

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.

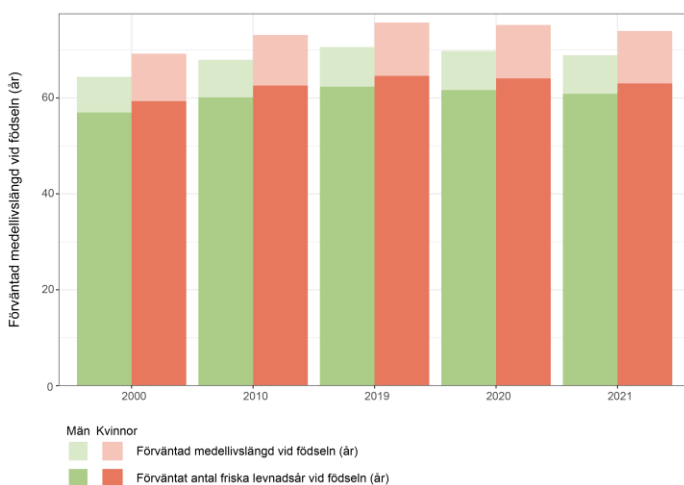
Tillförlitligheten i data varierar avsevärt mellan länder och indikatorer, men de siffror WHO publicerar får anses vara de mest tillförlitliga. De flesta siffror jag presenterar här kommer från World Health Statistics (WHO, 2024c).

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

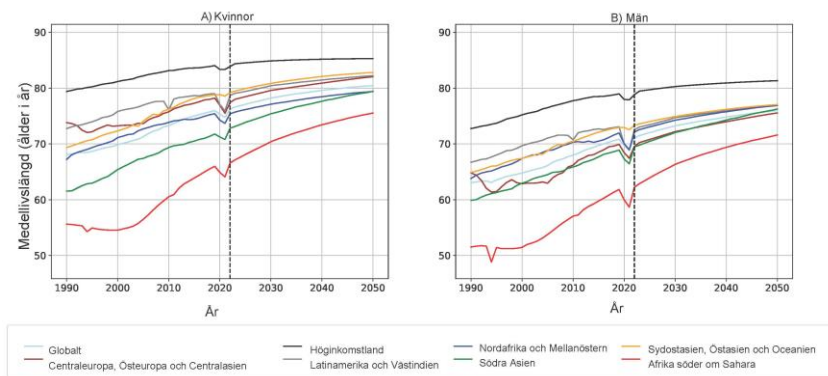


Källa: World Health Statistics Report 2024 (WHO, 2024c).¹

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

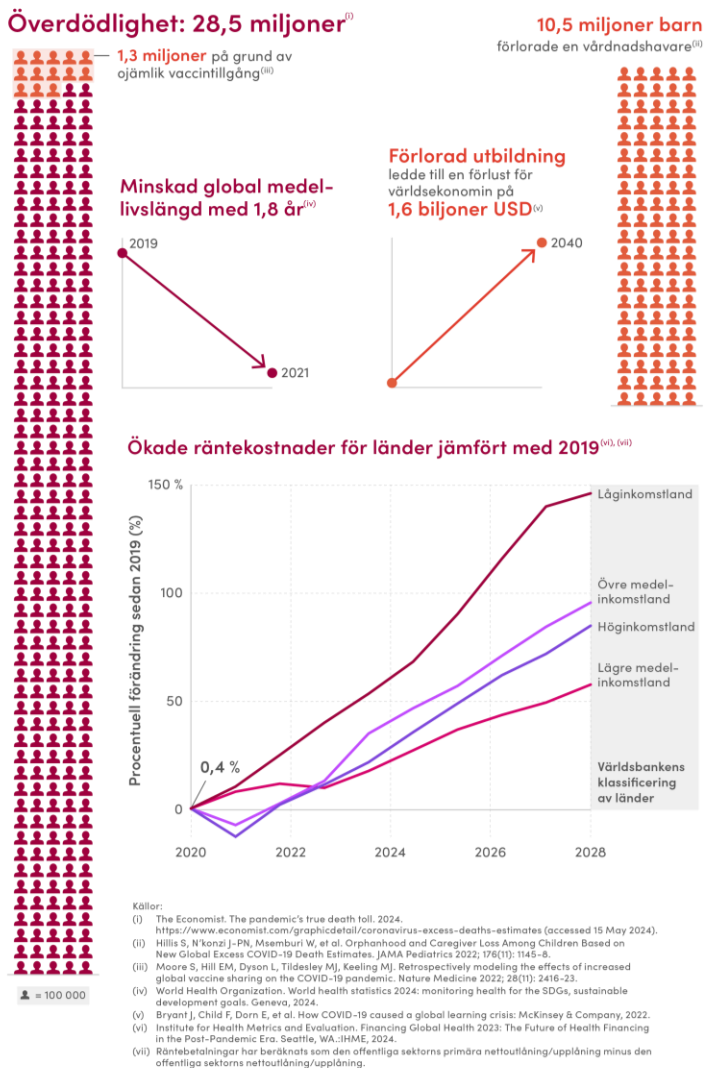
På bara två år raderade covid-19-pandemin ett decennium av framsteg inom global hälsa. År 2020 hade både den globala förväntade medellivslängden och antalet friska år återgått till 2016 års nivåer (72 år respektive 63 år). År 2021 sågs ytterligare nedgångar tillbaka till nivåerna från 2012 (71 år respektive 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. Länge 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.

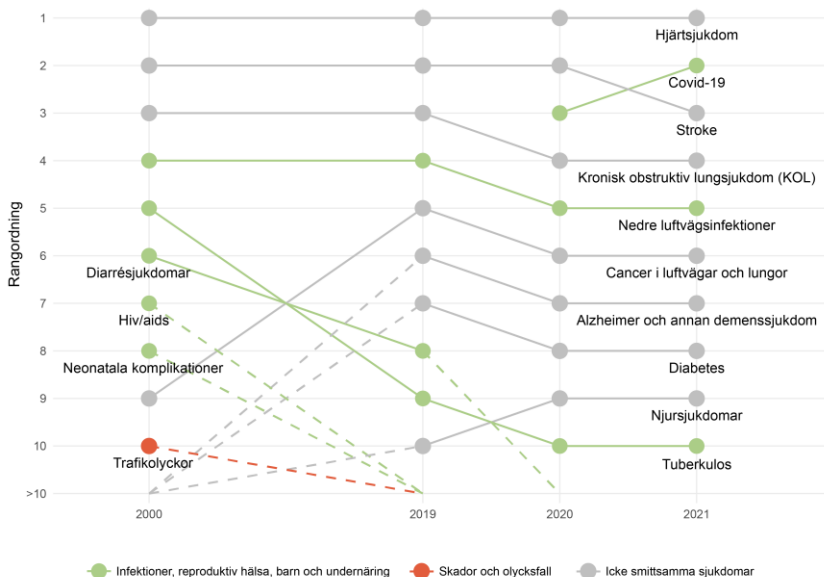
Förändringar i sjukdomspanoramata

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.

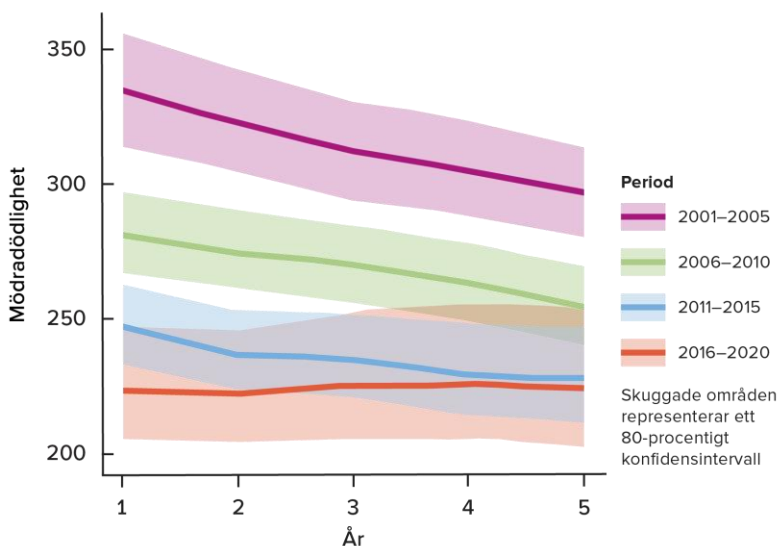
Mödradödlighet

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.

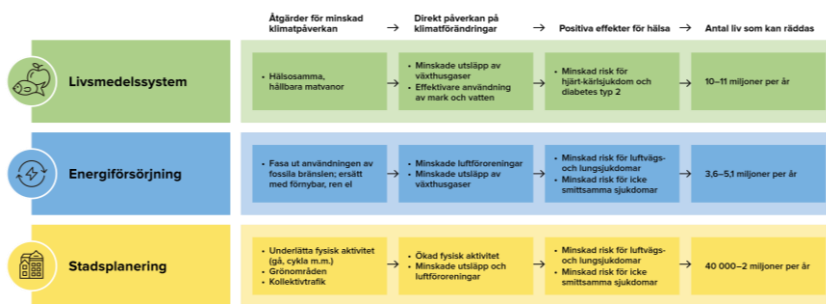
Genom att genomföra åtgärder som kan förhindra en fortsatt negativ klimatutveckling ("mitigation") så uppskattar dock WHO att 50 gånger så många förtida dödsfall skulle kunna undvikas årligen. Det skulle kunna innebära att 12 miljoner färre personer under 70 år dör varje år. Denna minskning av antalet 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

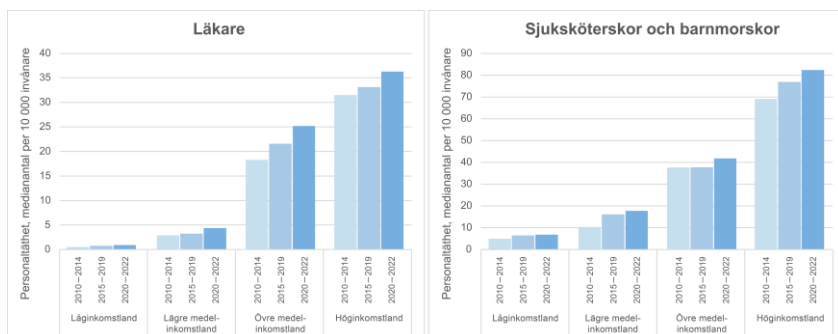
förlossningar som sker i närvaro av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal (från 61 till 86 procent 2000–2023) och därmed förbättrade utfall vid förlossningar, kan man nu se en avmattning i framstegstakten.

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.

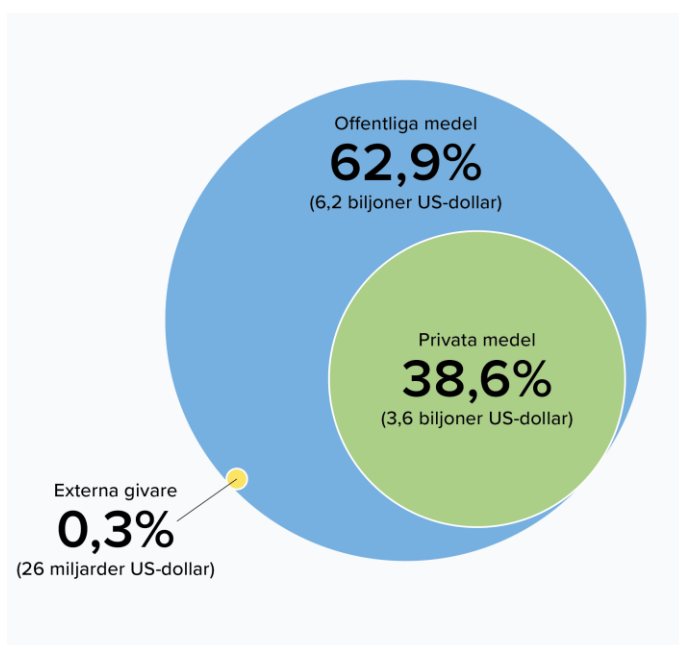
I höginkomstländerna var de genomsnittliga hälsoutgifterna 4 001 US-dollar (USD) per capita 2021, vilket är 8 gånger så mycket som i övre medelinkomstländer (531 USD), 27 gånger mer än i lägre medelinkomstländer (146 USD) och hela 89 gånger mer än i låginkomstländer (45 USD) (WHO, 2023b).

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).

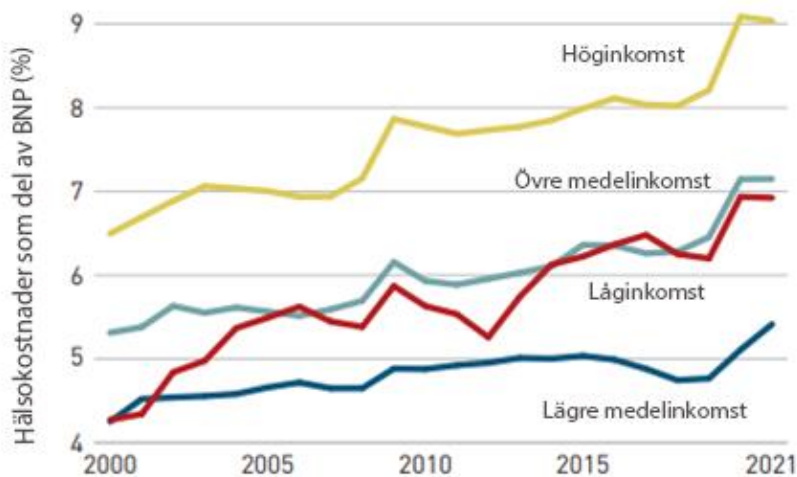
Figur 8: Fördelning av resurser som går till hälsa globalt 2021



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 höginkomst-
länder 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"). Hälsovinster med klimatbiståndet 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/>