

# 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 sjukvårdsmyndigheten 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**

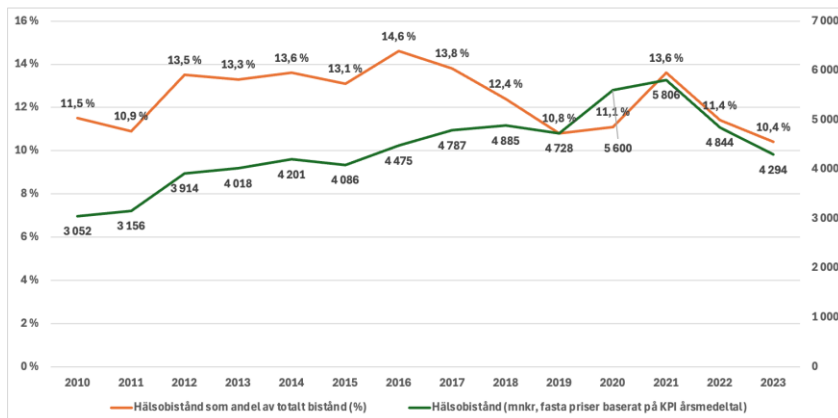
Efter valet 2022 aviserade den nya regeringen att det tidigare enprocentmålet skulle avskaffas. I stället infördes en fast treårig budgettram för biståndet för perioden 2023–2025. För 2024 motsvarar ramen på 56 miljarder ungefär 0,84 procent av bruttonationalinkomsten (BNI).<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> Budgetpropositionen för 2024 – [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/budgetpropositionen-for-2024\\_hb031/](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.<sup>2</sup> 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-

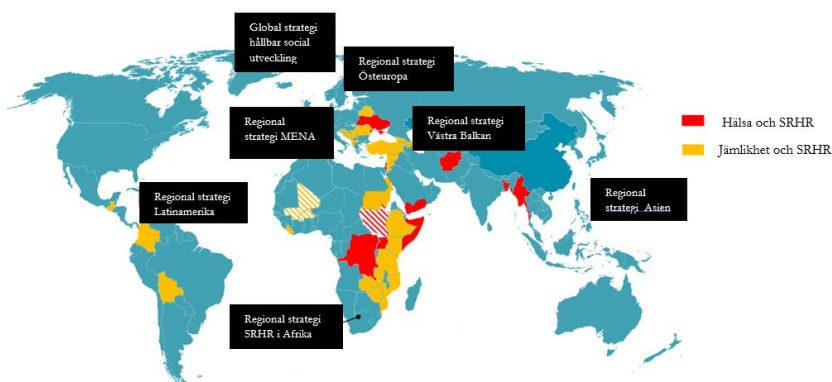
<sup>2</sup> "Sveriges bistånd till global hälsa och SRHR gör skillnad och räddar liv" – pressmeddelande 11 oktober 2024  
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/10/sveriges-bistand-till-global-halsa-och-srhr-gor-skillnad-och-raddar-liv/>

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.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> 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>