenare och vattenvärmare, eller Xinix som har lösningar för vattenrening baserade på stabiliserat klordioxid, vilket effektivt förstör virus, svamp och bakterier. Båda företagen har samarbeten med olika FN-organ och andra hjälporganisationer och bidrar på så sätt till att minska riskerna med förorenat vatten på olika håll i världen.

Jag tror att det finns en potential att koppla samman näringsliv och forskare i Sverige och lokalt för att utveckla metoder, kunskap och lösningar som främjar den globala hälsan och föra ut forskningen till faktisk tillämpning. Om biståndet kunde underlätta kontakter mellan akademien och företagen – vilka normalt sett inte uppstår av sig själva – tror jag att synergier kan skapas. Jag har själv sett representanter för akademien och företagsrepresentanter sitta med huvudena tätt ihop och engagerat diskutera möjligheter till samarbeten, så intresset finns definitivt bland företagen om förutsättningarna och affärsvärdet är de rätta.

Miljömässigt hållbara hälso- och sjukvårdslösningar

Klimatkrisen är ett av de största hoten mot folkhälsan. Klimat- och miljörelaterade sjukdomar och dödsfall ökar till följd av föroreningar av vatten och luft, extrema temperaturer, översvämningar och torka, och det finns också en brant uppgång av hjärt-kärlsjukdomar, cancer, luftvägssjukdomar och infektionssjukdomar kopplade till miljöfaktorer. Sjukvården spelar förstås en avgörande roll för att hantera dessa effekter på människors hälsa, vilket frestar på hälsosystemens kapacitet.

Men sjukvården är i sig inte heller miljömässigt hållbar utan den bidrar till klimatförändringar och till olika sorters utsläpp. Man räknar med att sektorn står för 4–5 procent av de globala koldioxidutsläppen, bl.a. genom sjukhusens energikonsumtion, dygnet och året runt (Karliner, 2019). Transporter till, från och inom sjukhusen är omfattade. Men den största delen av utsläppen kommer från världens leverantörskedjor – s.k. scope 3-utsläpp (ClimateHero, 2024) genom produktion, transport och bortskaffande av t.ex. läkemedel, kemikalier, livsmedel, medicinsk utrustning, förbrukningsvaror och textilier. Effekterna på miljön varierar förstås stort mellan länder och sjukhus: USA:s hälsosektor står t.ex. för 57 gånger större utsläpp än Indiens (Karliner, 2019). Det finns en tydlig, om än inte absolut, koppling mellan sjukvårdens andel av BNP och dess utsläpp per capita.

Att hålla människor friska och borta från sjukhusen är ett sätt att minska hälsosektorns miljöavtryck, men när vården behövs har vården och dess leverantörer ett gemensamt ansvar att minska på dess klimatavtryck, mot ”net zero healthcare”.

Klart är att hälso- och sjukvården har möjlighet att påverka miljön positivt, t.ex. genom satsningar på energieffektiviseringar och mer hållbara energislag, bättre nyttjande av sängplatser, minskade transporter genom digitala lösningar och upphandling av mer hållbar

utrustning, och förstås genom att förebygga sjukdomar innan de bryter ut och kräver behandling. Men här behövs ett samarbete mellan hälsoministerier, hälsosystem och vården i sig, internationella och lokala organisationer och företag, och kanske också biståndets stöd till möjligheten att fatta mer hållbara beslut. Om politik, policier och investeringar i vården stämmer överens med målen för minskad klimat- och miljöpåverkan kan de cirka 10 procent av den globala ekonomin som hälso- och sjukvården idag representerar leda till en koldioxidsnål, klimatsmart, mer rättvis och hälsosammare framtid.

Också här kan svenska företag spela en viktig roll. Sverige är generellt sett känt för både utveckling och användning av gröna lösningar inom olika områden, och detta gäller även life science-sektorn. Hållbarhet är viktigt när svenska företag utvecklar produkter och tjänster med siktet inställt på att bidra till ökad hållbarhet och minskad miljöpåverkan. Detta inkluderar att utveckla både tillverkningsprocesser och produkter som minskar materialmängd samt energi- och vattenförbrukning, skapa hållbara förpackningar, minska avfallet och främja grönare metoder inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Både små och stora företag sätter hållbarheten högt på agendan, men det ger förstås mer effekt när de stora företagen gör det.

Socialt hållbara lösningar och ansvarsfullt företagande

Stora såväl som små företag har uppförandekoder, och många baserar sitt företagande på internationella standarder och riktlinjer som FN:s Global Compact och OECD:s riktlinjer för hållbarhetsmålen, och utformar sina strategier utifrån dessa. Hållbarhet innebär ju också social hållbarhet, vilket inkluderar hållbart företagande. Att bekämpa korruption, mutor och andra oetiska affärsmetoder är viktigt för svenska life science-företag, inte bara för att man ska följa lagen utan också för att man ser att korruption förvränger priser, höjer kostnaderna, undergräver konkurrensen och kan i slutändan

leda till vårdbeslut som skadar patienterna och deras vårdgivare. Exempelvis är inköp av insatsmaterial, deltagande i anbudsförfarande och upphandling samt kontakter med sjukvårdspersonalen viktiga områden där detta omsätts i praktiken och där svenska företag ägnar stor omsorg åt att utforma uppförandekoder för sina anställda. För mindre företag är det dock svårt att ha sådan kompetens i företaget. Om biståndet kunde dela med sig av sin kompetens, med fokus på konkreta tips och exempel på hållbart företagande, vore det till stor nytta – och vem vet, kanske också biståndet kan lära sig något av de företag som har långvarig erfarenhet på utvecklingsmarknader?

När jag har mött sjukvårdspersonal från bland annat Uganda och Etiopien, nämner de att svenska företag tar ansvar, både genom sina produkter och i sina affärsrelationer. Man uppskattar den goda relationen efter affären, med stöd för den fortsatta användningen av utrustningen. Svenska företag erbjuder olika former av livscykel-support och livscykelservice, vilket inte alltid är fallet för företag från andra länder. I de länder i Afrika där Swecare har verkat har jag inte sällan hört – och sett – att maskiner står oanvända, eftersom det saknas manualer, kunskap om handhavande eller tillgång till service eller reservdelar. Jag vet att svenska företag försöker ha personal regionalt och skickar ut servicepersonal till sina kunder, alternativt kan göra en del service och underhåll på distans, för att minska tid och kostnader för kunden. Trots detta kan vården uppleva att det är dyrt och tar lång tid att få tillgång till service. Ett önskemål jag ofta hört är att servicepersonal skulle finnas tillgänglig, om inte nationellt så åtminstone regionalt. Det kommer antagligen inte vara ekonomiskt försvarbart för (mindre) företag med få kunder på en viss marknad att ha lokalt anställd servicepersonal, men en lösning är att utbilda fler medicinsktekniska reparatörer lokalt, med möjlighet att serva och reparera flera olika typer av utrustning. Kanske en satsning som svenskt bistånd kunde stödja?

Jämlikhet i hälsa och inkludering

Jämlik tillgång till hälso- och sjukvård är avgörande under hela patientresan – från förebyggande, tidigt upptäckt och diagnos till effektiv behandling av sjukdom. Tyvärr har inte alla länder omfattande allmän hälso- och sjukvård. De som inte har råd med privata sjukförsäkringar tvingas bekosta nödvändig vård ur egen ficka. Katastrofala utgifter för vård kan äventyra hela familjers ekonomi. Dessutom förändras sjukdomsbördan runt om i världen på grund av en ökning av icke smittsamma sjukdomar. Tillgång till högkvalitativ vård saknas för många av jordens invånare. Har man råd och möjlighet söker man avancerad, ofta privat, vård i hemlandet eller utomlands; har man inte råd är situationen svårare.

Vägen mot full tillgång för alla till offentligt finansierad och heltäckande vård är lång och kräver en mängd förändringar, som bättre finansiering av hälsosystem, mer utbildad personal och högre effektivitet. Men genom att tillhandahålla sina lösningar till den offentliga vården i utvecklingsländer bidrar företagen till att öka tillgången till behandling för fler. Än så länge ligger antalet patienter per en viss utrustning betydligt högre än i västvärlden. Men många av de företag jag kommer i kontakt med ser det som sitt största uppdrag att bidra till bättre och mer tillgänglig vård och bättre hälsoresultat, om än inom sitt (lilla) specifika område. Genom att tillhandahålla sina lösningar till anpassade priser, att komplettera med utbildning och arbeta genom offentlig-privata partnerskap kan de bidra till lokala utmaningar och öka tillgängligheten till framför allt avancerad vård. Kanske kan också de dra nytta av sin globala erfarenhet av sjukvård för att bidra på riktigt och på lång sikt.

Kapacitetsutveckling och utbildning

Kapacitetsutveckling inom hälso- och sjukvården bör ses som en systemfråga för att stödja omställningen mot en mer hållbar utveckling. Kliniska och tekniska kompetenser kan saknas, liksom

kompetenser inom styrning och ledning. Världen är som sagt föränderlig, och kunskap riskerar att bli obsolet. Att den offentliga sektorn, med eller utan stöd från bistånd, ska klara detta helt själv är inte troligt och inte heller det mest effektiva. Här finns stor potential att nyttja svenska företags kunskap om hälso- och sjukvård, om system och om tekniska lösningar.

Sverige har i internationell jämförelse betydande kompetens och kunnande inom innovation och utveckling samt ett välutvecklat innovationssystem som bygger på den långa traditionen av samarbete och samskapande mellan det offentliga och det privata. De flesta, om inte alla, svenska företag på det här området ser tillgång till utbildad personal som en förutsättning för förebyggande, tidig upptäckt och behandling av olika sjukdomstillstånd. De är väldigt angelägna om att deras lösningar ska användas på rätt sätt, och de satsar därför mycket på att träna och utbilda personer som ska använda utrustningen och på att bidra med kompetens inom t.ex. bättre arbetsflöden och processer. Flera av de stora företagen har träningscenter på olika platser i världen och erbjuder nätverksgrupper, onlinekurser och workshops på specifika områden.

Ett bra exempel på samarbete mellan civilsamhällesorganisationer och näringslivet är samarbetet mellan Mölnlycke Health Care och Operation Smile Sverige. De har gemensamt utvecklat en femveckorskurs kring infektionsprevention, med nio digitala moduler följt av tre dagars praktiska workshops på plats. Den första fullskaliga kursen genomfördes för sjuksköterskor på utbildningscentret för spaltvård i Cebu, Filippinerna i oktober 2024, och bidrar till Operation Smiles satsning på utbildning och investering i säker kirurgi, liksom på samarbete med näringslivet.

Det finns även ett knippe mindre företag som helt specialiserat sig på att tillhandahålla utbildning för olika nivåer eller verksamhetsnära mikrokurser för vårdpersonal, framför allt inom omvårdnad och baserat på metoder som används i Sverige. På så sätt bidrar de till att sprida svensk vårdfilosofi globalt. Exempel är Global Healthcare College, som tillsammans med lokala partners bidragit med en kurs i

infektionsprevention som under covid-19-pandemin nådde minst 3 000 indiska sjuksköterskor.

Genom att bidra till utbildning och stöd till personal, högre kvalitet och större möjligheter att diagnosticera och behandla patienter, bidrar svenskt kunnande och lösningar också till att minska ”brain drain”, då arbetsmiljön blir mer stimulerande och ger större möjligheter att bidra positivt. ”Brain drain” orsakas inte bara av löneläget utan också av arbetssituationen och svårigheterna att kunna utöva sitt yrke på bästa sätt, vilket t.ex. personal inom cancervården i Zambia uttryckte när de var på besök i Sverige. Men de såg också bortom lokalerna och den avancerade utrustningen och var egentligen mest imponerade av den genomtänkta planeringen av lokalerna, där de tydligt såg patientens flöde genom sjukhuset.

Så ett annat sätt att bidra är genom stöd till planering och styrning av vården, som en tjänst vid sidan av sina produkter eller som konsulttjänster. Det kan röra sig om att bistå med bedömning av utrustningsbehov, design av operationssalar, avdelningar eller hela sjukhus och tillämpning av anpassade digitala lösningar. Sweco och White är exempel på arkitekt- och teknikkonsulter som jobbar med hälso- och sjukvården för att bidra till att anpassa vårdbyggnader efter vårdens föränderliga behov, ny medicinteknisk utveckling, demografi och behovet av klimatanpassning; båda företagen har en hel del erfarenhet av arbete med utvecklingsländer.

Att delta i policydialog, exempelvis genom deltagande i delegationsresor, är också ett sätt att bidra till bättre sjukvård, vilket förstås även kan gynna det enskilda företaget i deras affärer i landet i fråga. Svenska värderingar sprids, utmaningar diskuteras och bidrar samtidigt till att bygga marknaden. Ett exempel är Essity, som arbetar aktivt för att sprida kunskap om antibiotikaresistens och infektionskontroll, i samarbete med bl.a. WHO (Essity, 2024). Deras podd Essential Talks täcker även många andra teman relaterade till global hälsa, t.ex. hur inkluderande global hälsa är idag, hållbarhet samt kvinnohälsa och menstruationshälsa.

Digitalisering, telemedicin och hälsodata

Ny teknik, innovation och digitalisering – ja, även AI – är starka drivkrafter i samhällsutvecklingen och för en högkvalitativ och effektiv vård. Hälsosystemen i hela världen möter ökande krav på att leverera nya, fler, bättre och sömlösa tjänster till överkomliga priser för alla människor, och då är data och teknik avgörande. Men trots tekniska framsteg och datatillgänglighet är hälsopolitiska beslut i många länder inte så ofta baserade på tillförlitliga data. Det uppskattas att vissa länder använder mindre än 5 procent av tillgängliga hälsodata, trots att potentialen för effektivisering och kostnadsbesparing är stor.

Sverige ligger trots allt långt framme vad gäller digitalisering av hälso- och sjukvården. Här har svenska företag bidragit till utvecklingen och användningen av effektiviserande lösningar, inte bara under pandemin utan även före och efter. Det finns en enorm potential att effektivisera hälso- och sjukvården även i utvecklingsländer. Med hjälp av svensk erfarenhet och expertis inom hälsodatahantering och analys kan vi erbjuda lösningar som förbättrar databaserat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården globalt sett. Att samla in och analysera hälsodata kan stötta vården och beslutsfattare på nationell nivå och bidra till utveckling av vården, till gagn för enskilda patienter och på sikt för att stärka hälsosystem.

Även inom detta område finns en variation av svenska företag – från de som har fokus på att utveckla mjukvarulösningar för vården, till de som erbjuder digitaliserade system som ett komplement till deras utrustning. Det kan röra sig om automatisering av processer, digitaliserade beslutssystem, analys av röntgenbilder med stöd av AI och mycket mer. Dock krävs förstås någon grad av sammanhängande digital infrastruktur för att dra fullgod nytta av teknikens möjligheter, något som stämmer in på de flesta digitala lösningar.

Jag vill också nämna Globhe, ett företag vars mål inkluderar ökad hälsa för både planeten och oss som bor här. Ursprungligen var idén att förmedla medicinska leveranser i svårtillgängliga områden via

drönare, vilket fungerade bra men var svårt att skala upp. Det visade sig vara data som kunderna verkligen ville åt och att Globhes plattform, som kopplar samman drönaroperatörer med kunder i behov av drönardata, var perfekt för detta. Genom ett ramavtal med Unicef har Globhe samlat in flygfoton och skapat digitala terrängmodeller för översvämningsutsatta områden, vilket lett till en modell för att förutsäga tidpunkt, plats och omfattning av översvämningar. I Malawi har Globhe spelat en viktig roll i Maladroneprojektet, som syftar till att lokalisera kläckningsplatser för myggor och sedan störa deras livscykel, vilket hindrar dem från att fortplanta sig. Globhes ”crowddroning”-koncept har stöttat projektet genom att koppla samman lokala drönarpiloter med projektet. Användningen av drönare har revolutionerat insamlingen av data om var kläckningsplatserna finns, genom att göra arbetet snabbare och billigare än någonsin tidigare.

Dessutom finns det företag som kan förbättra tillgången till hälso- och sjukvård genom telemedicin och teknik för distansvård. Genom att tillhandahålla plattformar och tjänster som möjliggör virtuella konsultationer, fjärrövervakning och digitala hälsojournaler kan de förbättra tillgången till sjukvård i underbetjänade och avlägsna områden. Sverige hade redan påbörjat denna resa när pandemin slog till, och vi hade på så sätt ett försprång. Här finns många exempel, men hittills har många av dem inte skalats upp utanför Europa. Det tycks vara svårt att ta sig in på även på närmare marknader, och då prioriteras inte utvecklingsmarknader. Dock tillhandahåller Ericsson kommunikationslösningar med bättre uppkoppling och digitala tjänster som möjliggör telemedicin och fjärrövervakning av patienter, vilket kan vara särskilt viktigt i avlägsna och resurssvaga områden där tillgången till sjukvård är begränsad. Kapitel 16 handlar specifikt om global hälsa och digitalisering.

Bidra till finansieringslösningar

Min erfarenhet är att svenska företag i möjligaste mån har varierande prissättning, till förmån för mindre resursstarka länder. Många svenska företag har också efter bästa förmåga bidragit till att stötta Ukrainas hälso- och sjukvård, med anledning av den storskaliga invasionen. Det har rört sig om donationer av läkemedel, medicin-teknik, förbrukningsartiklar men även utbildning och stöd till kliniker i grannländer för att ta emot ukrainska patienter.

För finansieringslösningar för enskilda produkter spelar Team Sweden-aktörer som Svensk Exportkredit (SEK) och Exportkreditnämnden (EKN) viktiga roller. Flera av de företag som ingår mer omfattande affärer använder sig av dessa aktörer för att kunna erbjuda anpassad finansiering och fördelaktiga villkor för sina kunder. Exempelvis har Getinge en långvarig relation med EKN, vars garantier möjliggjort för Getinge att leverera sina lösningar till flera tillväxtmarknads-länder med finansiella villkor som är attraktiva och gynnsamma för köparen; det handlar t.ex. om ventilatorer, anestesimaskiner samt utrustning för infektionskontroll och sterilisering till kunder i Colombia, Kenya, Botswana, Sydafrika, Indonesien och Vietnam.

En del svenska företag har utvecklat innovativa affärsmodeller som särskilt väl passar utvecklingsländer med låg tillgång till kapital-investeringar, och har avdelningar eller program för finansiering. Det kan röra sig om projektfinansiering, ”tjänstefiering” och ”software-as-a-service”, med minskat behov av stora initiala investeringar i utrustning, dvs. att man betalar per behandling eller leasar produkten. Detta är såklart inte unikt för just svenska bolag, men utgångspunkten är kanske oftare än hos vissa andra länders företag att hitta en lösning anpassad för den specifika kundens behov och möjligheter. Som tidigare nämnts bidrar också ett flertal life science-företag till att finansiera hälso- och sjukvårdstjänster genom verksamhet i egna stiftelser eller samarbeten med hjälporganisationer.

Partnerskap och gemensam forskning

Under 2010-talet pratades det mycket om PPP, något som Swecare märkte i samtal med hälsoministerier och myndigheter i flera afrikanska länder. Ibland fanns där en särskild organisation för att utveckla PPP:er. Det tycktes dock vara svårt att implementera större PPP-projekt inom vården. Anledningar kan vara att riskerna bedöms som stora och att sjukvården inte innebär några stora intäkter och att det därför inte är lätt att sy ihop avtal. Idag används såvitt jag vet inte just det begreppet lika mycket men det innebär inte att samarbeten och den privata sektorns roll har minskat i betydelse.

Svenska företag deltar ofta i samarbeten med regeringar, sjukvården, akademien, ideella organisationer och internationella organisationer för att hantera globala hälsoutmaningar och bidra, som vi sett ovan, till många olika aspekter av hälso- och sjukvård. Att engagera sig i sådana strategiska partnerskap är ett sätt för företagen att driva framsteg inom global hälsa, vilket dessutom går hand i hand med den egna organisationens mål och kan stärka det egna varumärket.

Sverige har också en lång tradition av samarbete mellan olika aktörer, inklusive offentliga och privata, så kallade trippelhelix eller multihelix; något som vi kan ha nytta av när det gäller att nå Agenda 2030-målen, och specifikt i arbetet för global hälsa. Här har också låg- och medelinkomstländermycket att bidra med, bland annat i form av kompletterande patientunderlag eller hälsodata om andra typer av sjukdomar än de som är vanligast hos oss. På så sätt blir det en vinn-vinn-situation där både svenska företag och svensk vård kan få bredare underlag och där vården i låg- och medelinkomstländer kan bidra till forskning, utveckling och innovation av lösningar som är relevanta för deras kontext. Gräns- och sektorsöverskridande samarbete är förstås särskilt viktigt i samband med globala hälsohot, såsom covid-19-pandemin.

Slutsatser

Hur gick det då för det biståndsfinansierade projektet? Vilka resultat kunde uppvisas efter avslutat projekt? Jodå, projektet kunde visa på positiva resultat, varav en del uppkommit först på senare tid – för tid tar det. Till exempel etablerade ett stort svenskt företag ett kontor i Zambia, och ett annat kunde sälja utrustning för att öka kapaciteten för cancerbehandling i Rwanda. Ett tredje fick kontakt med en klinik som hade något enstaka exemplar av deras utrustning för blodprover men som genom kontakten fick stöd i effektivare användning. Och många fler fick upp ögonen för marknader i Afrika och har utvecklat sina kontakter där vidare.

Som svar på frågan om svenska företag inom life science vill bidra och faktiskt bidrar till förbättrad global hälsa är svaret ett tydligt ja. Många företag har lösningar som är relevanta för låginkomstländer. Det är också tydligt att den privata sektorn behövs då utmaningarna för att uppnå tillgång till kvalitativ hälsovård för alla inte kan lösas av en enda aktör, eller för den delen med ett enda tillvägagångssätt.

Swecare har sedan våren 2024 fått finansiering för ett projekt för att stötta hållbar sjukvård i Ukraina. Det bygger på erfarenheter som gjorts i det tidigare Sidafinansierade projektet och går i mycket ut på att dels öka kunskap, dels öka kontakter; detta gäller både i Sverige och Ukraina, både mellan det offentliga och det privata. Trots att situationen är svår, så kan vi redan se hur kännedomen och de kontakter vi hittills hunnit främja börjar ge ringar på vattnet.

Vilken roll kan biståndet spela och hur kan synergier skapas? En förutsättning tror jag är att biståndet ser vilka företagens drivkrafter är och att man trots allt kan skapa en gemensam värdegrund för samarbetet. De flesta företag är endast hållbara i längden om de går med vinst, och ofta är utvecklingsmarknader i sig ännu inte tillräckligt intressanta ur ett rent affärsmässigt perspektiv eller ses som för riskfyllda, framför allt för mindre företag – även om deras lösningar har stor potential att bidra till bättre hälsa. Biståndet kan minska riskerna och sänka trösklarna – men med villkoret att företagen ska

vara så hållbara som möjligt. Med fokus på hälso- och sjukvården kommer här en lista med områden där biståndet kunde bidra till bättre förutsättningar för företag att bidra till global hälsa:

- Ökad kunskap hos företagen om behov, prioriteringar och kapacitet i låg- och medelinkomstländer; konkret kunskap om hur man kan bidra till hållbara affärer.
- Ökad kunskap hos biståndets aktörer om företagens situation och villkor för att bidra till global hälsa.
- Ökad kompetens och kunskap inom sjukvården, för att t.ex. bygga på grundkunskaperna inom vissa medicinska och tekniska områden (radiologi, kirurgi, service av medicinteknik).
- Ökad kompetens och kunskap hos beslutsfattare i låg- och medelinkomstländer om effektivisering och styrning av vården, vikten av livscykelkostnader och hur de kan tillämpas. Detta kan bestå i samarbete med svenska myndigheter (t.ex. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen), vilket både sprider kunskap och kan bygga ett bättre sjukvårdssystem och därmed en bättre marknad för företagen.
- Samarbete mellan olika aktörer, t.ex. näringsliv, offentlig sektor och forskare i Sverige och i låg- och medelinkomstländer, för att utveckla metoder, kunskap och lösningar som främjar den globala hälsan – och föra ut forskning och lärdomar till faktisk tillämpning.

De globala hälsoutmaningar som vi står inför är stora, men tillsammans kan vi fortsätta vägen mot målen för hållbar utveckling och tillgång till vård för alla. Samarbetet behöver passa både regeringarnas och företagens strategiska mål, så länge dessa inte skiljer sig allt för mycket åt. Ett visst kommersiellt intresse måste accepteras för att nå över tiden hållbara lösningar. Nya affärsmodeller behöver utvecklas vidare – modeller som gör det möjligt för samhället att bättre dra nytta av kunskapen, kreativiteten och drivkraften hos privata företag att bidra till förbättrad folkhälsa och

nå SDG-målen. Företagen delar ansvaret för att uppfylla dessa nya mål men de behöver också stöd från regeringar och andra organisationer för att säkerställa en så positiv effekt som möjligt.

Ingen kan göra detta ensam. Alla delar i samhället – från det offentliga, akademien och civilsamhället till privatpersoner, näringslivet, investerare och från olika regioner – har viktiga roller att spela och ett ansvar för vår gemensamma hållbara framtid. Man kan se det som att biståndet kan underlätta för företagen att underlätta för biståndet och utvecklingen mot en hållbar framtid. Vi behöver helt enkelt tänka nytt kring dagens och morgondagens utmaningar och möjligheter och vi behöver få med än fler företag på denna förändringsresa.

Referenser

- AstraZeneca. (2024). What is the Healthy Heart Africa programme? Retrieved from <https://www.astrazeneca.com/sustainability/access-to-healthcare/healthy-heart-africa.html>
- Bjur, A. (2017). Få branscher är så innovativa som läkemedelsindustrin *NyTeknik*.
- ClimateHero. (2024). Beräkna, Banta, Bidra. Retrieved from <https://www.climatehero.org/sv>
- CNR. (2023). Healthy Heart Africa marks 9-year impact in fight against hypertension. Retrieved from <https://citinewsroom.com/2023/10/healthy-heart-africa-marks-9-year-impact-in-fight-against-hypertension/>
- Coffin, D., Gouider, E., Konkle, B., Hermans, C., Lambert, C., Diop, S., . . . Pierce, G. F. (2023). The World Federation of Hemophilia World Bleeding Disorders Registry: insights from the first 10,000 patients. *Res Pract Thromb Haemost*, 7(8), 102264.
- Essity. (2024). Creating Awareness with Stories. Retrieved from <https://www.essity.com/company/breaking-barriers-to-well-being/stories/>
- GPEI. (2024). Latest news. Retrieved from <https://polioeradication.org/>
- Karliner, J. e. a. (2019). Health care's climate footprint. *How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action*. Retrieved from https://global.noharm.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- LäkemedelsVärlden. (2024). Jan Holmgren utvecklar koleravaccin i kapselform. *LäkemedelsVärlden*.
- Ministry of Health Kenya. (2015). *National Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, 2015–2020*. Guidelines, Standards & Policies Portal (health.go.ke). Retrieved from <http://guidelines.health.go.ke:8000/media/kenyastrategyforNCDs.pdf>
- Regeringen. (2007). *Regeringens skrivelse Politik för global utveckling (PGU, Skr. 2007/08:89)*. Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/skrivelse/sveriges-politik-for-global-utveckling_gv0389/

Regeringen. (2023). *Bistånd för en ny era: frihet, egenmakt och hållbar tillväxt*. [Stockholm]: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet. Retrieved from <https://www.regeringen.se/contentassets/e96449ad5b04400cac0a62817a98f3a5/bistand-for-en-ny-era---frihet-egenmakt-och-hallbar-tillvaxt-broschyr.pdf>

Regeringskansliet. (2023). Strategi för Sveriges utrikeshandel, investeringar och globala konkurrenskraft.

Socialdepartementet och Utrikesdepartementet. (2018). *Sveriges arbete med global hälsa – för genomförandet av Agenda 2030*. Retrieved from <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/10/sveriges-arbete-med-global-halsa--for-genomforandet-av-agenda-2030/>

The Economist (leaders). (2011). Africa rising. After decades of slow growth, Africa has a real chance to follow in the footsteps of Asia. *The Economist*. Retrieved from <https://www.economist.com/leaders/2011/12/03/africa-rising>

UNDESA. (2024). Goal 9 Build resilient infrastructure, promote inclusive and sustainable industrialization and foster innovation. Retrieved from <https://sdgs.un.org/goals/goal9>

WIPO. (2023). Global Innovation Index 2023: Innovation in the face of uncertainty. Retrieved from https://www.wipo.int/global_innovation_index/en/2023/

15 Hälsobistånd och migrationsbistånd – synergier eller målkonflikter?

Malin Ahrne och Soorej Puthooppambal

- Sambandet mellan migration och hälsa är komplext. Flyktingar och migranter i låg- och medelinkomstländer riskerar sämre hälsa på grund av sämre levnadsförhållanden och begränsad tillgång till hälso- och sjukvård.
- Hälsa är en rättighet, och grundläggande hälso- och sjukvård behöver tillgängliggöras för alla, inklusive flyktingar och migranter.
- Det finns potentiella synergier mellan hälsobiståndet och migrationsbiståndet. Till exempel kan flyktingars och utsatta migranternas rätt till hälsa integreras i hälsobiståndet, vilket görs redan idag till viss del.
- Ekonomisk utveckling i ett land kan indirekt bidra till ökad reglerad migration. En potentiell målkonflikt kan därmed uppstå mellan biståndsmålet om minskad fattigdom och ett eventuellt nytt biståndsmål om minskad migration till Sverige.
- Det behövs en nyanserad bild där migration ses som något som kan leda till bättre förutsättningar för individer och länder, inte minst för hälsosektorn, till exempel genom rörlig hälso- och sjukvårdspersonal och remitteringar.

Inledning

Migration som fenomen är lika gammalt som mänskligheten och har format oss som människor och världen vi lever i. Trots att det är ett urgammalt fenomen är det en av vår tids viktigaste frågor. Det här kapitlet handlar om global migration, hälsa och bistånd. Hur påverkar migration hälsa? Och finns det synergier eller målkonflikter mellan arbetet med global hälsa och migration, med särskilt fokus på biståndet?

Migration och migranter

Om man använder den bredaste definitionen av migration, vilken innefattar migration både inom och utom länder, är en av åtta migrant enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (WHO, 2022). Migration kan påverka alla aspekter av människors liv, inte minst hälsan, och migration påverkar också länders ekonomi och utveckling. Den ekonomiska, sociala och kulturella utvecklingen i de länder som människor lämnar bakom sig och i de nya hemländerna påverkas bland annat av investeringar, minskade respektive ökade skatteintäkter samt förlust respektive tillskott av arbetskraft. Migration skapar också utmaningar, både för individer, familjer och länder (ursprungs-, transit- och mottagarländer).

Begrepp och definitioner

Migranter är ingen homogen grupp. Terminologin är snårig men viktig för en nyanserad bild, både för enskilda och för helhetsperspektivet. All form av migration har ett övergripande syfte för människor – att skapa sig ett bättre liv. Men för enskilda kan det vara avgörande vilken kategori man placeras i. Det kan också förändras över tid, och under en livstid. Det är därför centralt att förstå vilka drivkrafter, och vilken heterogen grupp, som döljer sig bakom begrepp som ”flyktingar” och ”migranter”. Vi utgår från de

definitioner som International Organization of Migration (IOM) använder (IOM, 2021), se faktarutan längre ned. Med begreppet migranter avser vi i det här sammanhanget ”internationella migranter”. Gränserna mellan olika former av migration är heller inte knivskarpa och ibland talar man om ”mixed migration” för att illustrera detta. Trots teorier om drivkrafter på aggregerad nivå fattas ofta beslutet om migration ”vid köksbordet” av familjer, både vid påtvingad flykt och vid annan migration. Människor har olika möjlighet att fatta välinformerade beslut om att migrera eller inte.

All migration och alla migranter är inte relevanta ur ett biståndsperspektiv, så vilken migration är det som beskrivs här? Biståndets uppgift kan sägas vara att skapa förutsättningar för människor som lever i fattigdom och under förtryck att själva förändra sina liv. Därmed kan migranter som lever i fattigdom och under förtryck vara relevanta för biståndet, oavsett om de är flyktingar eller andra slags migranter.

Ytterligare en kategori som vi tar upp är människor som vill bidra till återuppbyggnad och utveckling i sitt gamla hemland. Migranter ses alltmer som viktiga aktörer för länders utveckling, eller som en FN-expert på migration och utveckling uttryckt det: “Vi måste förändra sättet vi tänker på och börja se att diasporan och migranter är essentiella utvecklingspartners.”¹

¹ <https://www.ifad.org/en/web/latest/-/diaspora-and-migrant-workers-are-crucial-development-partners-says-ifad-expert>

Box 1: Definitioner av centrala begrepp

Migration är när en person flyttar ifrån platsen där man vanligtvis är bosatt, antingen inom eller utom landets gränser, tillfälligt eller permanent, och av olika anledningar.

Migranter är ett paraply-begrepp utan allmänt vedertagen definition. Begreppet inkluderar människor som flyttar på grund av utbildning, familjeåterförening eller arbete, personer som utsatts för människohandel, flyktingar och ibland även intern-flyktingar och människor som flyttar inom länder, till exempel från landsbygden in till städerna.

Flyktingar är personer som inte kan eller vill återvända till sitt hemland på grund av en välgrundad rädsla för förföljelse på grund av etnicitet, religion, nationalitet, politik eller medlemskap i en viss social grupp. Asylsökande är personer som gör en formell ansökan om asyl i ett annat land för att de fruktar att deras liv är i fara i hemlandet. (IOM, 2021; UNHCR, 2006)

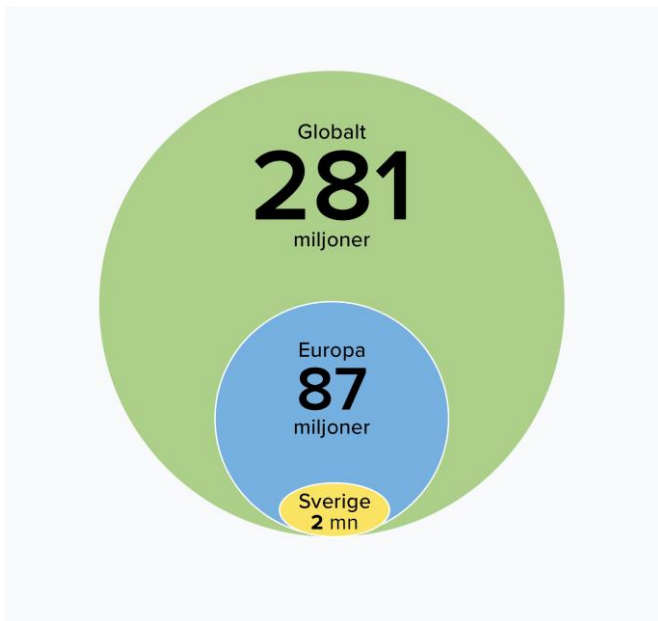
Statistik om global migration

Precis som terminologin kan migrations-statistiken vara snårig och det finns brister. Många länder har till exempel bättre koll på invandring än på utvandring. Det kan också vara lättare att uppskatta antalet migranter men svårare med tillförlitlig statistik om till exempel hur länge någon befunnit sig i ett land eller om irreguljär migration. En annan svårighet där länder gör olika är när någon slutar räknas som migrant. Ibland räknas inte personer som bytt medborgarskap, ibland räknas de. Ibland räknas barn till migranter, ibland inte, och så vidare. Statistik som sammanställs av olika FN-organ, länder och organisationer kan komma från olika år, vara framtagen på olika sätt och använda delvis olika definitioner vilket gör det svårt med jämförelser och exakta siffror.

IOM uppskattar att det fanns 281 miljoner internationella migranter 2020, vilket motsvarar cirka 3,6 procent av jordens befolkning (96,4 procent bor alltså kvar i landet där de föddes). Antalet ökar i takt med att världens befolkning växer men andelen ökar långsamt; 2010 var den 3,2 procent. Mer än 60 procent är arbetskraftsinvandrare. Utbildningsnivån varierar men majoriteten är lågutbildade. (IOM, 2021). FN:s flyktingorganisation UNHCR uppskattar att det fanns drygt 117 miljoner människor på flykt i världen i slutet av 2023 (flyktingar, internflyktingar, asylsökande och s.k. irreguljära migranter inräknade). Av dessa befinner sig 75 procent i ett låg- eller medelinkomstland, och drygt 20 procent befinner sig i något av världens minst utvecklade länder, oftast ett grannland (UNHCR, 2024b).

Migration påverkar även familj och närstående, både i det gamla och nya landet, och får både positiva och negativa konsekvenser för anhöriga. Detta syns oftast inte i någon statistik.

Figur 1: Antal internationella migranter i världen 2020, miljoner



Källa: UNDESA 2020.

Box 2: Vad har fotboll med migration att göra?

Fotboll är en miljardindustri. Drömmen om en framgångsrik fotbollskarriär lever för många barn och unga över hela världen. Totalt 17 procent av spelarna i fotbolls-VM för herrar 2022 i Qatar representerade länder där de inte var födda. Det speglar den globaliserade värld vi lever i idag. Spelarna är förebilder för många unga. Samtidigt finns det baksidor. Tusentals unga människor i Afrika drömmer om att spela fotboll i Europa. Människosmugglare utnyttjar drömmarna om att spela i de stora ligorna i Europa och lockar med falska förhoppningar om att bli professionella fotbollsspelare. Uppskattningsvis rör det sig om cirka 15 000 barn och unga per år som lockas till Europa på det här sättet. (IOM, 2021; Nkang, 2019; Ume-Ezeoke, 2018.)

Global hälsa och migration

Migranter har inga speciella sjukdomar eller hälsoproblem. Men migranternas levnads-, -arbets- och sociala förhållanden kan skapa riskfaktorer och hälsoproblem, både i transit och på en slutdestination. Då uppstår frågor som måste lösas, till exempel om tillgång till hälso- och sjukvård, eftersom hälsa är en mänsklig rättighet. Vi utgår från flera viktiga rapporter som kommit på senare år, vilka tar upp flyktingars och migranternas hälsa (Abubakar et al., 2018; IOM, 2021; WHO, 2022) och likaså rapporter om migration som en utvecklingsfråga (Robert E.B. Lucas, 2019; World Bank Group, 2023).

Hälsa påverkas i hög grad av människors allmänna livsvillkor och socioekonomi. Det är anledningen till att flyktingar och migranter riskerar sämre hälsa. De hamnar oftare i utsatta situationer och har oftare sämre tillgång till hälso- och sjukvård. I en akut flyktingsituation i ett låginkomstland är de omedelbara riskerna för människors liv och hälsa uppenbara. Människor tvingas lämna sina hem och arbeten; vatten, mat och boende samt skydd mot våld och övergrepp är de

omedelbara riskerna. Barn, kvinnor och äldre är extra utsatta, liksom personer med någon funktionsvariation eller underliggande sjukdom (WHO, 2022).

Migranter som flyttar för arbete och studier tenderar generellt att vara i arbetsför- och barnafödande ålder med relativt god hälsa (s.k. ”healthy migrant effect”). Ålder är nämligen en väldigt central faktor för hälsa, där människors risk för att bli sjuka och dö är högre för barn och äldre. Dessutom sker en viss selektion, där människor med ohälsa inte är lika benägna att migrera. Omständigheterna och villkoren för migranter i värdlandet vad gäller till exempel arbetsförhållanden, tillgång till vård och integrering i samhället påverkar förutsättningarna för hälsa både på kort och lång sikt. Migranter i låg- och medelinkomstländer som flyttar i jakt på försörjningsmöjligheter riskerar ofta att hamna i kåkstäder och slumområden med undermåliga levnads- och arbetsvillkor. I ett låginkomstland kanske den övriga befolkningen också lever under knappa förhållanden, men för migranter tillkommer svårigheter som avsaknad av gemensamt språk, sociala nätverk och sociala skyddsnet, diskriminering, sämre tillgång till samhällsservice som hälso- och sjukvård och så vidare. Migranter riskerar att bli en ny underklass, beroende på villkoren och förutsättningarna. Inte minst gäller det för kvinnor som arbetar med hushållsnära tjänster (Simkhada, 2018; WHO, 2022). Utbildning är inte heller alltid en biljett till framgång. Många välutbildade migranter jobbar med okvalificerade arbeten eller är arbetslösa (Sparreboom & Tarvid, 2017).

Oavsett om man räknas som flykting eller annan migrant påverkas riskerna för liv och hälsa av möjligheten att ta sig reguljärt mellan länder. Riskerna är uppenbara när människor försöker ta sig in irreguljärt i till exempel Europa eller Nordamerika. Tusentals människor dör varje år när de befinner sig i transit eller på båtar och andra transportmedel, ofta i händerna på människosmugglare. År 2023 registrerades 8000 dödsfall bland irreguljära migranter, men mörkertalet är stort (IOM, 2024c).

Slutligen kan livsvillkoren *förbättras* av migration, med bättre förutsättningar för hälsa som följd. En kvinna från ett flyktingläger får till exempel bättre tillgång till mödravård i Sverige om hon blir gravid. Det kan tyckas som något av en paradox att om man jämför med den övriga befolkningen i ett land som Sverige så är hälsan ändå ojämnt fördelad för personer som migrerat, särskilt för flyktingar från låginkomstländer, men orsaken är de olika socioekonomiska förutsättningarna och livsvillkoren efter migration. Inte minst var det tydligt under covid-19-pandemin då migranter i höginkomstländer drabbades hårt (Rostila et al., 2023).

Effekter av migration på människors liv och hälsa är alltså situationsberoende och beror på hur livsvillkoren och riskerna ser ut. Modellen i figur 2 visar de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, vilka i sin tur påverkas av olika faser i en migrationsprocess.

Figur 2: Sociala bestämningsfaktorer för hälsa och olika migrationsfaser



Källa: (WHO, 2022).²

² Denna översättning är inte gjord av WHO. WHO ansvarar inte för innehållet eller riktigheten i denna översättning. Den engelska versionen i "World Report

Man kan också titta på migranternas specifika hälsoutfall, till exempel på incidensen för olika sjukdomar, skador eller dödlighet. De största medicinska riskerna för flyktingar och migranter handlar generellt om vanliga sjukdomar, både infektioner och icke smittsamma sjukdomar, tillstånd som har med graviditet och barnafödande att göra samt skador och olycksfall. Stress, oro, ovisshet, separationer och trauman bidrar till psykisk ohälsa. I situationer där många människor samlas, till exempel i flyktingläger, är riskerna stora för utbrott av smittsamma sjukdomar. Riskerna för och förekomsten av sexuellt- och könsbaserat våld är stora, både för flyktingar och vissa andra grupper av migranter (WHO, 2022). Människohandel av både barn och vuxna för sexuellt utnyttjande eller för andra typer av tvång innebär mycket stora konsekvenser för människors hälsa, både fysiskt och psykiskt (Kwankye et al., 2021; WHO, 2023).

Slutligen kan man fokusera på hur länder hanterar rättigheter för migranter och vilken kapacitet som finns i hälso- och sjukvården (WHO, 2022). Hälsosystem i låg- och medelinkomstländer som tar emot många flyktingar och migranter är ofta underdimensionerade och saknar tillräckliga resurser. Det finns en rad hinder för människor att få den vård de behöver och som de enligt internationella överenskommelser har rätt till, till exempel höga kostnader, långa avstånd, diskriminering och språkbarriärer. Om sjukvården saknar kapacitet och resurser att ta hand om den egna inhemska befolkningen finns en risk för missnöje och polarisering i frågan om migranternas rättigheter. Politiker och beslutsfattare kan också vara av den uppfattningen att om man har generösa villkor för migranter och flyktingar (till exempel för vård) så minskar incitamenten för återvändande till hemlandet. Det finns dock ingen evidens som stödjer detta. Länders regelverk skiljer sig åt, så även kontexten. I medelinkomstländer som Egypten och Sydafrika har man till exempel haft generösa regler för att inkludera både flyktingar

on the Health of Refugees and Migrants” 2022 pp17 Fig. 1.3. Determinants of health and phases of migration; Geneva: WHO; 2022; Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO är den bindande och autentiska versionen.

och migranter i hälso- och sjukvården, men det rapporteras också om rena övergrepp mot migranter och hatbrott, och detta riskerar att förvärras av den pågående ekonomiska krisen (IOM, 2024b; UNHCR, 2024a).

Sverige är en viktig givare för WHO, och migranternas hälsa är en global prioritet för WHO som har identifierat sex åtgärdsområden för bättre hälsa för flyktingar och migranter (se faktarutan nedan).

Box 3: WHO:s åtgärdsområden för flyktingars och migranternas hälsa

- Främja hälsan hos flyktingar och migranter genom en blandning av kortsiktiga och långsiktiga folkhälsointerventioner.
- Främja kontinuitet och kvalitet vad gäller grundläggande hälso- och sjukvård samtidigt som arbetsmiljö- och säkerhetsåtgärder utvecklas och förstärks.
- Förespråka integrering av flyktingars och migranternas hälsa i globala, regionala och nationella agendor. Främja flykting- och migrantsensitiva hälsopolicyer samt juridiskt och socialt skydd; hälsa och välbefinnande för flykting- och migrantkvinnor, barn och ungdomar; jämställdhet och egenmakt för flykting- och migrantkvinnor och flickor samt partnerskap och mekanismer för tvärssektoriell, internationell och interorganisatorisk samordning och samarbete.
- Förbättra kapaciteten att hantera de sociala determinanterna för hälsa och påskynda framsteg för att uppnå de hållbara utvecklingsmålen, inklusive allmän hälso- och sjukvård.
- Stärkt hälsoövervakning och stärkta informationssystem.
- Åtgärder för bättre evidensbaserad hälsokommunikation och för att motverka missuppfattningar om flyktingars och migranternas hälsa.

Källa: WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2030 (WHO, 2024c).

Flyktingkrisen i Europa 2015–2016 påverkade biståndspolitiken

Flyktingkrisen i Europa 2015–2016 påverkade inte bara migrationspolitiken utan också biståndspolitiken. Flyktingkrisen ledde till ett ökat fokus på utvecklingssamarbete och politiskt samarbete med länder av strategisk betydelse ur ett migrationsperspektiv. Den bidrog också till att migration spelar en allt större roll vid den geografiska fördelningen av utvecklingsbiståndet. EU:s politiska debatt om migration och utveckling fokuserar alltmer på utmaningarna med till exempel smuggling och hanteringen av irreguljär migration och mindre på migrationens positiva effekter på utvecklingen i Europa. I EBA-rapporten ”Making waves: Implications of the irregular migration and refugee crisis on development assistance spending and practices in Europe” (2017) granskades flyktingkrisens effekter på biståndet. Rapporten visade att det kortsiktigt uppstod problem för flera europeiska biståndsgivare då anslag minskades med kort varsel och styrdes om till att hantera flyktingmottagandet. Kostnaderna för att skydda asylsökande (så kallade ”kostnader för flyktingar i givarlandet”) ökade betydligt. Under 2015 användes 33,8 procent av utvecklingsbiståndet till flyktingmottagande i Sverige, vilket visserligen var exceptionellt men ändå säger något om hur man värderar biståndet. Nyanlända utgjorde därmed den största mottagargruppen för svenskt bistånd. Storleken på det humanitära biståndet förändrades dock inte. Rapportförfattarna menar också att flyktingkrisens effekter på biståndet bidrog till en mer intensiv debatt om att luckra upp uppdelningen i humanitärt bistånd respektive utvecklingsbistånd (Knoll & Sherriff, 2017).

EU:s utvecklingssamarbete har en total budget på 79,5 miljarder euro för perioden 2021–2027, varav 10 procent är avsatt till insatser inom migrationsområdet. Det råder dock delade meningar om i vilken utsträckning man bör använda pengar ur EU:s och enskilda länders biståndsbudget för att hantera migration. OECD:s biståndskommitté (OECD-DAC) beslutade 2022 om riktlinjer för hur länder bör

använda biståndspengar för att hantera migration för att fortfarande kalla det bistånd. Utgångspunkten är att biståndspengar som går till insatser som berör migration ska användas i samarbetsländerna, inte i givarlandet.

Box 4: OECD-DAC:s riktlinjer för biståndsinsatser kring migration

- Utveckling ska vara ett primärt syfte, till exempel ekonomisk utveckling eller annat välstånd.
- Biståndet ska inte styras om till att hantera migrationsfrågor i givarlandet.
- Ömsesidiga fördelar kan uppnås, men mottagarlandets behov ska väga tyngre.
- Biståndet ska vara i linje med vedertagna mål och principer om utveckling och mänskliga rättigheter.
- Biståndets fokus ska vara nyttan för mottagarländerna
- Aktiviteter med huvudsakligt syfte att hejda migration, eller utvisning eller återvandring av migranter räknas inte som bistånd.

Källa: Migration-related activities in official development assistance (ODA) (OECD-DAC, 2024).

Är migration bra eller dåligt för länders utveckling och välfärd?

Flyktingkrisen i Europa 2015–2016 påverkade biståndspolitiken och aktualiserade dessutom frågor kring migration, utveckling och bistånd. Hur påverkas länders ekonomi, demografi och välfärd av migration? Historiskt finns flera exempel på hur länder påverkats i olika riktning av storskalig invandring och utvandring, både påtvingad och frivillig. Den 400-åriga transatlantiska slavhandeln eller den stora utvandringen från Sverige till USA under 1800-talet och början av 1900-talet är några exempel.

Vi kan konstatera att för enskilda människor, och för deras hälsa och välbefinnande, kan flykt och migration få både positiva och negativa konsekvenser, beroende på omständigheter och kontext. Detsamma gäller för länder. Framtidens välfärd i Europa är beroende av invandring (Reuters, 2024). Flera länder rekryterar redan hälso- och sjukvårdspersonal från låg- och medelinkomstländer för att klara att leverera vård och omsorg. Finland rekryterar till exempel sjuksköterskor i Zambia (KAMK, 2024).

Vidare är fri rörlighet av arbetskraft mellan länder viktig för länders ekonomiska utveckling, såväl inom EU som i exempelvis Afrika. Migration mellan länder i Afrika bidrar till hela regionens utveckling, och det ökade fokuset från biståndsgivare på stärkta gränskontroller i Afrika riskerar att underminera förutsättningarna för fri handel mellan länder i regionen (UNCTAD, 2018).

Remitteringar, alltså pengar som skickas från migranter till anhöriga i ursprungslandet, bidrar i hög grad till både social och ekonomisk utveckling. Mycket stora summor pengar skickas som remitteringar varje år, långt mer än vad som överförs i form av bistånd eller utländska investeringar (World Bank Group, 2024). Pengarna används bland annat för att täcka kostnader för vård och utbildning.

Att dräneras på välutbildade medborgare, så kallad ”brain drain”, är ett märkbart problem inte minst inom hälsosektorn för många låg- och medelinkomstländer. Läkare och sjuksköterskor kan till exempel relativt enkelt få jobb i andra länder. ”Brain gain” är den omvända processen med att försöka locka till sig eller locka tillbaka kvalificerad arbetskraft. Många låg- och medelinkomstländer har etablerat någon form av statlig institution eller myndighet för att hantera kontakterna med människor som emigrerat, bland annat för att underlätta investeringar och återvandring (Frehywot, Park, & Infanzon, 2019). ”Brain circulation” syftar på en situation där individer flyttar mellan hem- och ursprungsland och bidrar med pengar eller nya kompetenser, eller att diaspora-grupper investerar i sina ursprungs- länder, till exempel inom hälsosektorn. Man talar även om ”sociala

remitteringar”. Kunskap och innovationer kan spridas mellan länder på detta sätt. (Robert E.B. Lucas, 2019).

Generellt är utvandring något vanligare från medelinkomstländer än från låginkomstländer, vilket beskrivs i en kunskapsöversikt från 2019 som togs fram av Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) och Delegationen för migrationsstudier (Delmi). Högre utbildningsnivå och mer individuellt handlingsutrymme har föreslagits som bakomliggande orsaker (Robert E.B. Lucas, 2019). Det här gäller dock inte vid humanitära kriser, enligt rapporten. Om hypotesen stämmer skulle ekonomisk utveckling i ett låginkomstland initialt kunna leda till ett större migrationstryck på höginkomstländer, vilket sedan skulle avta när låginkomstländernas utveckling uppnått en viss nivå. (Det engelska begreppet för detta är ”the migration hump”.) Utveckling kan alltså teoretiskt leda till ökad emigration (Benček & Schneiderheinze, 2024).

Betyder det här att bistånd som leder till utveckling leder till ökad migration? Svaret är inte så enkelt. Rapporten ”Does Foreign Aid Reduce Migration?” (Fuchs, 2023) har undersökt den kausala effekten av bistånd på migration och på viljan att migrera. En slutsats där är att på lång sikt bidrar utveckling sannolikt till en ökning av *den reglerade* migrationen men inte till en ökning av *oreglerad, irreguljär* migration. Det borde vara ett scenario som många kan enas om vore en förbättring. Rapporten konstaterar också att antalet migranter och flyktingar kan minska något på kort sikt under vissa omständigheter i samband med stora biståndssatsningar, men kostnadseffektiviteten är oklar (Fuchs, 2023). På kort sikt kan även biståndsprojekt ge hopp om förändringar som kan göra att vissa individer väntar med att lämna (ibid).

Författarna till rapporten ”False moves: Migration and development aid” (Dennison, Fine, & Gowan, 2019) menar att en målkonflikt kan uppstå om minskad migration blir ett nytt biståndsmål, eftersom utveckling alltså kan leda till *ökad* migration. Detta skulle kunna leda till att beslutsfattare använder minskad migration snarare än fattigdomsbekämpning som en indikator på framgång. Författarna

menar att utvecklingsbiståndets roll framförallt är att bidra till en minskning av påtvingad migration genom till exempel fattigdomsbekämpning.

Resonemanget om att biståndet ska fokusera på *grundorsaker till migration* ("root causes" på engelska) är lätt att sympatisera med, inte minst för att samma faktorer också bidrar till exempelvis ohälsa. Men delvis bygger resonemanget på ett förenklat antagande om att ekonomisk utveckling och minskad fattigdom per automatik leder till minskad migration. Vad händer med fokuseringen på grundorsaker till migration inom biståndet om man kalkylerar med att ekonomisk utveckling på sikt kan leda till ökad migration? En konsekvens av det här skulle på sikt kunna bli att prioriteringarna inom biståndet förändras, inte minst eftersom det samtidigt finns ett rådande narrativ kring migration i Europa som något ganska ensidigt negativt. Och det kanske är det som redan händer. I en undersökning av Oxfam om hur EU följer OECD:s riktlinjer vid insatser i Libyen, Tunisien och Niger var slutsatsen att man i lägre utsträckning prioriterar ekonomisk utveckling och fattigdomsminskning, och alltmer fokuserar på insatser som till exempel gränskontroll och återvandring (OXFAM, 2023).

Globalt hälsobistånd och migrationsbistånd – synergier eller målkonflikter?

I den svenska reformagendan för biståndet är det tydligt att regeringen vill se ett ökat fokus på migration inom utvecklingssamarbetet. I oktober 2024 beslutade regeringen om en ny strategi för Sveriges globala utvecklingssamarbete inom migration, återvändande och frivillig återvandring. Strategin omfattar 3 miljarder kronor under perioden 2024–2028 och är en del av

styrningen av Sveriges utvecklingsbistånd för att stärka synergier mellan migrations- och biståndspolitiken³.

Irreguljär migration och tvångsfördrivning, två prioriterade områden, innebär stora risker för liv och hälsa och måste undvikas. Att *förhindra* irreguljär migration kan dock innebära olika saker. I värsta fall kan det innebära ökade risker för liv och hälsa för människor som flyr. En sådan situation kan till exempel uppstå om det helt saknas reguljära sätt att fly eller migrera på. När det gäller att motverka grundorsaker till irreguljär migration och tvångsfördrivning, bland annat inom ramen för de tematiska prioriteringarna för utvecklingsbiståndet, finns möjliga synergier med hälsobiståndet – särskilt om man inkluderar hälsans sociala bestämningsfaktorer i det tänket.

Inom det humanitära biståndet är det enkelt att se synergier mellan hälsa och migration. Det handlar mycket konkret om hälsa och att rädda liv, inte sällan i samband med flyktkatastrofer. Situationen i Jemen, Sudan och Gaza är exempel på det. Jemen var ett av de länder som fick mest humanitärt stöd av Sverige 2024. Miljontals människor på flykt (både internflyktingar och från närliggande länder) saknar tillgång till vård, vatten, sanitet och mat, samt riskerar att utsättas för olika typer av våld (Sida, 2024a). Tvångsfördrivning hanterats framförallt inom ramen för det humanitära biståndet, vilket spelar en viktig roll i hanteringen av flyktingkriser. Under 2023 fick UNHCR ett rekordstort kärnstöd av Sverige på 1,2 miljarder kronor.

Vi kan se tydliga möjligheter till synergier med hälsobiståndet när det gäller att verka för att öka migranternas och flyktingarnas åtnjutande av rättigheter i värdsamhällen, inklusive förbättrad tillgång till grundläggande samhällstjänster, till exempel hälso- och sjukvård. Sveriges hälsobistånd ska bland annat bidra till att fler människor i världen får

³ Strategi för Sveriges globala utvecklingssamarbete inom migration, återvändande och frivillig återvandring 2024–2028
www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/10/ny-strategi-for-sveriges-globala-utvecklingssamarbete-inom-migration-atervandande-och-frivillig-atervandring/

tillgång till hälsovård och till att stärka länders hälsosystem (Sida, 2023). Hittills har Sidas arbete inom migration fokuserat på att stärka mänskliga rättigheter och minska fattigdom samt på att hitta långsiktiga lösningar som förbättrar situationen för människor som har migrerat eller tvingats fly, både utanför och inom sitt eget land (Sida, 2024b). Det är inte heller bara Sida som arbetar med migrationsfrågor med biståndsmedel; det gör även Migrationsverket (Migrationsverket, 2024).

Vissa länkar mellan migration och hälsa blir ganska tydliga genom några av de exempel som Sida själva lyfter fram i sin resultatredovisning till regeringen. Svenskt bistånd går ofta till länder som tar emot många migranter, till exempel Uganda. Där har biståndet till sociala trygghetssystem bidragit till minskad undernäring för barn och kvinnor, inklusive migranter. Svenskt hälsobistånd går ofta till insatser som gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, bland annat till mödrahälsovård för syriska flyktingar i Turkiet, Libanon och Jordanien via UNFPA. Insatser där migranter och migration är en integrerad del av verksamheten är en form av synergi. Sida redovisar också insatser för att minska riskerna med irreguljär migration, till exempel genom IOM:s verksamhet kring människohandel i Ukraina. Sverige bidrar även till att stärka länders kapacitet att hantera migration, till exempel genom stöd till Afrikanska unionen i arbetet med en jämställdhetsintegrerad migrationspolicy (Regeringen, 2023).

Rörlig sjukvårdspersonal och avtal som skapar mervärde i framtiden?

Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal är ett gigantiskt framtida problem för alla länder. WHO räknar med att det kommer saknas omkring 10 miljoner hälsoarbetare 2030, framför allt i låg- och medelinkomstländer (WHO, 2024b). Samtidigt har personal blivit en exportvara. Ett sätt att skapa en ”win-win” situation för höginkomstländer som behöver rekrytera personal, och för låg- och medelinkomst-

länder som kan exportera personal, är mer uppstyrda avtal som även inkluderar stöd till att stärka länders hälso- och sjukvårdssystem (WHO, 2024a). Att investera i vårdarbetskraft är en möjlighet att bidra till att skapa anständiga arbetsmöjligheter, och en majoritet (67 procent) av de som arbetar inom vården är kvinnor. WHO har tagit fram riktlinjer för att främja en etisk och rättvis hantering av migration av vårdpersonal, vilka ska säkerställa att hälsosystemen i alla inblandade länder gynnas av vårdpersonalens migration och rörlighet (WHO, 2021). Nettoeffekten av vårdpersonal-migration bör vara positiv för låg- och medelinkomstländer, enligt WHO.

Vad vi känner till så har detta hittills inte varit aktuellt i Sverige, men det skulle kunna vara en framtidsfråga. Avtal i samband med rekrytering är inte en biståndsfråga, men det kan vara ytterligare en pusselbit i arbetet med global hälsa som likväl kan ha betydelse i skärningspunkten mellan offentlig och privat sektor, där bistånd möjligen skulle kunna fungera katalytiskt och generera additionella resurser från näringslivet för stärkandet av länders hälsosystem.

Diasporans roll

Begreppet ”diaspora” har blivit vanligare, och det beskriver migrantgrupper med stark koppling till ursprungslandet. En Delmi-rapport från 2016 redogör för teorier om hur diasporor kan påverka utvecklingen i ursprungslandet, till exempel genom kunskapsöverföring, kapacitetsbyggande samt freds- och återuppbyggnad (Olsson, 2016). I situationer där det råder konflikter och maktkamp i ursprungslandet kan diaspororna bli föremål för olika slags politiskt motiverade interventioner. Att helt flytta över det statliga ansvaret för utvecklingsinsatser till diasporor är därför inget alternativ. Inom olika diaspora-grupper finns en stor mångfald, och en diaspora-grupp eller förening kan inte ses som representanter för samtliga migranter från ett land (ibid). Eftersom det samtidigt också finns stora möjligheter med att använda sig av sakkunniga experter med språklig och kulturell kompetens så får lämpligheten att agera som utvecklings-aktör bedömas från fall till fall. Det finns många exempel

på utvecklingsprojekt som särskilt riktar in sig på att matcha diaspora-experter med behov i ursprungslandet. Till exempel stödjer Finland en sådan insats i Somalia via IOM, med syfte att stärka hälso- och sjukvårdssystemet (IOM, 2024a).

Vi tror att det finns en medicinskt kunnig diaspora från vissa länder i Sverige som skulle kunna nyttjas bättre inom hälsobiståndet och i Sveriges arbete med global hälsa. En utmaning är dock att det idag är få länder där Sverige har ett bilateralt hälsobistånd och samtidigt en stor inhemsk diaspora. I reformagendan säger man att utvecklings-samarbetet har en viktig roll att spela i att stärka återvändande eller återvandrande migranternas positiva bidrag till utveckling i låg- och medelinkomstländer. Vi tror att det skulle finnas fler möjligheter om man även bredare tog till vara migranternas potentiellt positiva bidrag till utveckling i låg- och medelinkomstländer. Där tror vi att det kan finnas möjligheter till positiva synergier med hälsobiståndet som bör undersökas närmare.

I FN:s migrationspakt Global Compact for Migration (GCM) från 2018 beskrivs diasporans betydelse för länders utveckling (UN, 2024). Det kan handla om humanitärt stöd vid kriser, stöd till civilsamhället eller filantropi. Begrepp som diasporafilantropi och ”medical diaspora” förekommer i olika studier. I en amerikansk studie som publicerades 2019 identifierades 89 frivilligorganisationer som kunde klassas som ”medical diaspora” i USA, Storbritannien, Kanada och Australien (Frehywot et al., 2019). Ett svenskt exempel är SPIDER:s Sida-finansierade projekt Connect Somalia som handlar om att matcha somalisk diaspora med behov i Somalia.

Box 5. Connect Somalia

Connect Somalia är en digital portal för kunskapsutbyte mellan Somalia och den somaliska diasporan, med initialt fokus på hälsosektorn. Idéen är att underlätta för somalier som bor utanför Somalia att bidra till återuppbyggnaden av landet. Målet är att sprida information om behoven och möjligheterna att bidra till återuppbyggnaden av hälso- och sjukvården. SPIDER, som är en del av Stockholms universitet, har i samarbete med hälso- ministeriet i Somalia utvecklat det här verktyget för att kanalisera resurser och viljan att bidra. Connect Somalia samlar och visar också vilka nätverk och kontakter som redan finns mellan diasporan och hemlandet, samt det arbete som redan pågår. Sammantaget kan man bidra till minskad fragmentering av hälsosystemet genom ökad transparens, koordinering av insatser och samarbete samt genom att undvika dubbelarbete.

Källa: Connecting for Health: The role of Connect Somalia (SPIDER, 2024).

Vägar framåt

Så länge drivkrafterna till migration finns kvar kommer människor att fortsätta att flytta mellan länder för att försöka skapa sig ett bättre liv. När det gäller de globala målen för hälsa finns fortfarande ”unfinished business”, inte minst när det gäller att tillgängliggöra hälso- och sjukvård för alla – mål 3.8. Där är sårbara migrant-grupper som flyktingar, irreguljära migranter och låg-betalda migrantarbetare särskilt utsatta. Allt pekar dessutom på att antalet migranter kommer att öka, inte minst i världens låg- och medelinkomstländer och vad gäller antalet flyktingar och tvångsfördrivna.

Inom både det humanitära biståndet och hälsobiståndet är de mest utsatta grupperna prioriterade. Inte sällan är det flyktingar och migranter. Därmed kan man ganska enkelt identifiera synergier mellan hälsobiståndet, migrationsbiståndet och det humanitära biståndet. Bättre hälsa för de allra mest utsatta öppnar för möjlig-

heten med ett tvärgående migrationsperspektiv i hälsobiståndet. Vi tror att det här är en väg framåt, där större kunskap och medvetenhet om migranter och migration inom biståndet, och då särskilt hälsobiståndet, kan bidra till bättre hälsa och bättre tillgång till hälso- och sjukvård för alla.

På lång sikt kan utveckling, med hjälp av bistånd, leda till minskad migration, framför allt av påtvingad och irreguljär migration, om biståndets fokus ligger på bättre levnadsvillkor. Om biståndet sätter upp hinder för migration riskerar man tvärtom att indirekt bidra till ökad irreguljär migration och människohandel. Inom EU ser man behovet av att dels förhindra irreguljär migration, dels parallellt skapa flera reguljära vägar in i Europa (EU, 2024).

Referenser

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., . . . Zimmerman, C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*, *392*(10164), 2606–2654.

Benček, D., & Schneiderheinze, C. (2024). Higher economic growth in poor countries, lower migration flows to the OECD – Revisiting the migration hump with panel data. *World Development*, *182*, 106655.

Dennison, S., Fine, S., & Gowan, R. (2019). *False moves: Migration and development aid*. Retrieved from :
https://ecfr.eu/publication/false_moves_migration_and_development_aid/

EU. (2024). The EU response to migration and asylum. Retrieved from :
<https://www.europarl.europa.eu/topics/en/article/20170629STO78629/the-eu-response-to-migration-and-asylum#improving-pathways-for-legal-migration-1>

Frehywot, S. e. a., Park, C., & Infanzon, A. (2019). Medical diaspora: an underused entity in low- and middle-income countries' health system development. *Hum Resour Health*, *17*(1), 56.

Fuchs, A. e. a. (2023). Does foreign aid reduce migration? Retrieved from :
<https://www.ifw-kiel.de/publications/does-foreign-aid-reduce-migration-32083/>

IOM. (2021). Word migration report 2022. Retrieved from :
<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

IOM. (2024a). IOM Engages Finnish-Somali Diaspora to Strengthen Health and Education Systems in Somalia. Retrieved from :
<https://finland.iom.int/news/iom-engages-finnish-somali-diaspora-strengthen-health-and-education-systems-somalia>

IOM. (2024b). Migration Activities South Africa. Retrieved from :
<https://www.iom.int/countries/south-africa>

IOM. (2024c). Missing Migrant Project. Retrieved from :
<https://missingmigrants.iom.int/>

KAMK. (2024). Nurse in Finland! Retrieved from : <https://nursezm.org/>

Knoll, A., & Sherriff, A. (2017). *Making waves : implications of the irregular migration and refugee situation on official development assistance spending and practices in Europe : a study of recent developments in the EU institutions, Denmark, Germany, the Netherlands and Sweden*. [Stockholm]: Expertgruppen för biståndsanalys (EBA).

Kwankye, S. O., Richter, S., Okeke-Ihejirika, P., Gomma, H., Obegu, P., & Salami, B. (2021). A review of the literature on sexual and reproductive health of African migrant and refugee children. *Reprod Health*, 18(1), 81.

Migrationsverket. (2024). Internationellt utvecklingssamarbete. Retrieved from : <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/EU-och-internationellt/Internationellt-utvecklingssamarbete.html>

Nkang, I.-O. (2019). Europe's search for soccer's next big star is driving a modern-day slave trade. *Quartz*. Retrieved from : <https://qz.com/africa/1687177/european-football-drives-modern-slave-trade-of-young-africans>

OECD-DAC. (2024). Migration-related activities in official development assistance (ODA). Retrieved from : [https://web-archive.oecd.org/temp/2024-01-04/648574-migration-oda.htm](https://web.archive.oecd.org/temp/2024-01-04/648574-migration-oda.htm)

Olsson, E. (2016). *Diaspora – ett begrepp i utveckling 2016:4*. Retrieved from : <https://www.delmi.se/publikationer/kunskapsöversikt-20164-diaspora-ett-begrepp-i-utveckling/>

OXFAM. (2023). *From Development to Deterrence? Migration spending under the EU Neighbourhood Development and International Cooperation Instrument (NDICI)*. Retrieved from : <https://www.oxfamnovib.nl/Files/rapporten/2023/Development-to-deterrence-migration-spending-under-210923-en.pdf>

Regeringen. (2023). *Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 7 Utgiftsområde 7 Internationellt bistånd*. Regeringen. Retrieved from : <https://www.regeringen.se/contentassets/e1afccd2ec7e42f6af3b651091df139c/utgiftsomrade-7-internationellt-bistand.pdf>

Reuters. (2024). Legal migration to EU must increase as workforce ages, commissioner says. Retrieved from : <https://www.reuters.com/world/europe/legal-migration-eu-must-increase-workforce-ages-commissioner-says-2024-01-08/>

Robert E.B. Lucas. (2019). *Migration and Development: The Role for Development Aid*. Retrieved from : <https://eba.se/en/reports/migration-and-development-the-role-for-development-aid-research-overview/11211/>

Rostila, M., Cederström, A., Wallace, M., Aradhya, S., Ahrne, M., & Juárez, S. P. (2023). Inequalities in COVID-19 severe morbidity and mortality by country of birth in Sweden. *Nat Commun*, 14(1), 4919.

Sida. (2023). Sidas arbete med hälsa. Retrieved from : <https://www.sida.se/sida-i-varlden/teman/halsa>

Sida. (2024a). Sidas arbete i Jemen. Retrieved from : <https://www.sida.se/sida-i-varlden/lander-och-regioner/jemen>

Sida. (2024b). Sidas arbete med migration och utveckling. Retrieved from : <https://www.sida.se/sida-i-varlden/teman/migration>

Simkhada, P. e. a. (2018). A survey of health problems of Nepalese female migrants workers in the Middle-East and Malaysia. *BMC Int Health Hum Rights*, 18(1), 4.

Sparreboom, T., & Tarvid, A. (2017). *Skills mismatch of natives and immigrants in Europe*. Retrieved from : https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms_548911.pdf

SPIDER. (2024). Connecting for Health: The role of Connect Somalia
Retrieved from : <https://spidercenter.org/index.php/2023/12/05/connecting-for-health-the-role-of-connect-somalia/>

Ume-Ezeoke, J. N. (2018). Playing for keeps: Human trafficking under the guise of football. *Harvard International Review*, 39(1), 22–27.

UN. (2024). Global compact for migration. Retrieved from : <https://refugeesmigrants.un.org/migration-compact>

UNCTAD. (2018). *Economic development in Africa*. Retrieved from : https://unctad.org/system/files/official-document/aldcafrica2018_en.pdf

UNHCR. (2006). Master Glossary of Terms. Retrieved from : <https://www.unhcr.org/glossary>

UNHCR. (2024a). Egypt Strategy 2024 Situation analysis. Retrieved from : <https://reporting.unhcr.org/operational/operations/egypt>

UNHCR. (2024b). *Global trends Forced Displacement in 2023*. Retrieved from :
<https://www.unhcr.org/global-trends>

WHO. (2021). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. National Reporting Instrument*. Retrieved from :
<https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021>

WHO. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. World Health Organization 2022.

WHO. (2023). *Addressing human trafficking through health systems: a scoping review*. Retrieved from :
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058827>

WHO. (2024a). *Bilateral agreements on health worker migration and mobility. Maximizing health system benefits and safeguarding health workforce rights and welfare through fair and ethical international recruitment*. Retrieved from :
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073067>

WHO. (2024b). Health workforce. Retrieved from :
https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

WHO. (2024c). *WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2030*. Retrieved from :
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240093928>

World Bank Group. (2023). *World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies*.

World Bank Group. (2024). *Remittances Slowed in 2023, Expected to Grow Faster in 2024*. Retrieved from :
https://www.knomad.org/sites/default/files/publication-doc/migration-and-development-brief-40_2.pdf

16 Digitalisering och global hälsa

Johnblack Kabukye, Edna Soomre och Muna Elmi

- Digitala verktyg kan spela en avgörande roll för bättre tillgänglighet, kvalitet och effektivitet inom sjukvården, och erbjuder lösningar på många utmaningar inom hälsosektorn.
- Digitalisering inom hälsosektorn lider av ett ”pilotprojektsyndrom” som innebär mängder av småskaliga projekt som inte skalas upp eller integreras. Det bidrar till resursslöseri och fragmentering av vården.
- Initiativ för digital hälsa i låg- och medelinkomstländer som drivs av externa finansiärer måste anpassa sig till lokala behov och strukturer. Lokalt ledarskap är centralt för framgångsrika digitala hälsolösningar som säkerställer en systemansats och interoperabilitet.
- Att öka den digitala mognaden i samhället är avgörande för en framgångsrik digitalisering av sjukvården. Det kräver ett tvärasektoriellt samarbete med andra politikområden, med den privata sektorn och med samhället i övrigt.
- Tillförlitlig och säker el- och internettillgång är grundläggande för digitala verktyg inom sjukvården.

Inledning

År 2020, när världen plötsligt stannade av i början av den globala covid-19-pandemin, var det länder som Nigeria som snabbt utvecklade digitala verktyg för att hantera utbrottet, spåra fall och sprida information till befolkningen. Tekniknav som Silicon Valley saknade erfarenhet av sjukdomsutbrott i denna skala, och trots att de hade muskler för att utveckla banbrytande digitala hälsoverktyg blev det i stället afrikanska teknikutvecklare som Co-Creation Hub i Nigeria, Cognate Systems i Ghana och Medismart i Kenya som tog ledningen. Detta belyser vikten av att behandla låg- och medelinkomstländer som jämlika partners i globala hälsofrågor; vi har alla lika mycket att vinna på det. Kanske kan Sveriges ledarskap vara nödvändigt för att skapa ett utrymme där alla parter kommer till tals i dialogen, i en anda av jämlikhet för allmän hälso- och sjukvård ("universal health coverage", UHC).

En era av digitalisering

I slutet av 2000-talet började globala hälsoaktörer att fokusera mer på att stärka hälso- och sjukvårdssystem i olika låginkomstländer i stället för att stödja åtgärder riktade mot specifika sjukdomar (Hafner & Shiffman, 2013). Denna förändring berodde på allt för långsamma framsteg mot de hälsorelaterade milleniemålen men även på de stora problem som många länder hade, t.ex. brist på sjukvårdspersonal. Globala aktörers isolerade och vertikala insatser hade dessutom skapat fragmenterade hälsosystem, nationella felprioriteringar och onödiga rapporterings- och samordningskrav på regeringar i låg- och medelinkomstländer. FN-organ som Världshälsoorganisationen (WHO) och Världsbanken, stiftelser som Rockefeller Foundation och Doris Duke Foundation samt sjukdomsspecifika globala aktörer

som Global Fund, GAVI¹ och PEPFAR² började därför att stödja stärkandet av hälsosystem genom kunskapsstyrning, finansiering, tekniskt stöd och utbildning.

Utvecklingen av robusta system för hälsodata prioriterades för att möjliggöra insamling, analys och spridning av hälsoinformation. Detta är avgörande för att övervaka hälsotrender, hantera resurser och förbättra resultaten. Data och statistik om hälsa och ohälsa ligger också till grund för finansiering av sjukvård och möjligheten att tillgodose behov av läkemedel. År 2019 publicerade WHO riktlinjer för digitala verktyg för hälsa (WHO, 2019), där man konstaterade att ”det är viktigt att nyttja den digitala teknikens möjligheter för att uppnå målen för hållbar utveckling”. Vidare framhåller dessa riktlinjer att ”sådan teknik inte längre är en lyx, utan en nödvändighet”.

Digitala verktyg spelar en avgörande roll för att förbättra sjukvårdens tillgänglighet, kvalitet och effektivitet, och de erbjuder lösningar på många av de utmaningar som finns inom sektorn. Dessa verktyg kan dessutom stärka ansvarstagandet inom sjukvårdssystemet och bland vårdgivarna. Digitala verktyg ger patienter tillgång till mer hälsoinformation och data, vilket gör det möjligt för dem att delta mer aktivt i sin egen vård. Det kan också hjälpa vårdgivarna att följa kvalitetsstandarder, vilket i sin tur kan förbättra vårdresultaten.

Digital hälsa – vad menas?

Digital hälsa omfattar avancerad teknik som artificiell intelligens (AI), digitala hälsojournaler som ger vårdgivare tillgång till patientjournaler nationellt, vilket är extra viktigt när när människor blir allt mer mobila, samt enklare verktyg som sms. Syftet är att använda dessa verktyg och informationssystem för att samla in, dela och analysera data för att förbättra folkhälsan. När digitala verktyg

¹ The Vaccine Alliance <https://www.gavi.org/our-alliance/about>.

² The U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) <https://www.state.gov/about-us-pepfar/>.

utformas och används på rätt sätt kan de stärka hälsosystem. Digital hälsa kan bygga förtroende mellan människor och göra det lättare för individer eller grupper att hitta information och tjänster som kan förbättra deras hälsa. Att få råd av en sjuksköterska digitalt, förnya recept utan att besöka en klinik, få hemleverans av läkemedel från apotek, följa sin menstruationscykel i en app eller mäta pulsen med en smartklocka är alla exempel på meningsfulla digitala lösningar.

Diskussionen om digital hälsa, särskilt i höginkomstländer, handlar oftast om de senaste tekniska framstegen, t.ex. sakernas internet (Internet of Things, IoT)³, bärbar teknik, stora datamängder ("big data") och AI. Enklare tekniker som sms, telefonsamtal och interaktivt talsvar är också viktiga delar av digital hälsa. Dessa grundläggande verktyg används ofta i låginkomstländer där den digitala infrastrukturen och kompetensen kan vara begränsad. Traditionella medier som radio och tv har också en viktig roll i folkhälsoarbetet. Det saknas dock ofta ett systemtänk där dessa lösningar byggs ihop till ett fungerande ekosystem för hälsosektorn.

Digital hälsa och informations- och kommunikationsteknik (IKT) kan användas för att hantera olika utmaningar inom sjukvården. IKT kan exempelvis underlätta hälsoutbildning genom att sprida information om att det är viktigt att söka vård i tid för att kunna upptäcka och bota sjukdomar. Telemedicin ökar tillgången till vård för dem som bor på landsbygden och förbättrar fjärrövervakning av äldre samt personer med funktionsnedsättningar som kan ha svårt att ta sig till vården. Digitala verktyg gör det lättare att söka råd och behandling diskret, vilket kan minska stigma kring sexuell och psykisk hälsa. Dessutom kan data från elektroniska journalsystem, sjukdomsregister eller genetiska databaser användas i AI för att stödja precisionsmedicin, upptäcka avvikelser i medicinska bilder för

³ Sakernas internet (från engelskans Internet of Things, IoT) är ett samlingsnamn för de tekniker som gör att saker med inbyggd elektronik och internetuppkoppling kan styras eller utbyta data över ett nätverk. Exempel på föremål kan vara hushållsapparater, kläder, maskiner, fordon och byggnader – <https://iotsverige.se/om-oss/iot-sa-funkar-det>.

att förbättra diagnos samt förutsäga sjukdomsutbrott och följa deras förlopp.

Möjligheten och betydelsen av att använda dessa olika tillämpningar varierar dock från en kontext till en annan. I länder där allmän och hälsorelaterad läskunnighet är låg (vilket ofta är fallet i låginkomstländer) är det avgörande att använda digitala verktyg för att sprida hälsoinformation. Dessutom utgör digital infrastruktur och digital kompetens ofta en utmaning i sådana länder och därför kan enkla mobiltelefonbaserade verktyg som sms och talsvar ofta vara de mest praktiska alternativen. Viktigt att komma ihåg är att även dessa lösningar måste utgöra en del av ett större system, med patienten i centrum.

Det finns ingen strikt skillnad mellan ”utvecklade länder” och ”utvecklingsländer” när det gäller digitalisering; i stället handlar det om ett kontinuum. Alla länder gör framsteg i sina digitaliseringsprocesser. Som Intels Gordon Moore förutspådde 1965 utvecklas den digitala sektorn och tekniken exponentiellt och når gradvis även de fattigaste länderna. Det är därför viktigt att satsa på utvecklingen av praktiska digitala innovationer i låginkomstländer samtidigt som man förbereder dessa länder på att inkorporera avancerad digital teknik i samhället. Digitalisering är en pågående process, och därför är det viktigt att förbereda sig för framtida innovationer och utveckling samtidigt som man arbetar med lämpliga digitala insatser i låg- och medelinkomstländer.

Digitaliseringen i många låginkomstländer går snabbt och kan till och med överträffa vissa höginkomstländer. Till exempel ökar antalet ägare av smarta telefoner snabbt i Afrika; den meningsfulla användningen av enheterna är dock låg på grund av bristande internetåtkomst. Internetpenetrationen förbättras lyckligtvis, kostnader sjunker och tjänster som sociala medier och e-handel blir allt vanligare i låg- och medelinkomstländer. Snart kommer dessa länder också att ha samlat på sig mängder av data och teknisk kunskap samt behöva och kunna använda avancerad AI-teknik inom sjukvård och andra områden. Fler smarta städer, som kännetecknas av integrering av digital teknik för att förbättra livskvalitet och hållbarhet, kommer att växa fram.

Svenskt stöd till digital hälsa

Svenskt stöd till digital hälsa fokuserar i hög grad på stärkt sjukvård där digital hälsa är en sekundär komponent. Initiativen är ofta småskaliga och kan inkludera olika IKT-komponenter samt kortsiktig finansiering till organisationer som utvecklar nya digitala hälsoverktyg. Finansieringens varaktighet, skala och prioriteringar åstadkommer inte en effektiv digital omvandling av sjukvården. Det förekommer brister i interoperabilitet mellan projekt och program i mottagarländerna; system och processer behöver integreras så att värddata kan delas mellan olika digitala plattformar och organisationer. Det saknas även ofta strategier eller färdplaner för att utveckla digitala hälsostrukturer nationellt och regionalt. Sådan integration är nödvändig för att kunna dela patientdata mellan vårdorganisationer och därmed kunna erbjuda patientcentrerad vård. Integration och interoperabilitet underlättar också återanvändandet av data i sjukdomsregister och användandet av övervakningsplattformar för att t.ex. spåra trender och upptäcka ökning av vissa sjukdomar.

Sverige är en global föregångare inom digitalisering. Många sektorer, inklusive sjukvården, har kommit långt, och därför omfattar Sveriges internationella utvecklingssamarbete också digitalisering. Sida stödjer omkring 140 program och projekt på digitaliseringsområdet. Under 2023 betalade Sida ut 1,6 miljarder svenska kronor till sådana program och projekt, vilket motsvarar 6,5 procent av det totala biståndet genom Sida. Sverige har lett arbetet för det globala digitala ramverket Global Digital Compact som lägger stor vikt vid säkerhet och trygghet med utgångspunkt i mänskliga rättigheter, vilket i praktiken kan handla om till exempel dataskydd, integritet och att följa standarder. Sverige har lett förhandlingarna för Global Digital Compact tillsammans med Zambia (Sida 2024).

Nyckelfrågor för digitalisering inom global hälsa i relation till svenskt bistånd

Att hantera pilotprojektssyndromet

Pilotprojektssyndrom syftar på tendensen att genomföra många små och kortsiktiga projekt utan att förbereda dem för uppskalning. Dessa projekt är ofta små förstudier eller akademiska projekt som saknar långsiktighet. Detta är ett vanligt problem inom global digital hälsa och kan också ses i Sida-finansierade initiativ. Även om pilotprojekt är viktiga för att testa idéer saknas ofta planer för anpassning till nationell nivå eller ett större sammanhang – det vill säga systemtänk.

Värdet av digital hälsa ökar när initiativen/programmen skalas upp, eftersom man då bättre kan nyttja resurser som utbildad personal, tekniskt stöd och infrastruktur. Att exempelvis kunna återanvända patientdata som samlas över tid och från enskilda initiativ visar den ökade effektivitet som interoperabel digital hälsa medför. Data från elektroniska journaler kan användas till forskning, prognostisering och vårdplanering – inte bara för individuell vårdgivning.

Det tar tid innan investeringar i digital hälsa ger resultat, oftast tre år eller mer. Men många givarfinansierade projekt är kortsiktiga och fokuserar på specifika sjukdomsområden utan att ta hänsyn till det större sammanhanget. Detta leder till att viktiga aspekter av en persons hälsa förbises och system som skulle kunna nyttja samma data exkluderas; chansen att skapa en helhet går förlorad. Utan investeringar i interoperabilitet och uppskalning förblir (åter)användningen av digitala hälsoprodukter, infrastruktur och vårddata ineffektiv. Patientens väg genom sjukvårdssystemet fragmenteras och användare av digital hälsa tröttnas ut av de många insatser och olika system de exponeras för, vilka kräver inläring och omläring och som därmed ökar arbetsbördan i stället för att reducera den.

Flera faktorer bidrar till pilotprojektsyndrom. En viktig orsak är bristen på samordning mellan flera projekt som drivs av olika finansiärer eller mellan projekt som drivs av samma finansiär men som genomförs av olika organisationer. Detta, samt begränsad forskning och publicering inom området, leder till att olika aktörer/organisationer startar nya initiativ ovetande om pågående insatser (Cummins & Schuller, 2020; Khosla et al., 2021). Oftast bidrar inte heller finansiärer med tillräckliga resurser för att möjliggöra uppskalning av projekt. Detta skulle kunna avhjälpas genom förbättrat samarbete mellan finansiärer, vilket skulle underlätta genomförandet av större och mer hållbara projekt.

En annan utmaning är att många digitala hälsoinitiativ är toppstyrda. När digital hälsa införs i resursbegränsade länder antas ofta att lösningar som fungerar i rika länder enkelt kan anpassas utan problem. Det finns dock stora skillnader mellan låg- och medelinkomstländer och höginkomstländer i fråga om kontext, kultur och vårdprocesser. Många initiativ genomförs utan tillräcklig involvering av lokala myndigheter, eftersom finansiärerna tror sig veta mer än mottagarna och därför ofta inte involverar dem i tidigt skede. Detta leder till bristande engagemang och ägarskap på lokal nivå, vilket resulterar i initiativ utan realistiska planer för hållbarhet eller integration i det befintliga sjukvårdssystemet.

Utöver detta inför externa organisationer och givare ofta sina egna hälsoprogram baserade på sina specifika mål, vilket kan leda till isolerade system som inte kommunicerar med varandra. Denna stuprörsstrategi bidrar till fragmentering och dubbelarbete, vilket försvårar uppbygganden av ett enhetligt och effektivt sjukvårdssystem. Som en följd kan länder få olika system för distribution av läkemedel, hantering av vårdprocesser respektive insamling av hälsodata, samt inkonsekventa rapporteringsverktyg för hälsodata. Att underhålla flera system med samma funktion är svårt och resurskrävande, vilket belastar de redan knappa resurserna. Dessutom implementeras digitala hälsoprojekt i låg- och medelinkomstländer ofta av utländska företag, vilka installerar komplexa system som kräver högutbildad teknisk personal för stöd och underhåll.

För att övervinna dessa utmaningar måste värdlandets regering och lokala partner ges större möjlighet att sitta i förarsätet vid utformningen av hälsoinsatser. De har djupare förståelse för sina behov och det befintliga sjukvårdssystemet, vilket gör dem mer kompetenta när de kommer till att utveckla lösningar som överensstämmer med nationella prioriteringar samt bättre på att identifiera användarvänliga och kostnadseffektiva alternativ, än de externa givarorganisationerna. Det är lika viktigt för finansörer som för lokala ledare att förstå värdet av ett system av digitala lösningar samt vikten av såväl att underhålla hårdvara som att fortsätta utveckla mjukvara för förändrade behov.

För att uppnå detta behöver värdländerna en tydlig strategi för digital hälsa och likt en färdplan ta ett helhetsperspektiv. Strategin bör ta hänsyn till landets digitala mognad och vilken hård- respektive mjukvara som lämpar sig för förutsättningarna, säkerställa underhåll av viktig infrastruktur och prioritera utbildning av personal. Dessutom måste strategin inkludera interoperabilitet för att underlätta kommunikationen mellan olika system samt se till att både vårdpersonalen och allmänheten kan använda dem. Den bör också ta hänsyn till de kulturella, juridiska, ekonomiska och politiska faktorer som kan påverka genomförandet.

Infrastruktur och digital mognad

Digitala hälsoverktyg kräver grundläggande infrastruktur. Trots betydande framsteg är tillförlitlig el- och internettillgång fortfarande en utmaning i många länder som får svenskt bistånd, särskilt på landsbygden (se tabell 1). Till exempel visar tabellen att vi i Sverige betalar cirka 372 kr för 10 GB internetdata, vilket motsvarar ungefär 0,8 procent av bruttonationalinkomsten (BNI) per person och månad. Kostnaden för samma mängd data i Demokratiska republiken Kongo motsvarar nästan 33 procent av BNI per person och månad. I Sverige använder vi cirka 56 GB data per månad för privat bruk, medan man i Uganda endast använder 1,7 GB per månad. Även om

dessa siffror är från 2021, och tillgång och kostnader förändras snabbt, illustrerar de den betydande digitala klyftan. Grundläggande infrastruktur stöds sällan av digitala hälsoprogram då man ofta utgår från att det redan finns, eller så skulle sådana investeringar ta en för stor del av budgeten.

Tabell 1: Tillgång till och kostnad för elektricitet och internet i befolkningen i utvalda länder år 2021

	Andel med tillgång till el (%)	Andel internet-användare (%)	Kostnad för 10GB data (kr)	Kostnad för 10GB i % av BNI per capita/månad
Dem. rep. Kongo	21	26	143	33
Uganda	45	10	133	20
Somalia	49	20	48	19
Rwanda	49	29	97	16
Elfenbenskusten	71	39	175	9
Sydafrika	89	74	316	7
Nigeria	60	32	71	5
Bolivia	99	66	135	5
Brasilien	100	81	108	2
Kambodja	83	56	95	8
Bangladesh	99	39	45	3
Kina	100	73	103	1
USA	100	97	463	1
Sverige	100	95	372	1

Källa: Världsbanken^{4,5} och Alliance for Affordable Internet⁶.

⁴ <https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS?view=map>.

⁵ <https://data.worldbank.org/indicator/EG.ELC.ACCS.ZS?view=map>.

⁶ https://adi.a4ai.org/extra/baskets/A4AI/2021/mobile_broadband_pricing_gn_i.php#.

Installation av solpaneler har använts för att öka tillgången till tillförlitlig el på vårdcentraler i låg- och medelinkomstländer. Detta är avgörande för att upprätthålla kylkedjan för vacciner och läkemedel och, i vissa fall, för att driva infrastruktur för digital hälsa. Dessa förbättringar ryms vanligtvis inom budgeten för digitala hälsoprogram som finansieras av Sida.

Att förbättra internetinfrastrukturen kan däremot vara en svårare utmaning; det kräver bl.a. större kapitalinvesteringar som exempelvis att lägga fiberoptiska kablar i avlägsna områden. Detta kräver i sin tur investeringar från företag (t.ex. telekomföretag) eller regeringar. Alternativt kan enskilda projekt använda satellitbaserat internet, vilket ofta ryms inom budgetramarna.

Sverige har stöttat kapacitetsuppbyggnad av telekomregulatorer och andra intressenter, t.ex. genom SPIDER:s arbete för att bättre kunna styra internetinfrastruktur. Sverige har även bidragit till elektrifiering av landsbygden, t.ex. i Bangladesh (Sida, 2024a). Initiativ som dessa skapar viktiga förutsättningar för digital hälsa, men de kan också vara en modell för hur digitala hälsoprogram kan utformas i samverkan med EU eller andra finansiärer. I Somalia har lokala forskare, hälsoarbetare och regeringsrepresentanter samarbetat med den svensk-somaliska diasporan för att skräddarsy ett elektroniskt journalsystem för somalisk kontext. RAAD som det utvecklade systemet kallas, används nu på klinisknivå och kan utbyta data med andra system som t.ex. DHIS2, vilket är det nationella hälsoinformationssystemet. Ägarskapet kommer att tillfalla det somaliska hälsoministeriet men systemet har utvecklats utifrån en så kallad ”global good”-mjukvara som kan laddas ner och användas av vem som helst och anpassas till olika kontexter och behov.

Digital mognad i ett bredare samhällssammanhang är en central fråga för digitaliseringen av sjukvården. I Sverige har befolkningen god teknisk kunskap tack vare erfarenheter av digitala förvaltnings- och handelstjänster. Det minskar motståndet mot digitaliseringen av sjukvården bland både patienter och vårdpersonal. Utbildningsbehoven blir därmed mindre när digitala hälsosystem införs och

befintliga digitala lösningar, som mobilt bank-id för identitetshandling, underlättar utvecklingen av säkra och pålitliga applikationer. Sida bör överväga att stödja sådana grundläggande initiativ i de länder där man ger bistånd för att förbättra den digitala mognaden och skapa en solid grund för digitalisering av sjukvården.

Trendande frågor: cybersäkerhet, felaktig information och artificiell intelligens

Digitaliseringen innebär att sjukvården står inför en betydande och växande risk för cybersäkerhetshot. Detta är särskilt problematiskt i låg- och medelinkomstländer, där den digitala infrastrukturen är underutvecklad och kapaciteten för övervaknings- och försvarskapacitet är begränsad. Dessa faktorer gör länderna till attraktiva mål för cyberbrottslighet.

Cyberattacker kan ta sig många former, så som hackning av hälso-uppgifter, attacker med skadlig kod och utpressningstrojaner samt oavsiktliga misstag från människor som kan orsaka avbrott och skador på viktiga informationssystem. Denna sårbarhet väcker allvarliga frågor om skyddet av personlig information, förtroendet för systemen och de ekonomiska riskerna som dessa hot medför. Det är därför viktigt att hantera och förebygga riskerna för utsatta grupper och unga vuxna, inte minst när det gäller sexuell hälsa och rättigheter (läs mer i kapitel 7 om risker och möjligheter med digitalisering och SRHR), för att kunna nyttja digitaliseringens fördelar på meningsfullt sätt.

Desinformation utgör också en kritisk utmaning i länder med begränsad allmän och digital kompetens. När allmänheten har svårt att avgöra vilka källor som är trovärdiga eller att verifiera information kan detta påverka genomförandet av viktiga sjukvårdstjänster som vaccinationer och hälsoutbildning. Den ökande användningen av sociala medier, tillsammans med bristen på effektiva regleringar av teknikföretag i låg- och medelinkomstländer, förstärker dessa risker för sjukvården.

I Sverige kräver de flesta hälsoappar inloggning med mobilt bank-id vilket ökar förtroendet för dessa lösningar; individer känner sig trygga när de söker vård och hanterar sin hälsa. I resurssvaga länder kan begränsad kunskap om digitala verktyg i stället skapa skepsis kring integritetsskyddet i digitala hälsolösningar. När förtroendemechanismer saknas uppstår ifrågasättande av dataanvändning och integritet, vilket kan hindra införandet av digitala hälsojänster, eftersom patienter tvekar att dela med sig av känslig information om de inte har förtroende för systemen.

Ännu mer kritisk är risken för att hälsodata kan utnyttjas för övervakning, vilket kränker rättigheter och integritet – särskilt i auktoritära miljöer. Patienter från marginaliserade grupper, t.ex. sexuella och religiösa minoriteter eller invandrare, riskerar identifiering och förföljelse genom digitala hälsoplattformar. Det finns också farhågor om att patientuppgifter kan utnyttjas på ett oetiskt sätt, t.ex. genom profilering för orättvisa sjukförsäkringar eller utveckling av kommersiell AI-teknik utan att uppgiftsägarna gynnas (Davis, Schermuly, Smith & Newman, 2023).

Den senaste utvecklingen inom AI erbjuder nya möjligheter att förändra samhället, särskilt inom hälsosektorn. Resursbegränsade länder får dock kämpa för att hänga med i den snabba utvecklingstakten. Vad de konkreta effekterna av AI blir återstår att se men risken är stor för en digital AI-klyfta när det gäller representation och tillgång (Gonzales, 2024). AI-modeller kräver stora datamängder, högpresterande datainfrastruktur och teknisk kompetens, vilket finns i begränsad mängd i låg- och medelinkomstländer. AI-modeller som utvecklats i ett sammanhang går sällan att överföra till ett annat, och nuvarande modeller är ofta partiska eftersom vissa befolkningsgrupper (kvinnor och icke-vita grupper) inte representerats i träningsdata. Stora språkmodeller stöder inte många av de språk som talas i låg- och medelinkomstländer och utmaningar som är centrala inom sjukvården för dessa (t.ex. livmoderhalscancer och tropiska sjukdomar) är inte prioriterade områden för AI-innovationsföretag och forskare i givarländerna.

Sidas stöd till digitaliseringen av sjukvården bör ta hänsyn till dessa utmaningar och stödja biståndsmottagande länder att fullt ut nyttja AI:s potential samtidigt som riskerna minimeras. Utbildning är avgörande. Särskilt i områden med begränsad digital kompetens är det viktigt att vårdpersonal och patienter förstår hur AI fungerar för att de ska kunna utveckla förtroende för tekniken. Användningen av AI-modeller bör därför anpassas till de unika omständigheterna i låg- och medelinkomstländer. Modellerna måste exempelvis vara lätta att använda på enklare smarta telefoner med begränsad kapacitet samt kunna fungera utan tillgång till internet eller med instabil internet-uppkoppling.

Kontextspecifika faktorer måste tas i beaktning för att användarvänliga lösningar ska kunna åstadkommas. I många länder är det exempelvis vanligt med delad användning av samma mobiltelefon, och det kan förekomma att barn matar in sina föräldrars kliniska information i patientportaler och appar på grund av de vuxnas bristande läs- och skrivkunnighet, för att ge några exempel på saker som är viktiga att ta hänsyn till när AI ska anpassas till låg- och medelinkomstländer.

Ta höjd inför framtiden

Sverige, känt för sitt engagemang för rätten till hälsa, har genom Sida investerat i globala hälsoinitiativ, särskilt för att stärka hälsosystem och SRHR. Under de senaste åren har digitalisering hamnat i fokus för Sidas arbete. Sida stödjer både principerna för digital utveckling (Principles for Digital Development⁷) och principerna för digitala investeringar (Digital Investment Principles⁸). De första är nio vägledande principer för all digitalisering av utvecklingsinsatser medan de senare är tio principer som specifikt fokuserar på investeringar i digitala hälsosystem, givaransvar och stöd till nationella hälsostrategier.

⁷ <https://digitalprinciples.org>.

⁸ <https://digitalinvestmentprinciples.org/home/>.

Så mitt i denna snabba digitalisering: Bör Sverige helt enkelt integrera digital hälsa i sitt stöd till alla hälsoprojekt? Det finns flera skäl till varför digital hälsa behöver en egen domän, särskilt inom internationell utveckling. Det första skälet är att digitalisering är en komplex process som kräver spetskompetens för att stödja de regioner i världen där vi verkar för institutionellt stärkande av hälsosystem. Länder varierar stort när det gäller digital mognadsnivå, och ibland saknas en färdplan för digitalisering av hälsosektorn. Andra länder har mogna digitala marknader och tjänster men utmanas av korruption eller sociala stigman som gör meningsfullt nyttjande av digitalisering svårt. Den snabba utvecklingen av teknik som AI, ”big data” och telemedicin – som kräver specialiserad kunskap, infrastruktur och styrningsramar utöver de traditionella sjukvårdssystemen – måste analyseras och förstås i relation till sjukvårdssystemen.

De etiska frågorna kring dataanvändning, patientintegritet och AI-driven sjukvård kräver särskild reglering och uppmärksamhet från regeringar och internationella organ på ett sätt som traditionell hälsopolitik inte gör. Digital hälsa ingår i ett bredare sammanhang av telekomreglering och telekompolitik, där cybersäkerhet, mobil uppkoppling på landsbygden och befolkningens digitala kompetens spelar en avgörande roll.

Sida har nyligen utökat stödet till ett internationellt utbildningsprogram för afrikanska telekomregulatorer, som samordnas av SPIDER och Post- och telestyrelsen (PTS). Detta program är nu en del av ett Team Europe-initiativ som får samfinansiering från Utrikes- och Europaministeriet (MAE) i Luxemburg. Syftet är att stödja kapacitetsuppbyggnad av afrikanska nationella telekommyndigheter och regionala expertorgan. Liknande Team Europe-initiativ skulle gynna Sveriges investeringar i digital hälsa.

Nedan följer några rekommendationer för framtida svenskt digitalt hälsobistånd.

Samarbete och samordning

Samarbete med andra givare och stöd för nationella strategier skulle gynna Sida och bidra till att minska fragmentering och dubbelarbete. Myndigheten har redan vågat utforska olika finansieringsmodeller som demokratiserar det digitala hälsoutrymmet och erbjuder nya och innovativa partnerskap med digitala utvecklingsexperter, internationella organisationer samt lokala innovatörer. Detta har gjorts bl.a. genom investeringar i svensk koordinering av projekt som utförs av lokala och globala aktörer i enlighet med de krav som Sverige har på uppföljning av biståndsmedel inom digital hälsoprogrammering. Genom detta tillvägagångssätt kan Sida säkerställa gradvisa förbättringar och skalbarhet av framgångsrika resultat. En grundlig genomgång av befintliga eller pågående initiativ för digital hälsa i ett land bör göras innan nya initiativ finansieras och anpassnings- och samarbetsinsatser görs.

Stöd och anpassning till lokala policyer

Lokala tillsynsmyndigheter, som sjukvårdsministerier eller IKT-ministerier, bör få hjälp att bygga upp kapacitet för att styra den digitala hälsotransformationen. Givarorganisationer bör stödja dessa myndigheters och beslutsfattares policyer, snarare än prioritera sina egna idéer och krav. Ett exempel på detta är när Ugandas regering 2012 tog över samordningen och prioriteringen av digitala hälsoinitiativ (Huang, Blaschke & Lucas, 2017). Detta ledde till en anpassning av givarfinansiering och andra resurser, vilket gjorde det möjligt för mTrac-plattformen – en stor digital och offentlig hälsoservice som stödjer rapportering – att spridas över hela landet. Innan dess kunde vem som helst påbörja ett projekt utan regeringens vetskap eller godkännande. Det är dock viktigt att komma ihåg att regeringar behöver stöd för samordning redan från det att givarländer designar sina projekt.

Människocentrerad design

Digital hälsa är en socioteknisk fråga och de sociala aspekterna måste uppmärksammas. Även om det kan vara lätt att utveckla ett digitalt verktyg, en mobilapp eller ett elektroniskt journalsystem, kan mänskliga faktorer som utbildning, erfarenhet, tekniska färdigheter, motivation, arbetsbelastning etc. komma i vägen för acceptans och hållbar användning. De mänskliga resurserna behöver stärkas med finansiering och den minskade produktivitet som kan uppstå när nya digitala hälsoverktyg införs behöver kompenseras för. Det är viktigt att slutanvändarna, patienter och vårdpersonal, involveras i varje steg av det digitala hälsoinitiativet – från definitionen av problemet som ska åtgärdas till valet och utvecklingen av lösningen och dess utvärdering. På så sätt säkerställs delaktighet, meningsfull användbarhet och anpassning till användarnas prioriteringar.

Systemtänkande

En systemansats bör användas för att stödja olika initiativ för digital hälsa och relaterade tjänster som digital hälsa är beroende av. Detta inkluderar infrastruktur (el, internet etc.), utbildning (digital kompetens, medborgarutbildning och samhällsengagemang), e-förvaltningstjänster, forskning och allmän förbättring av sjukvårdstjänster. På samma sätt behövs en helhetssyn på patienten; initiativ för digital hälsa bör stödja hela patientresan, från hälsokunskap och patientengagemang (hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande) till snabb diagnos, behandling och långsiktig uppföljning. Det finns också ett behov av att integrera vårdtjänster, och därmed digitala hälsoverktyg, eftersom samma patient ofta har flera olika sjukdomar. ”One health”-strategin (se även kapitel 5) som tar hänsyn till samspelet mellan människor, djur och miljö, behöver också stödjas som en del av digitaliseringen av sjukvården.

Digital hälsa i förändring

Framväxande teknik, som LLM⁹ och sociala medier samt deras potentiella hot i form av ökad exkludering, marginalisering, desinformation och AI-klyftan, är lika relevanta i låg- och medelinkomstländer som i givarländer. Dessa aspekter bör inkluderas i Sidas stöd till digitaliseringen av global hälsa. Samtidigt är det av yttersta vikt att olika modeller och finansieringsalternativ koordineras på ett effektivt sätt och framtidsanpassas så att all investering från Sverige inte är förgäves samt att de bidrar till bra relationer mellan Sverige och dess partnerländer globalt. I humanitära sammanhang finns också möjlighet till bättre hantering av hälsofrågor i tid av kris och katastrofer (se även kapitel 5 om pandemier respektive kapitel 6 om katastrofmedicin).

⁹ Large Language Models (LLM) är en typ av artificiell intelligens-modell som använder ”deep learning” för att analysera och förstå skriftspråk – <https://www.cegal.com/sv/ordbok/large-language-models>.

Referenser

- Cummins, N., & Schuller, B. W. (2020). Five Crucial Challenges in Digital Health. *Front Digit Health*, 2, 536203.
- Davis, M. D. M., Schermuly, A., Smith, A. K. J., & Newman, C. (2023). Diversity via datafication? Digital patient records and citizenship for sexuality and gender diverse people. *BioSocieties*, 18(2), 451–472.
- Gonzales, S. (2024). AI literacy and the new Digital Divide – A Global Call for Action. Retrieved from <https://www.unesco.org/en/articles/ai-literacy-and-new-digital-divide-global-call-action>
- Hafner, T., & Shiffman, J. (2013). The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan*, 28(1), 41–50.
- Huang, F., Blaschke, S., & Lucas, H. (2017). Beyond pilotitis: taking digital health interventions to the national level in China and Uganda. *Global Health*, 13(1), 49.
- Khosla, S., Tepie, M. F., Nagy, M. J., Kafatos, G., Seewald, M., Marchese, S., & Liwing, J. (2021). The Alignment of Real-World Evidence and Digital Health: Realising the Opportunity. *The Innov Regul Sci*, 55(4), 889–898.
- Sida. (2024). Hopp om en rättvis och säker digital framtid när Sida deltog i FN:s framtidstoppmöte <https://www.sida.se/om-sida/nyheter/hopp-om-en-rattvis-och-saker-digital-framtid-nar-sida-deltog-i-fns-framtidstoppmote>
- WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>

17 Internationella samarbeten med svenska myndigheter efterfrågas - Socialstyrelsens erfarenheter

Kerstin Carlsson

- En tydlig trend är att den globala kunskapsstyrningen inom hälsa och hälso- och sjukvård fått allt större omfattning och tyngd.
- Världshälsoorganisationen och EU är viktiga plattformar där det nationella och globala arbetet möts.
- Att bedriva arbete inom global hälsa utan att känna till de nationella hälsosystemens funktionssätt, och de regler och utmaningar som omgärdar dem, blir allt svårare.
- Områden där Sverige är framgångsrika nationellt är områden där vi kan bidra med kompetens även på den globala arenan.
- Det finns stora värden att hämta i att göra en tätare koppling mellan arbetet med global hälsa och det nationella arbetet. Kompetensen rörande hälsosystemens funktionssätt och utmaningar behöver tillämpas i båda fallen, och Sveriges inflytande och genomslag för viktiga frågor kan bli större.
- Myndighetssamarbete på området global hälsa är mer efterfrågat och skapar ett mervärde även för Sverige. Socialstyrelsen och andra myndigheter kan spela en viktig roll som länk till den nationella nivån.

Myndighetssamarbeten i en alltmer globaliserad värld

Socialstyrelsen bedriver idag ett omfattande internationellt arbete på många olika arenor (Socialstyrelsen, 2024). Det arbetet är en viktig del av Sveriges samlade arbete med global hälsa. Samarbeten inom EU och Världshälsoorganisationen (WHO) är särskilt viktiga. Sveriges internationella engagemang sker ofta inom ramen för våra samarbeten inom det multilaterala systemet, till exempel genom Sveriges medlemskap och representation i olika organs styrelser och arbetskommittéer. Sveriges engagemang inom WHO är ett exempel på hur arbetet med global hälsa inte går att dela upp i å ena sidan bistånd, å andra sidan övrigt internationella engagemang. Att vara aktiva globalt ger oss fördelar, och underlättar för Sverige att fortsätta ligga i framkant när det gäller hälsa, folkhälsa, socialtjänst och innovation. Det är också värdefullt om aktörer inom global hälsa i Sverige har bred kunskap om vad andra aktörer gör – att ”vänster arm vet vad höger arm gör” – särskilt för oss som är ett litet land.

Om Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en statlig, nationell förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst, med anor sedan 1683. På myndigheten arbetar cirka 700 personer. Socialstyrelsen stödjer till exempel utvecklingen av e-hälsa, utfärdar legitimationer, delar ut statsbidrag och samordnar hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser. Vi följer utvecklingen inom vården och omsorgen och fångar upp och möter omvärldens behov. Det gör vi för att människor i Sverige ska få tillgång till god vård och omsorg på lika villkor, oavsett vem man är och var i landet man bor.

Internationella samarbeten är inget nytt

Socialstyrelsen har under lång tid samarbetat med myndigheter och organisationer i andra länder för att dela information och erfarenheter inom vård och socialtjänst, både i Sveriges närhet men också på andra håll (Edhag & Eriksson, 2018). Redan 1952 startades Nämnden för internationella hälsovårdsärenden (NIH), som en del av dåvarande Medicinalstyrelsen, och senare som en del av den nya myndigheten Socialstyrelsen 1968.

Från 1975 och framåt förhandlade Socialstyrelsen fram samarbetsavtal med länder som hade avtal med Sveriges regering om samarbete inom vård och socialtjänst. Avtalen skapades för att underlätta informationsutbyte och vetenskapligt samarbete mellan Sverige och de tidigare öststaterna under kalla kriget. De gjorde det också enklare att ordna internationella besök och få visum beviljade, eftersom ett regeringsavtal gav extra tyngd. Särskilda ”landhandläggare” skötte dessa samarbeten. Verksamheten innebar kontakter och utbyte av framför allt medicinsk kunskap mellan länder. Det övergripande ansvaret låg hos Socialdepartementet.

Samarbeten fanns tidigt med WHO, men också med Europarådet, som hade stipendier för medicinska och sociala utbyten. Det förekom även samarbeten med UD:s pressrum, Svenska Institutet, svenska och utländska ambassader i Sverige, samt direkta bilaterala samarbeten mellan experter från olika länder.

Exempel på landsarbeten:

- Polen 1975–2005
- Ungern 1978–2003
- Tjeckien och Slovakien 1994–2004
- Ryssland – avtal om ett samarbete inom miljöhälsa tecknades 1995, efter tidigare samarbeten med Sovjetunionen.

Det förekom även samarbete mellan Socialstyrelsen och systermyndigheter i Finland, f.d. Jugoslavien och i DDR, och det fördes diskussioner om samarbeten med Turkiet och de baltiska staterna. Exempel på aktiviteter inkluderar expertutbyten, gemensamma seminarier, deltagande i internationella konferenser och stöd till olika föreningar som Barnläkarföreningen och Föreningen Sveriges Socialchefer. Inom ramen för samarbetet med Polen under budgetåret 1992/93 genomfördes till exempel en resa till Polen för utbildning av mammografipersonal och ett besök från Polen om cancerregistrering.

Socialstyrelsen samarbetade även med WHO och deras stipendiatprogram för att främja utbyte mellan medlemsländer. Enligt en rapport från 1991 kom de flesta besökare i programmet från Kina, Egypten och Indonesien, och vanliga teman var narkotika, hiv/aids, äldreomsorg och funktionshinderfrågor. År 1990 organiserade Socialstyrelsen 60 WHO-program.

EU-medlemskapet förändrade allt

Efter kommunismens fall minskade betydelsen av de flesta gamla samarbetsavtalen (Kato, 2004). Redan 1992 bedömde Socialstyrelsen att de politiska förändringarna krävde en omprövning av avtalen, och man kontaktade Socialdepartementet för att diskutera deras framtid (Jungstedt, 1992). Socialstyrelsen beslutade till slut att de avtal som fanns kvar inte aktivt skulle förnyas eller förlängas¹. När de tidigare öststaterna gick med i EU 2004 förändrades situationen ytterligare. I ett PM från år 2000 noterade Socialdepartementet att avtalen efter Berlinmurens fall blivit alltmer föråldrade, eftersom samarbetet mellan länderna nu utvecklades naturligt mellan fria och demokratiska stater. År 2005 föreslog Socialstyrelsen till regeringen att samarbetet inom hälso- och sjukvårdens område skulle

¹ 2006 (dnr 02-282/2006), 2005 (dnr 02-826/2005), 2004 (dnr 02-37/2004), 2003 (dnr 02-13/2003), 2002 (dnr 50-1158/2001), 2001 (dnr 15-136/2001), 2000 (dnr 15-1259/2000).

avformaliseras. I stället skulle utbytet ske på samma sätt som med övriga europeiska länder, utan särbehandling.

EU-medlemskapet har medfört stora förändringar för vård och omsorg i Sverige, inte minst på grund av den regelgivning och standardisering det medfört. Nu finns det lagstiftning och gemensamma bindande regler på en mängd områden inom EU för att underlätta för medlemsstaterna att hantera problem av gränsöverskridande karaktär. Dessa regler införlivas i den nationella lagstiftningen och arbetssättet. Det hör snarare till vanligheterna än ovanligheterna att myndigheter, vårdgivare och patienter befinner sig i en miljö där överstatliga eller mellanstatliga regler präglar vårdssituationen.

Redan genom Romfördraget 1957 gavs Europeiska gemenskapen en viss roll i hälsofrågor, inte minst kopplat till den fria rörligheten av patienter och hälso- och sjukvårdspersonal och relaterade (vård-) tjänster men även kopplat till strålskydd och arbetsmiljöfrågor. Single European Act 1986 underströk också gemenskapernas roll i fråga om produktsäkerhet, arbetsmiljö och hälsa, inte minst hälsoskydd. Som en följd av Maastrichtfördraget 1992 fick EU en tydligare roll inom hälsa och hälsoskydd som skulle genomsyra även andra politikområden, som folkhälsa, smittskydd och sjukdomsförebyggande arbete. Genom artikel 152 i Amsterdamfördraget 1997 fick EU en tydlig och bred roll i hälso- och sjukvårdsfrågor. Då ritades en bred karta upp där unionen gavs mandat att, som komplement till de nationellt styrda hälso- och sjukvårdssystemen, bidra till bättre folkhälsa, förebygga sjukdom och ohälsa och undanröja faror för människors hälsa.

Den inre marknaden och dess fyra friheter för rörlighet (varor, kapital, tjänster och personer), som härstammar från EES-beslutet 1994, har fått stor påverkan på hälso- och sjukvårdens område (Cucic, 2000). Den fria rörligheten för varor har medfört fullharmoniserad reglering på EU-nivå, inte minst för läkemedel och medicintekniska produkter, och motsvarande tillsyn på EU-nivå genom den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) för frågor rörande

farmakovigilans. Regler har också tagits fram för produkter med mänskligt ursprung, som blod, vävnader och organ, där det finns bindande regler och standarder inom unionen som har företräde framför svensk rätt.

Den fria rörligheten för personer har medfört harmoniserade högskole- och universitetsutbildningar och examensbevis och automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationer inom unionen, bl.a. för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning. Detta har medfört en ökad rörlighet för både utbildad arbetskraft men också av patienter, som genom patientrörlighetsdirektivet 2011 gavs rätt att söka vård i andra EU-länder med allt vad det innebär av information om rättigheter och skyldigheter.

EU:s roll i arbetet med global hälsa

I och med att EU-kommissionen har mandat att lägga fram förslag till nya regler för att förbättra folkhälsa, minska smittspridning och sjukdomsburda så har det också medfört att svensk hälso- och sjukvård, liksom det globala samarbetet om hälsa, behöver ta hänsyn till, och avstamp från, både det nationella arbetet med att arbeta med frågorna och det unionsgemensamma arbetet för att vara som mest effektivt. Inte minst så utgör EU-samarbetet en slags grund även för det arbete som EU:s medlemsstater bedriver på global nivå, både utifrån en värdegemenskap men även utifrån de regler som blivit gemensamma och som ofta ses som ”good practice” och standard-sättande.

2022 kom EU:s globala hälsost strategi som Louise Bengtsson skriver mer om i kapitel 8 i den här antologin. Där beskriver man också områden där EU:s interna och externa politik har bäring på global hälsa, inklusive den politik som bedrivs nationellt i medlemsländerna. Sverige bidrag till EU:s gemensamma arbete med global hälsa kan stärkas utifrån nationellt förankrad kompetens och erfarenhet, särskilt inom områden där Sverige är starka som till

exempel inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och antimikrobiell resistens.

En annan aspekt av EU-arbetet för hälso- och sjukvården är att det skapar möjligheter för nya samarbetsformer för att lösa enskilda länders problem. Ett exempel är arbetet med att upptäcka och behandla sällsynta sjukdomar² och tillhandahålla högspecialiserad vård. Det är resurskrävande verksamheter för de flesta länder i världen.

Sällsynta sjukdomar och högspecialiserad vård – ett område som kräver internationellt samarbete

EU-samarbetet har möjliggjort samverkan kring sällsynta sjukdomstillstånd och högspecialiserad vård. De europeiska referensnätverken (ERN) utgör ett komplext samarbete mellan mer än 900 experter som samarbetar för att ställa diagnos på patienter över hela EU och bidra till att de får den vård de behöver, utan att patienterna behöver resa över gränserna. Nätverken är virtuella och patienterna knyts samman med över 1 600 medverkande vårdenheter och drygt 400 olika sjukhus över hela EU.

Samarbetet är också en god modell för hur komplexa vårdbehov kan lösas genom internationella samverkansstrukturer. Att kunna lösa utmaningar som dessa kräver samverkan och kunskap både inom och mellan länder. Dessa erfarenheter går att tillämpa även på samarbeten utanför unionens gränser, på liknande utmaningar.

² Enligt den europeiska definitionen av en ”sällsynt sjukdom” är det en sjukdom som färre än fem av 10 000 invånare har. https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/rare-diseases_en

Global kunskapsstyrning får allt större betydelse

En tydlig trend som Socialstyrelsen kan notera är att den globala kunskapsstyrningen fått allt större omfattning och tyngd. Det är inte längre enbart varje lands nationella politik och arbete med vetenskap och beprövad erfarenhet som vägleder hur hälso- och sjukvård ges, utan i allt högre grad den kunskap som genereras i internationella sammanhang som ska genomföras på nationell nivå. En särskilt tydlig utveckling kan noteras inom WHO, vars normerande och kunskapsstyrande roll utvecklats markant sedan grundandet 1947. Organisationen åtnjuter i allmänhet ett stort förtroende bland hälso- och sjukvårdens professioner för sina högkvalitativa kunskapsstöd, kliniska rekommendationer och riktlinjer för vård och behandling samt standarder inom olika områden. Dessa fungerar vägledande för de 194 medlemsstaterna och präglar i olika omfattning hur hälso- och sjukvården ser ut och fungerar i respektive land.

Från Socialstyrelsens perspektiv, som nationell kunskapsstyrningsmyndighet, utgör WHO:s normerande arbete en guldgruva för utvecklingen på nationell nivå, men också en plattform för att nå ut med svenska tekniska och normativa lösningar i en bredare kontext. Det är i sammanhanget viktigt att notera att Sverige har i en internationell jämförelse hög vårdkvalitet, goda utfall av vården och ett omfattande välfärdssystem, och har mycket att bidra med in i globala policyfora. WHO:s kunskapsstyrning används ofta som referens eller grund för nationellt arbete. Kunskapsstyrningen från den globala nivån är en central komponent när det handlar om att bidra till att utveckla hälso- och sjukvårdssystem på nationell nivå. Samtidigt är samarbetet inom WHO en arena för att bidra med nationell kunskap om hälso- och sjukvård in i WHO:s eget arbete. Det finns stora värden att hämta i att göra en tätare koppling mellan arbetet med global hälsa och det nationella arbetet, eftersom kompetensen rörande hälsosystemens funktionssätt och utmaningar behöver tillämpas i båda fallen.

Internationell samverkan rörande kunskapsstyrning och normering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är dock inte begränsat till EU och WHO. Socialstyrelsen företräder antingen Sverige, genom delegation från regeringen, eller sig själv som expertmyndighet, i ett flertal andra internationella organisationer som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor och socialtjänstfrågor, hälsosystemsanalys, hälsostatistik, mänskliga rättigheter på hälso- och sjukvårdens områden och andra relaterade områden. Europarådet är en central organisation inom det här arbetet, med sitt fokus på att värna mänskliga rättigheter, där Socialstyrelsen arbetar både med medicinskt-etiska frågor, att förebygga våld mot kvinnor och våld i nära relation, att motverka tortyr och förnedrande behandling, skydd mot sexuell exploatering av barn, bekämpande av människohandel och skydd för nationella minoriteter. Socialstyrelsen följer upp Sveriges följsamhet till många internationella regelverk inom hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens områden.

Nordiska Ministerrådet är en annan organisation där myndigheten sedan länge har ett brett samarbete, med samverkan både mellan myndighetscheferna i generaldirektörsnätverket för hälso- och sjukvård, omsorg och tillsyn, och genom den s.k. ämbetsmannakommittén för sociala- och hälsofrågor där en mängd olika frågor hanteras, som t.ex. e-hälsa, äldrefrågor, vård för barn och unga, unga som begår brott, psykiatri med mera.

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och dess hälsokommitté är en viktig samarbetspartner, med relevans för analyser av hälsosystemet och dess funktionalitet, och för framtagandet av hälsostatistik. Vidare finns samverkan inom Östersjöområdet och med Baltikum genom Östersjöstaternas Råd (CBSS) där samverkan i frågor rörande barns hälsa och sociala välbefinnande ofta diskuteras, och samarbetet inom den Nordliga dimensionens partnerskap inom folkhälsa och socialt välbefinnande (NDPHS) som är en internationell samverkansplattform för att stärka professionella kontakter, dela och producera kunskap samt utveckla gemensamma aktiviteter inom folkhälsa och socialt

välbefinnande. I många år har också hälso- och sjukvårdsfrågorna inom krisberedskapsområdet också haft stor tyngd, både inom EU-arbetet men även inom ramen för Nato-samarbetet. Socialstyrelsen har länge representerat Sverige i Nato-samarbetet rörande hälso-relaterad beredskap, vilket kunnat utgöra en god grund för det arbete som måste genomföras efter att Sverige beviljades medlemskap i Nato 2023.

WHO-strategin – ett paradigmskifte

Arbetet med att omsätta den globala kunskapsstyrningen nationellt, och att få effekter och inflytande även på global nivå utifrån den nationella kunskapsstyrningen, underlättas av gemensamma fastlagda strategier, och gemensamma kontaktytor. Regeringen har sedan 2011 en strategi för Sveriges WHO-samarbete, för att bestämma vilka frågor som ska drivas, för att kunna följa upp hur resurser används och vilken effekt det har gett, och inte minst hur Sverige kan bidra till en bättre global hälsa och ett mer effektivt WHO. Den nya WHO-strategin (Strategi för Sveriges samarbete med Världshälsoorganisationen 2021–2025) innebär ett paradigmskifte jämfört med tidigare strategier (Regeringskansliet, 2021). Den innebär att Regeringskansliet, nationella expertmyndigheter och berörda utlandsmyndigheter behöver harmonisera sitt arbete och knyta samman det nationella och det globala arbetet. Likaså ska ett strategiskt, samstämmigt och effektivt påverkansarbete bedrivas i WHO-sammanhang, gemensamt av de berörda departementen och myndigheterna, där Utrikesdepartementet, Sveriges ständiga representation till FN i Genève, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Sida pekats ut särskilt. I övrigt ska civilsamhällesorganisationer, professionsorganisationer, fackförbund, akademiska institutioner, svenska s.k. ”WHO Collaborating Centers” med flera bjudas in och involveras i påverkansarbetet. Det här sker också idag i stor utsträckning.

För första gången har strategin omarbetats så att den ska bidra både till den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken, genomförandet av det folkhälsopolitiska ramverket, den svenska utvecklingspolitiken och Sveriges arbete med global hälsa, i samklang med den svenska politiken för global utveckling och genomförandet av Agenda 2030. Det innebär att arbetet med hälso- och sjukvård och folkhälsa på nationell nivå inte längre kan ses som en separat angelägenhet för nationella expertmyndigheter, utan ska integreras i det arbete som Sverige bedriver även på global nivå. Det i sig förutsätter kunskap om vad som görs på nationell nivå, och hur det görs, och att synergier kan identifieras med det globala arbetet.

Exempel på svenskt inflytande och synergier mellan den nationella och globala nivån

Det finns genom åren en mängd goda exempel på hur synergier mellan det globala och det nationella kan tillvaratas. Några exempel på senare år rör framtagandet av en global handlingsplan om demens, som beslutades 2017. Svensk expertis, som var med i framtagandet av de första nationella riktlinjerna om demens som publicerades 2010, kunde genom ett framgångsrikt påverkansarbete på global nivå föra in unikt svenska perspektiv i den globala strategin, t.ex. att krav på samtycke från patienten vid vård av demens måste inhämtas. Detta perspektiv var inte sedan tidigare beaktat och innebar ett perspektivskifte i hur WHO instruerar sina medlemsstater att utgå från ett patientcentrerat perspektiv i olika sakfrågor. Andra exempel rör den globala handlingsplanen om våld mot kvinnor, flickor och barn där Sverige, genom Socialstyrelsens expertis, framgångsrikt argumenterat för att förutom ett offerperspektiv (som ofta finns där) så måste man sätta in åtgärder för att förövare ska ges vård och stöd för att sluta slå. Detta är också ett perspektiv där Sverige har stor erfarenhet, och en naturlig fråga för vården, omsorgen och socialtjänsten att arbeta med, vilket inte alltid är fallet i andra länder där män som våldsutövare inte ses som en stödbehövande grupp.

Socialstyrelsens påverkan i WHO-sammanhang märks även när det gäller kvinnohälsa. I samband med den nationella kampanjen om endometriosis 2018 så kunde myndigheten framgångsrikt kroka arm med WHO för att uppmärksamma den globala bristen på endometriosis-vård och behovet av global kunskapsstyrning. Sverige var det första landet i världen som publicerat kliniska riktlinjer om endometriosis, och hade dessutom genomfört hälsoekonomiska beräkningar av kostnaderna för sjukskrivning, och även av de psykosociala aspekterna av sjukdomen. Socialstyrelsen fick även granska WHO:s faktablad om endometriosis inför publiceringen 2020.

WHO:s globala rehabiliteringsstrategi, efter ett gediget svenskt påverkansarbete, innehåller också skrivningar om behovet av habilitering och bedömningar av funktionsnedsättning utöver det rena rehabiliteringsbehovet. Även i detta sammanhang är den nationella erfarenheten viktig för att påverka policyutvecklingen på global nivå.

Bred samverkan behövs för att stärka Sveriges roll inom global hälsa

Samverkan med sjukvårdens professioner

Socialstyrelsen har genom sin roll som ansvarig myndighet i frågor om hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst länge haft rollen som svensk kontaktpunkt i professionsnära frågor gentemot olika internationella organ. Myndigheten är nationell kontaktpunkt gentemot WHO i frågor som rör läkare och medicinska frågor, sjuksköterskefrågor samt omvårdnad, tandläkarfrågor samt tandhälsa, och barnmorskefrågor samt kvinnohälsa och reproduktiv hälsa. Tanken med att dessa kontaktpunkter har placerats på Socialstyrelsen är att myndigheten ses som ”en väg in” i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och har ett brett kontaktnät, både för att kunna besvara faktafrågor men även att förmedla kontakter och

lägesbilder. Rollerna Chief Medical Officer (chefsläkare), Chief Nurse/Nursing Officer (chefssjuksköterska) och Chief Dental Officer (chefstandläkare) har funnits på Socialstyrelsen i många år. Syftet var från början att underlätta för WHO att diskutera professionsnära frågor med varje medlemsstat och att få in landets medicinska expertis i policyfrågorna.

I juni 2023 fick myndigheten i uppdrag av Socialdepartementet att inrätta en ny funktion: Chief Midwifery Officer (chefs barnmorska), som kontaktpunkt gentemot WHO i frågor om kvinnohälsa och reproduktiv hälsa med fokus på barnmorskans yrkesutövning. Funktionen fanns sedan tidigare informellt på myndigheten, för att samla kompetens och fokusera insatser, föra en dialog med WHO:s team för sexuell och reproduktiv hälsa och för behovet av kunskap om global kvinnohälsa.

Socialstyrelsen har ett brett kontaktnät och använder sig regelbundet av extern expertis för att genomföra det internationella arbetet inom myndighetens verksamhetsområden. Regionernas och universitetens kliniska expertis utgör en extra resursbas för att Socialstyrelsen ska kunna medverka i samtliga sammanhang där medicinska frågor diskuteras internationellt. Detta möjliggör för Socialstyrelsen att bidra till det internationella arbetet i en mängd medicinska frågor, även om resurser inte finns inom myndighetens egna väggar. Samarbetet med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är också betydelsefullt för att den rätta svenska kompetensen ska kunna användas i varje internationellt sammanhang. Mot bakgrund av Sveriges decentraliserade styrning av hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst är det en nödvändighet att Socialstyrelsen samverkar på samma sätt i de nationella som de internationella frågorna med de aktörer som är berörda. Myndigheten använder sig också sedan många år av sina särskilt utsedda vetenskapliga råd inom en mängd olika medicinska frågor, för att säkra att den mest relevanta medicinska expertisen tillämpas i de sammanhang där myndigheten medverkar.

Samverkan inom Life science mellan myndigheter och företag

Att nå ut på den globala arenan med svenska varor och tjänster inom vård och omsorg, har blivit allt viktigare i vår globaliserade värld. Av det skälet har Socialstyrelsen sedan många år tillbaka samverkan både med stiftelsen Swecare och med Business Sweden, för att tillsammans med svenska företag nå ut med svensk kunskap och erfarenhet i olika länder.

Intresset för svensk hälso- och sjukvård är stort, inte minst eftersom vårdkvaliteten är internationellt sett erkänt hög och utfallet inom de flesta områden är mycket gott. Många svenska företag har spjutspetskompetens inom sina områden och tillhandahålla de bästa lösningarna och den bästa medicintekniska utrustningen. Sveriges historik som starkt inom läkemedelsproduktion och hälsostatistik bidrar också till att svensk life science åtnjuter gott rykte globalt. Socialstyrelsen förekommer ofta i sammanhang där företagens olika lösningar sätts i ett bredare policysammanhang – exempelvis kan myndigheten medverka med information om hur cancervården fungerar, tillsammans med företag som säljer medicinteknisk utrustning för den typen av vård och behandling. Det kan ses som en märklig miljö för en statlig myndighet att befinna sig i, men är ofta efterfrågat just därför att de länder som vill samverka med Sverige också behöver förstå hur produkten eller vården ska ses i ett bredare perspektiv.

Ökat behov av stöd i närområdet och omvärlden

Socialstyrelsen har sedan Rysslands invasion av Ukraina 2022 återkommande donerat medicinsk utrustning i form av hälso- och sjukvårdsprodukter från myndighetens lager. Det har gjorts utifrån återkommande regeringsuppdrag och finansierats via biståndsmedel. För närvarande görs donationer utifrån ett regeringsuppdrag som beslutades i januari 2024 och som ska slutredovisas den 1 februari 2025.

Förutom donationer från Socialstyrelsens egna lager ska Socialstyrelsen enligt uppdraget samordna eventuella donationer från regioner och andra aktörer. Socialstyrelsens uppdrag utgår från förfrågningar som hanteras genom EU:s mekanism för katastrofstöd (ERCC). Dit vänder sig Ukraina med en förfrågan om stöd som sedan skickas vidare i systemet till den svenska kontaktpunkten som är Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap (MSB). MSB skickar sedan förfrågan vidare till Socialstyrelsen (rörande hälso- och sjukvårdsutrustning/läkemedel). Myndigheten gör då en bedömning om Socialstyrelsen eller regionerna har möjlighet att donera det som efterfrågas. Socialstyrelsen samverkar med regionerna vad gäller deras möjlighet att donera.

Vidare har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att samordna framtagandet av ett stödprogram för återuppbyggnaden av Ukrainas hälso- och sjukvård och socialtjänst mot bakgrund av de samarbetsavtal som regeringen (Socialdepartementet) har ingått under år 2023. Önskemålen om stöd som har framförts är omfattande och berör alla former av samverkan – lagstiftning, reformer, teknisk samverkan och kompetensöverföring. Även detta uppdrag, som myndigheten innehar fram till år 2028, innebär ett stort skifte för myndighetens roll och ansvar framåt på den globala arenan. Uppgiften att med biståndsfinansiering utveckla ett program för stöd inom socialpolitikens- och hälso- och sjukvårdens område för att möjliggöra för myndigheter och andra offentliga aktörer, på nationell, lokal och regional nivå, samt deras företrädare, att bidra till kunskapsöverföring och kapacitetsbyggande i Ukraina, är stor och omfattande och ställer nya krav på myndighetens förmåga att samverka, identifiera behov och skapa lösningar som efterfrågas. Vidare ingår i uppdraget att främja myndighetssamverkan för uppbyggnad och reformarbete och bidra till Ukrainas EU-närmande.

Det pågår sedan tidigare även dialoger med Ukraina i andra frågor, som digitalisering av äldreomsorgen, införande av sjukdomsrelaterade klassifikationer (ICD, ICF och ICHI), kompetens-

försörjning inom socialtjänsten (med den svenska Yrkesresan³ som modell) samt rehabiliterings- och funktionsnedsättningsfrågor. Det finns många områden där behoven är stora och där Sveriges kompetens inom vårdkvalitet och patientcentrerad vård samt avinstitutionalisering kan bidra till Ukrainas långsiktiga utveckling på hälso- och sjukvårdens område.

Det finns fog för att anta att Socialstyrelsen framåt, liksom förr i tiden, kommer vara en självklar aktör på den globala arenan. Det ställer också nya krav på myndigheten som innebär att kompetens inom utvecklingsamarbete behöver säkras, samt finansiering för arbetet.

Framtidsspaning

Myndigheter får en mer aktiv roll inom global hälsa

Socialstyrelsen har genom åren haft olika former av mer eller mindre operativa internationella samarbeten, och med tanke på hur global hälsa utvecklas som område är det sannolikt att uppgiften kommer kvarstå för myndigheten. I och med covid-19-pandemin gavs Socialstyrelsen för första gången ett operativt uppdrag att bistå regioner och kommuner med inköp av hälso- och sjukvårdsprodukter och läkemedel för att klara krisen. Myndigheten fick därmed tillfälle att stärka sina operativa förmågor och att gå in med regelrätt stöd till regioner och kommuner. Denna nya uppgift har fått mer långtgående efterdyningar i och med att uppdrag också ges till myndigheten för att säkra läkemedelsberedskap under kriser, utöver uppdraget att förvalta det nationella beredskapslagret tillsammans med Folkhälsomyndigheten.

På den globala arenan arbetar Socialstyrelsen med att samordna Sveriges insats till WHO:s globala Emergency Medical Teams, som vid en hälsokris kan skickas ut på uppdrag för att avlasta vården.

³ Yrkesresan är en nationell satsning på kompetens i socialtjänsten.

Denna roll hänger också samman med det nationella ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom stödstyrkan, som efter beslut av UD och MSB kan skickas ut för att stödja svenskar vid kriser utomlands.

Svenska myndigheter har en viktig roll i utvecklingssamarbetet. Sida stödjer till exempel flera samarbeten mellan svenska myndigheter och deras systerorganisationer i olika samarbetsländer, och den här verksamheten innebär också ett värdefullt lärande för verksamheten i Sverige. Sidans stöd till myndigheter som arbetar med internationellt utvecklingssamarbete är viktigt. Folkhälsomyndigheten har till exempel flera internationella samarbeten och har i oktober 2024 tecknat en överenskommelse med Sida om ett fördjupat samarbete inom global hälsa och utvecklingssamarbete. En del av dessa beskrivs i kapitel 5.

Internationell myndighetssamverkan efterfrågas

Det finns en stor och ständigt ökande efterfrågan på att Sverige bidrar till att stärka global hälsa. I detta arbete har Socialstyrelsen en given roll. Den långa erfarenheten av ”peer-to-peer”-samarbete och tekniskt samarbete behöver för detta syfte också vidareutvecklas till ökad kompetens inom utvecklingssamarbete. Det internationella arbetet inom Socialstyrelsen har under lång tid ökat i omfattning och ett hundratal internationella åtaganden är att betrakta som mer eller mindre permanenta, allt från nätverk till expertgrupper och formella grupper. Det har dock på motsvarande sätt under lång tid saknats öronmärkt finansiering för att myndigheten ska kunna organisera sitt arbete på området. En stärkt dialog mellan Socialstyrelsen, dess uppdragsgivare och Sida för att utveckla samarbetet framåt är för att uppnå syftet helt nödvändig.

Referenser

Cucic, S. (2000). European Union health policy and its implications for national convergence. *Int J Qual Health Care*, 12(3), 217–225.

Edhag, O., & Eriksson, B. (2018). *Socialstyrelsen i takt med tiden? De första femtio åren*. Retrieved from :

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-i-takt-med-tiden.pdf>

Jungstedt, B. (1992). *Bilaterala avtal med Polen, Tjeckoslovakien och Ungern på hälso- och sjukvårdens område*. Socialstyrelsen.

Kato, S. (2004). *Bilaterala avtal på hälso- och sjukvårdens område med Polen, Ungern, Tjeckien och Slovakien – Hemställan om avformalisering*. Socialstyrelsen.

Regeringskansliet. (2021). *Strategi för Sveriges samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) 2021–2025*. Regeringskansliet. Retrieved from : <https://www.regeringen.se/strategier-for-internationellt-bistand/2021/01/strategi-for-sveriges-samarbete-med-varldshalsoorganisationen-who-20212025/>

Socialstyrelsen. (2024). *Vårt internationella arbete*. Retrieved from : <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/internationellt-arbete/>

Skribenter

Seye Abimbola är född och uppvuxen i Nigeria. Han är läkare och docent vid University of Sydney, Australien. Seye har föreläst, forskat och skrivit omfattande om lärande och styrning inom hälsosystem samt om kunskapspraktiker och epistemisk orättvisa inom global hälsa. Seye tilldelades Prince Claus-professuren i jämlikhet och utveckling vid Utrecht University, Nederländerna (2020–2022). Hans forskning om värdighetsbaserade kunskapspraktiker inom global hälsa stöds för närvarande av ett anslag från Australian Research Council (2023–2025). Under 2015–2024 har han varit chefredaktör för BMJ Global Health.

Malin Ahrne är utredningssekreterare på Expertgruppen för biståndsanalys. Malin är sjuksköterska med en magisterexamen i folkhälsovetenskap och har disputerat vid Karolinska Institutet inom området mödrahälsovård för utrikesfödda kvinnor i Sverige. Tidigare har Malin arbetat både i Sverige och internationellt med hälsa, bland annat på Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Sida och WHO i Etiopien.

Tobias Alfvén är barnläkare och klinisk professor i global barnhälsa. Under de senaste 25 åren har Tobias kombinerat forskning, undervisning och klinisk medicin inom pediatrik. Mellan 2020 och 2024 var han ordförande för Svenska Läkaresällskapet och sedan 2022 är han ordförande för Agenda för hälsa och välbefinnande. Tobias har tidigare arbetat inom FN, bland annat för UNAIDS, både i fält och på huvudkontor.

Louise Bengtsson är fil. dr i internationella relationer och forskare i statsvetenskap på Svenska institutet för europapolitiska studier (Sieps). Hennes forskning fokuserar på EU:s hälsopolitik och roll inom global hälsa. Louise har tidigare arbetat som tjänsteperson på Europeiska kommissionen och Utrikesdepartementet.

Sarah Bolongaita är doktorand vid Bergen Centre for Ethics and Priority Setting vid Universitetet i Bergen. Hennes forskning fokuserar på hälsosystem i låg- och medelinkomstländer. Innan hon påbörjade sina doktorandstudier studerade Sarah bland annat globala hälsosystem vid Georgetown University och Harvard University.

Johan Carlson var generaldirektör vid Smittskyddsinstitutet (2009–2014), Folkhälsomyndigheten (2014–2021) och har innan dess haft en rad olika chefsbefattningar på olika myndigheter. Numera är Johan verksam som senior rådgivare och arbetar framför allt med global hälsa och pandemiberedskap. Johan är infektionsläkare och docent i infektionsepidemiologi vid Karolinska Institutet och har publicerat ett stort antal vetenskapliga artiklar.

Kerstin Carlsson är statsvetare och internationell samordnare i generaldirektörens stab på Socialstyrelsen sedan 2014. Hon har tidigare arbetat på Socialdepartementet som WHO-samordnare, Statsrådsberedningen under Sveriges EU-ordförandeskap 2009, Finansdepartementet som internationell samordnare och på Justitiedepartementet.

Angela Y. Chang är docent vid Danish Institute for Advanced Study och Danish Centre for Health Economics vid Syddansk Universitet. Hennes forskning handlar om global hälsa, hälsoekonomi och uppföljning av hälsoutfall. Hon har medverkat i Lancetkommissionen för investeringar i hälsa

Muna Elmi har en doktorexamen i cellbiologi från Göteborgs universitet och har därefter forskat vid University College London. Hon har arbetat med att utveckla medicinsk diagnostik för lågresursmiljöer med hjälp av maskininlärning. Muna är för närvarande programansvarig för internationell utveckling inom digital hälsa vid SPIDER, Institutionen för data- och systemvetenskap vid Stockholms universitet.

Ayodamope Fawole är forskningsassistent och student i global hälsa vid Duke Global Health Institute. Han har en kandidatexamen i tandkirurgi från University of Ibadan i Nigeria, och har medverkat i Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 2024.

Dean T. Jamison är professor emeritus vid Institute for Global Health Sciences vid University of California, San Francisco. Dean har varit verksam vid University of California, Los Angeles och University of Washington samt varit T. & G. Angelopoulos Visiting Professor vid Harvard Kennedy School och Harvard T.H. Chan School of Public Health (2006–2008). Dean har tidigare arbetat på Världsbanken som forskningsekonom och som chef för bankens Education Policy Division och Health, Nutrition and Population Division. Dean var huvudförfattare till Världsbankens World Development Report 1993 ”Investing in Health”. Dean har tillsammans med Lawrence H. Summers varit ordförande för Lancetkommissionen för investeringar i hälsa 2013 och 2024.

Johnblack K. Kabukye är en ugandisk läkare och specialist på hälsoinformatik. Han har över tio års erfarenhet av klinisk verksamhet och cancerforskning samt av att utveckla digitala hälsolösningar i Afrika. Johnblack har en Bachelor of Medicine and Surgery från Makerere University i Uganda, en Master of Health Informatics från Stockholms universitet och Karolinska Institutet i Sverige och en PhD i medicinsk informatik från University of Amsterdam i Nederländerna på temat Digitalizing Oncology in Africa. Han innehar nu en postdokortjänst vid SPIDER, Institutionen för data- och systemvetenskap vid Stockholms universitet.

Omar Karlsson är gästforskare vid Duke University Population Research Institute och Duke Global Health Institute, postdoktor vid Centrum för ekonomisk demografi vid Lunds universitet och har medverkat i Lancetkommissionen för investeringar i hälsa. Han har en doktorsexamen i ekonomisk historia från Lunds universitet och hans avhandling handlade om hälsoskillnader bland barn samt motgångar tidigt i livet.

Wenhui Mao är biträdande programdirektör vid Duke Global Health Innovation Center och Innovations in Healthcare, samt lärare i global hälsa vid Duke Global Health Institute vid Duke University. Wenhui har publicerat över 120 akademiska artiklar och har medverkat i Lancetkommissionen för investeringar i hälsa.

Maria Nilsson är professor i folkhälsovetenskap med inriktning på klimatförändringar och hälsa vid Institutionen för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet. Hennes huvudsakliga forskningsfokus har sedan många år varit väder, klimat och klimatförändringar kopplat till människors hälsa, med ett särskilt intresse för klimatanpassning och sårbara befolkningar. Maria var medförfattare och redaktör för ”Lancet Commission – Health and climate change: policy responses to protect public health” 2015 och leder en arbetsgrupp inom ramen för den globala ”Lancet Countdown 2030 on Health and Climate Change” som startade 2016.

Anders Nordström är läkare och har haft en lång rad ledande positioner och chefsbefattningar i internationella sammanhang inom global hälsa. Mellan 2010 och 2023 var Anders Sveriges ambassadör för global hälsa. Som tillförordnad chef etablerade han 2002 Globala fonden för bekämpning av aids, tuberkulos och malaria. Han var tillförordnad generaldirektör för WHO (maj 2006-januari 2007) och chef för WHO:s landkontor i Sierra Leone 2015–2017. Mellan 2007 och 2010 var Anders generaldirektör för Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (Sida). Han är idag aktiv som senior rådgivare knuten till Karolinska Institutet och Handelshögskolan i Stockholm och har ett flertal styrelseuppdrag i olika internationella organisationer.

Ole F. Norheim är läkare och professor i medicinsk etik vid Institutionen för global folkhälsa och primärvård vid Universitetet i Bergen samt direktör för Bergen Center for Ethics and Priority Setting vid samma universitet. Han är också adjungerad professor i global hälsa vid Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health (2015–2024).

Fawziya Abikar Nur var hälsominister i Somalias regering 2017–2022. Fawziya Abikar Nur studerade juridik vid Somali National University och tog sin första examen 1985. Hon genomförde sedan en tvåårig utbildning i offentlig rätt vid universitetet i Bologna. Hon stannade i Italien och studerade vidare vid L'Istituto Superiore di Sanità i Rom där hon tog en magisterexamen i förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och doktorerade i folkhälsa vid Sapienza Università i Rom. Innan hon utsågs till hälsominister tjänstgjorde hon som lärare vid Somali National University och som expertkonsult för WHO.

Osondu Ogbuoji är forskare inom hälsosystem med en bakgrund inom medicin, folkhälsa och hälsoekonomi. Han har en läkarexamen från University of Ibadan, en Master of Public Health och ett Certificate in International Health Policy and Financing från Johns Hopkins University samt en Doctor of Science (ScD) i Global and Population Health från Harvard University. Osondu har medverkat i flera Lancetkommissioner, bland annat kommissionen för investeringar i hälsa.

Soorej Puthooppambal är lektor och forskare i global hälsa med inriktning på migration och hälsa vid enheten för migration och global hälsa vid institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Uppsala universitet. Soorej är även föreståndare för WHO:s Collaborating Center on Migration and Health Data and Evidence. Soorej har lett framtagandet av och medverkat i flera kunskapsöversikter och riktlinjer om migration och hälsa, till exempel WHO:s första regionala rapport om flyktingars och migranternas hälsa i den europeiska regionen och WHO:s första globala rapport om flyktingars och migranternas hälsa.

Hannah von Reding är projektkoordinator i forskargruppen ”Global katastrofmedicin – hälsobehov och insatser” vid Karolinska Institutet och arbetar med rådgivning och policyfrågor och koordinering av utbildning. Hannah har studerat utvecklingsstudier vid Lunds universitet och har en Master of Science i global hälsa från University of Copenhagen. Hon har tidigare arbetat med globala utvecklingsfrågor inom icke-statliga organisationer.

Anna Riby har arbetat på Swecare som bland annat programchef, regiondirektör och riktat mot södra Afrika, Sydostasien, Kina, Nordamerika och Latinamerika. Hennes tematiska ansvar inkluderar Agenda 2030, äldreomsorg och hälsosamt åldrande. Anna har stor erfarenhet av att arbeta mot Afrika söder om Sahara som projektledare för Swecare, programledare för Tillväxtverket och som landschef för Zambiakontoret för ett skandinaviskt konsultföretag. Anna har en magisterexamen i International Business Administration från Linköpings universitet. Hon har bott i Mexiko, Guatemala och Zambia i flera år.

Johan von Schreeb är kirurg och professor i global katastrofmedicin vid Karolinska Institutet och leder forskargruppen ”Global katastrofmedicin – Hälsobehov och insatser”. Gruppen är ett WHO Collaborating Centre och var med och skapade initiativet Emergency Medical Teams (EMT). Gruppen är fortsatt engagerad i utveckling och utvärdering av EMT, och Johan själv är mentor för ett flertal team inom initiativet. Han är även föreståndare för Centrum för hälsokriser vid Karolinska Institutet. Johan har lång erfarenhet av internationellt hälso- och sjukvårdsarbete i konflikter och katastrofer för WHO, UK-Med och Läkare Utan Gränser (MSF). Han gjorde sitt första uppdrag för MSF 1989, startade den svenska MSF-sektionen och var dess första ordförande.

Marco Schäferhoff är chef för Open Consultants. Han har över 15 års erfarenhet av finansieringsfrågor och policyarbete inom global hälsa. Han har stöttat ett brett spektrum av institutioner inom global hälsa, inklusive Gavi, Globala fonden, Bill & Melinda Gates Foundation, WHO, UNAIDS, Unicef, Världsbanken, stora givarregeringar och en rad icke-statliga organisationer. Han har också medverkat i Lancetkommissionen för investeringar i hälsa. Marco har publicerat många artiklar om finansiering och politik för global hälsa och har en examen i politik och en doktorsexamen i statsvetenskap.

Edna Soomre har lång erfarenhet av internationell utveckling, global hälsa och mänskliga rättigheter. Hon har en kandidatexamen i internationella relationer och utvecklingsstudier från University of Sussex och en masterexamen i internationella och jämförande juridiska studier från SOAS, University of London. Som chef för partnerskap, innovation och digital hälsa på SPIDER, Institutionen för data- och systemvetenskap vid Stockholms universitet fokuserar Edna på att nyttja digitala verktyg för att främja rättvisa och inkludering i vården i låg- och medelinkomstländer.

Jesper Sundewall är forskare och lärare inom hälsosystem och hälsopolitik. Han är docent vid Lunds universitet och University of KwaZulu-Natal i Sydafrika. Jesper har över 20 års erfarenhet av arbete med global hälsa och bistånd i olika roller på Sida, Expertgruppen för biståndsanalys (EBA) och från akademien. Jesper disputerade 2009 vid Karolinska Institutet med en avhandling om svenskt hälsobistånd till Uganda, Zambia och Bangladesh.

Stefan Swartling Peterson är läkare och professor i global hälsa vid Karolinska Institutet, med anknytning till Uppsala universitet och Makerere University, Uganda. Stefan har arbetat till och från i Östafrika de senaste 20 åren, med bland annat hälsosystem och implementeringsforskning inom områden som barnöverlevnad, perinatal vårdkvalitet och kapacitetsutveckling. Under 2006–2020 var Stefan chef för Unicefs globala hälsoavdelning, med bas i New York.

Lotta Sylwander har mer än 25 års erfarenhet av utvecklings- och rättighetsarbete inom FN (främst Unicef), Sida och inom icke-statliga organisationer. De senaste 20 åren har Lotta haft ledande befattningar på Sida, där hon varit chef för Afrikaavdelningen och biträdande generaldirektör 2001–2006, och på Unicef som land-representant i fyra länder 2006–2021, senast 4 år i Ukraina.

Anders Tegnell är senior rådgivare på Folkhälsomyndigheten och arbetar idag framför allt med global hälsa. Anders var stats-epidemiolog 2013–2022 och har haft en rad olika chefsbefattningar på bland annat Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Anders är läkare med en doktorexamen i infektionssjukdomar och en magisterexamen i epidemiologi från London School of Hygiene and Tropical Medicine, och han har publicerat ett stort antal vetenskapliga artiklar. Anders har arbetat med beredskap för hälsohot sedan början av 2000-talet och har haft flera internationella uppdrag, bland annat under ebolautbrottet i Demokratiska republiken Kongo (dåvarande Zaire) 1995.

Nina Viberg är forskare vid Institutionen för global folkhälsa och Center of Excellence for Sustainable Health (CESH) vid Karolinska Institutet. Nina koordinerar för närvarande projektet ”Building capacity for sustainable development in fragile states” som är ett samarbete med universitet i Uganda, Somalia och Demokratiska republiken Kongo. Hon är legitimerad apotekare och har en doktorexamen från Karolinska Institutet. Nina har lång erfarenhet och har arbetat på olika nivåer i det svenska hälsosystemet, bland annat Sveriges Kommuner och Regioner, Myndigheten för vård och omsorgsanalys och Socialdepartementet. På Socialdepartementet var hon bland annat ansvarig handläggare för antimikrobiell resistens och samordnare av frågor om vaccin mot covid-19.

David Watkins är läkare, forskare och docent vid avdelningen för allmän internmedicin och institutionen för global hälsa vid University of Washington. Dessutom leder han initiativet ”Learning for Action in Policy Implementation and Health Systems”. Han studerar reformer av hälso- och sjukvårdssystem och politiska utmaningar, med särskild tonvikt på allmän hälso- och sjukvård och den växande bördan av icke smittsamma sjukdomar i låginkomstländer.

Gavin Yamey är Hymowitz Professor of Global Health och chef för Duke Global Health Institute's Center for Policy Impact in Global Health, ett innovativt policylabb som sysslar med utmaningar kring finansiering av global hälsa. Gavin är även professor i offentlig politik vid Duke Sanford School of Public Policy och fakultetsdirektör för Duke Global Policy Program i Genève. Gavin har bidragit till fyra Lancetkommissioner – om investeringar i hälsa, tuberkulos, global kirurgi och fredliga samhällen genom jämlik hälsa och jämställdhet. Han är utbildad inom klinisk medicin vid Oxford University och University College London, medicinsk journalistik vid British Medical Journal samt folkhälsa vid London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Armand Zimmerman är forskningsledare vid Center for Policy Impact in Global Health vid Duke University. Hans forskning fokuserar på hur ekonomiska utvärderingar kan bidra till en mer evidensbaserad hälsopolitik i låg- och medelinkomstländer. Armand har en Master of Science i global hälsa från Duke University och en Bachelor of Science i biologi från University of California, Santa Barbara.

Sara Österlund är senior policyrådgivare på Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) och har tidigare arbetat på bland annat Plan International Sverige och Sveriges ungdomsorganisationer. Sara har en magisterexamen i statsvetenskap från Uppsala universitet och har över 20 års erfarenhet av programarbete och politiskt påverkansarbete med fokus på mänskliga rättigheter, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, global hälsa, jämställdhet och barns rättigheter.

Tidigare EBA-rapporter

2024:07 *Swedish Climate-change Mitigation Finance*, Flintull Annica Eriksson, Annika Hilgert, Fiona Lambe, Númi Östlund, Max Schmidt, Igor Shishlov, Per Strömberg, Luisa Weber

2024:06 *External Support to Constitution Building Processes*, Cheryl Saunders, Andy Carl, Anna Dziedzic, Samantha Smith

2024:05 *Evidence-Based Anti-Corruption? Evaluation of Sida's Efforts to Reduce Corruption in Partner Countries*, Marina Nistotskaya, Hayden Buker, Marcia Grimes, Anna Persson, Michelle D'Arcy, Bo Rothstein, Adea Gafari

2024:04 *Det svenska biståndets transparens*, Pontus Hedin, Christopher Lokatt

2024:03 *Public Opinion on Carbon Pricing and Revenue Uses in East Africa*, Niklas Harring, Anna Nordén, Daniel Slunge

2024:02 *The Long and Winding Road: Evaluation of Swedish Long-Term Development Cooperation with Liberia*, Christoph Emminghaus, Simon Wallisch, Kou Meapeh Gbaintor-Johnson, Julian Klauke, Anouchka Baldin, Tillman Hönig, John Pokoo, Johanna Schaefer-Kehnert

2024:01 *Supporting Local Actors: Evaluation of Sweden's Application of the Grand Bargain Localisation Agenda*, Sophia Swithern, Charlotte Lattimer, Teddy Atim, Gang Karume, Dmytro Kondratenko, Kateryna Korenkova, Cheery Zahau

2023:04 *Det är resultatet som räknas: För en bättre resultatredovisning av biståndet*, Númi Östlund och Helena Hede Skagerlind

2023:03 *The Swedish Aid Response to the HIV Epidemic: An Overview*, Pam Baatsen, Thyra de Jongh, Hannah Kabelka, Josefine Olsson, Liana Petrosova, Renée Robbers, Noor Tromp, Edited by The Expert Group for Aid Studies

- 2023:02 *More Than a Label, Less Than a Revolution: Sweden's Feminist Foreign Policy*, Ann Towns, Elin Bjarnegård, Katarzyna Jezierska
- 2023:01 *The Role of Aid in the Provision of Sexual and Reproductive Health Services*, Jesper Sundewall, Björn Ekman, Jessy Schmit
- 2022:08 *The Rise of Social Protection in the Global South: The Role of Foreign Aid*, Miguel Niño-Zarazúa, Ana Horigoshi, Alma Santillán Hernández, Ernesto Tiburcio
- 2022:07 *Member State Influence in the Negotiations on the Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument (NDICI)*, Magnus Lundgren, Jonas Tallberg, Camilla Pedersen
- 2022:06 *Swedish Development Cooperation with Ethiopia: Sixty Years of Lessons Learned*, Bereket Kebede, Leif Danielsson, Hailu Elias, Gunnar Köhlin
- 2022:05 *Mapping Swedish Aid to Agriculture*, Ivar Virgin, Alice Castensson, Filippa Ek, Ylva Ran
- 2022:04 *A Team Player and Free Agent: Sweden's Engagement with EU Country and Joint Programming*, Erik Lundsgaarde
- 2022:03 *Hur förändra världen? En antologi om förändringsteorier i biståndet*, Kim Forss och Númi Östlund (red.)
- 2022:02 *Swedish Aid in the Time of the Pandemic*, Carsten Schwensen, Jonas Lövkrona, Louise Scheibel Smed
- 2022:01 *Utvärdering av strategiska sekunderingar som del av svenskt påverkansarbete*, Lisa Dellmuth, Paul T. Levin, Nicklas Svensson
- 2022:July *Social protection for the forcibly displaced in low- and middle-income countries*, Jason Gagnon, Mona Ahmed, Lisa Hjelm, Jens Hesemann (joint with the OECD Development Centre, published as OECD Development Policy Papers No. 43)
- 2021:08 *Practicing Peacebuilding principles: A Study of Sweden's Engagement in Fragile and Conflict-Affected States*, Gary Milante, Jannie Lilja, Jups Kluyskens, Johanna Lindström

2021:07 *In Pursuit of Sustainable Peace: An Evaluation of the Folke Bernadotte Academy 2008–2019*, Nicklas Svensson, Julian Brett, Adam Moe Fejerskov, Charlotte Bonnet

2021:06 *Informerad eller kunnig: Utvärdering av insatser för information och kommunikation om bistånd 2010–2020*, Maria Grafström, Cecilia Strand

2021:05 *Supporting Elections Effectively: Principles and Practice of Electoral Assistance*, Therese Pearce Laanela, Sead Alihodžić, Antonio Spinelli, Peter Wolf

2021:04 *Sexual and Reproductive Health and Rights: Measuring Values and Norms to Guide Swedish Development Cooperation*, Anna Kågesten, Karin Båge, Jesper Sundewall, Helena Litorp, Bi Puranen, B., Olalekan Uthman, Anna Mia Ekström

2021:03 *Credible Explanations of Development Outcomes: Improving Quality and Rigour with Bayesian Theory-Based Evaluation*, Barbara Befani

2021:02 *Målbild och mekanism: Vad säger utvärderingar om svenska biståndsinsatsers målpuppfyllelse?*, Markus Burman

2021:01 *Data Science Methods in Development Evaluation: Exploring the Potential*, Gustav Engström and Jonas Nören

2020:07 *Effects of Swedish and International Democracy Aid*, Miguel Niño-Zarazúa, Rachel M. Gisselquist, Ana Horigoshi, Melissa Samarin and Kunal Sen

2020:06 *Sextortion: Corruption and Gender-Based Violence*, Åsa Eldén, Dolores Calvo, Elin Bjarnegård, Silje Lundgren and Sofia Jonsson

2020:05 *In Proper Organization we Trust – Trust in Interorganizational Aid relations*, Susanna Alexius and Janet Vähämäki

2020:04 *Institution Building in Practice: An Evaluation of Swedish Central Authorities' Reform Cooperation in the Western Balkans*, Richard Allen, Giorgio Ferrari, Krenar Loshi, Númi Östlund and Dejana Razić Ilić

2020:03 *Biståndets förvaltningskostnader För stora? Eller kanske för små?*, Daniel Tarschys

- 2020:02 *Evaluation of the Swedish Climate Change Initiative, 2009–2012*, Jane Burt, John Colvin, Mehjabeen Abidi Habib, Miriam Kugele, Mutizwa Mukute, Jessica Wilson
- 2020:01 *Mobilising Private Development Finance: Implications for Overall Aid Allocations*, Polly Meeks, Matthew Gouett and Samantha Attridge
- 2019:09 *Democracy in African Governance: Seeing and Doing it Differently*, Göran Hydén with assistance from Maria Buch Kristensen
- 2019:08 *Fishing Aid – Mapping and Synthesising Evidence in Support of SDG 14 Fisheries Targets*, Gonçalo Carneiro, Raphaëlle Bisiaux, Mary Frances Davidson, Tumi Tómasson with Jonas Bjärnstedt
- 2019:07 *Applying a Masculinities Lens to the Gendered Impacts of Social Safety Nets*, Meagan Dooley, Abby Fried, Ruti Levto, Kate Doyle, Jeni Klugman and Gary Barker
- 2019:06 *Joint Nordic Organisational Assessment of the Nordic Development Fund (NDF)*, Stephen Spratt, Eilís Lawlor, Kris Prasada Rao and Mira Berger
- 2019:05 *Impact of Civil Society Anti-Discrimination Initiatives: A Rapid Review*, Rachel Marcus, Dhruva Mathur and Andrew Shepherd
- 2019:04 *Building on a Foundation Stone: the Long-Term Impacts of a Local Infrastructure and Governance Program in Cambodia*, Ariel BenYishay, Brad Parks, Rachel Trichler, Christian Baehr, Daniel Aboagye and Punwath Prum
- 2019:03 *Supporting State Building for Democratisation? A Study of 20 years of Swedish Democracy Aid to Cambodia*, Henny Andersen, Karl-Anders Larsson och Joakim Öjendal
- 2019:02 *Fit for Fragility? An Exploration of Risk Stakeholders and Systems Inside Sida*, Nilima Gulrajani and Linnea Mills
- 2019:01 *Skandaler, opinioner och anseende: Biståndet i ett medialiserat samhälle*, Maria Grafström och Karolina Windell

2019:August *Migration and Development: the Role for Development Aid*, Robert E.B. Lucas (joint with the Migration Studies Delegation, Delmi, published as Delmi Research overview 2019:5)

2018:10 *Nation Building in a Fractured Country: An Evaluation of Swedish Cooperation in Economic Development with Bosnia and Herzegovina 1995–2018*, Claes Lindahl, Julie Lindahl, Mikael Söderbäck and Tamara Ivankovic

2018:09 *Underfunded Appeals: Understanding the Consequences, Improving the System*, Sophia Swithern

2018:08 *Seeking Balanced Ownership in Changing Development Cooperation Relationships*, Nils Keizer, Stephan Klingebiel, Charlotte Örnemark, Fabian Scholtes

2018:07 *Putting Priority into Practice: Sida's Implementation of its Plan for Gender Integration*, Elin Bjarnegård, Fredrik Ugglå

2018:06 *Swedish Aid in the Era of Shrinking Space – the Case of Turkey*, Åsa Eldén, Paul T. Levin

2018:05 *Who Makes the Decision on Swedish Aid Funding? An Overview*, Expertgruppen för Biståndsanalys

2018:04 *Budget Support, Poverty and Corruption: A Review of the Evidence*, Geske Dijkstra

2018:03 *How predictable is Swedish aid? A study of exchange rate volatility*, Númi Östlund

2018:02 *Building Bridges Between International Humanitarian and Development Responses to Forced Migration*, Alexander Kocks, Ruben Wedel, Hanne Roggemann, Helge Roxin (joint with the German Institute for Development Evaluation, DEval)

2018:01 *DFIs and Development Impact: an evaluation of Swedfund*, Stephen Spratt, Peter O'Flynn, Justin Flynn

2017:12 *Livslängd och livskraft: Vad säger utvärderingar om svenska biståndsinsatsers hållbarhet?* Expertgruppen för biståndsanalys

- 2017:11 *Sweden's Financing of UN Funds and Programmes: Analyzing the Past, Looking to the Future*, Stephen Browne, Nina Connelly, Thomas G. Weiss
- 2017:10 *Seven Steps to Evidence-Based Anticorruption: A Roadmap*, Alina Mungiu-Pippidi
- 2017:09 *Geospatial analysis of aid: A new approach to aid evaluation*, Ann-Sofie Isaksson
- 2017:08 *Research capacity in the new global development agenda*, Måns Fellesson
- 2017:07 *Research Aid Revisited – a historically grounded analysis of future prospects and policy options*, David Nilsson, Sverker Sörlin
- 2017:06 *Confronting the Contradiction – An exploration into the dual purpose of accountability and learning in aid evaluation*, Hilde Reinertsen, Kristian Bjørkdahl, Desmond McNeill
- 2017:05 *Local peacebuilding – challenges and opportunities*, Joakim Öjendal, Hanna Leonardsson, Martin Lundqvist
- 2017:04 *Enprocentmålet – en kritisk essä*, Lars Anell
- 2017:03 *Animal health in development – its role for poverty reduction and human welfare*, Jonathan Rushton, Arvid Uggla, Ulf Magnusson
- 2017:02 *Do Anti-Discrimination Measures Reduce Poverty Among Marginalised Social Groups?* Rachel Marcus, Anna Mdee, Ella Page
- 2017:01 *Making Waves: Implications of the irregular migration and refugee situation on Official Development Assistance spending and practices in Europe*, Anna Knoll, Andrew Sherriff
- 2016:11 *Revitalising the policy for global development*, Per Molander
- 2016:10 *Swedish Development Cooperation with Tanzania – Has It Helped the Poor?*, Mark McGillivray, David Carpenter, Oliver Morrissey, Julie Thaarup

- 2016:09 *Exploring Donorship – Internal Factors in Swedish Aid to Uganda*, Stein-Erik Kruse
- 2016:08, *Sustaining a development policy: results and responsibility for the Swedish policy for global development* Måns Felleson, Lisa Román
- 2016:07 *Towards an Alternative Development Management Paradigm?* Cathy Shutt
- 2016:06 *Vem beslutar om svenska biståndsmedel? En översikt*, Expertgruppen för biståndsanalys
- 2016:05 *Pathways to change: Evaluating development interventions with Qualitative Comparative Analysis (QCA)*, Barbara Befani
- 2016:04 *Swedish responsibility and the United Nations Sustainable Development Goals*, Magdalena Bexell, Kristina Jönsson
- 2016:03 *Capturing complexity and context: evaluating aid to education*, Joel Samoff, Jane Leer, Michelle Reddy
- 2016:02 *Education in developing countries what policies and programmes affect learning and time in school?* Amy Damon, Paul Glewwe, Suzanne Wisniewski, Bixuan Sun
- 2016:01 *Support to regional cooperation and integration in Africa – what works and why?* Fredrik Söderbaum, Therese Brolin
- 2015:09 *In search of double dividends from climate change interventions evidence from forest conservation and household energy transitions*, G. Köhlin, S.K. Pattanayak, E. Sills, E. Mattsson, M. Ostwald, A. Salas, D. Ternald
- 2015:08 *Business and human rights in development cooperation – has Sweden incorporated the UN guiding principles?* Rasmus Klockner Larsen, Sandra Atler
- 2015:07 *Making development work: the quality of government approach*, Bo Rothstein and Marcus Tannenberg

- 2015:06 *Now open for business: joint development initiatives between the private and public sectors in development cooperation*, Sara Johansson de Silva, Ari Kokko and Hanna Norberg
- 2015:05 *Has Sweden injected realism into public financial management reforms in partner countries?* Matt Andrews
- 2015:04 *Youth, entrepreneurship and development*, Kjetil Bjorvatn
- 2015:03 *Concentration difficulties? An analysis of Swedish aid proliferation*, Rune Jansen Hagen
- 2015:02 *Utvärdering av svenskt bistånd – en kartläggning*, Expertgruppen för biståndsanalys
- 2015:01 *Rethinking Civil Society and Support for Democracy*, Richard Youngs
- 2014:05 *Svenskt statligt internationellt bistånd i Sverige: en översikt*, Expertgruppen för biståndsanalys
- 2014:04 *The African Development Bank: ready to face the challenges of a changing Africa?* Christopher Humphrey
- 2014:03 *International party assistance – what do we know about the effects?* Lars Svåsand
- 2014:02 *Sweden's development assistance for health – policy options to support the global health 2035 goals*, Gavin Yamey, Helen Saxenian, Robert Hecht, Jesper Sundewall and Dean Jamison
- 2014:01 *Randomized controlled trials: strengths, weaknesses and policy relevance*, Anders Olofsgård