

## 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 katastrofmedicinska<sup>1</sup> 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:<sup>2</sup> en katastrof är en händelse som orsakar betydande störningar och leder

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 fara<sup>3</sup> (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.<sup>4</sup> 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.

---

<sup>3</sup> UNISDR Terminology on disaster risk reduction 2009.

<sup>4</sup> 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 11.5<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> Detta, liksom sammanställningar från andra jordbävningar, visar att vården måste vara anpassad till den vardagliga sjukdomsbördan och DALY:s<sup>7</sup>. 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.

---

<sup>6</sup> Data från hälsoministeriet som har rapporterats till EMTCC.

<sup>7</sup> 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 klassificeringar<sup>8</sup> enligt FN:s organ för katastrofriskreducering (UNDRR): 1) tekniska faror (till exempel industriolyckor, explosioner), 2) transportolyckor samt 3) sociala

---

<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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.

---

<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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- riskreducering och hälsa börjat hänvisa till och understryka vikten av en så kallad ”all-hazards approach” – att vi måste arbeta över hela

---

<sup>10</sup> 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 ReliefWeb<sup>11</sup>. 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 nexus<sup>12</sup> 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

---

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

<sup>12</sup> 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 procent<sup>13</sup> 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 Index<sup>14</sup> (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.

---

<sup>13</sup> Data från Open Aid.

<sup>14</sup> 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)<sup>15</sup> 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.

---

<sup>15</sup> 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-avtalet<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> 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

---

<sup>16</sup> The Grand Bargain (official website) –

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

<sup>17</sup> 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 katastrofrespon 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](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](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>