INTRO: Du lyssnar på EBA-podden. En podcast om bestånd.

NÖ: Hej. Och välkomna till EBA-podden. Jag heter Númi Östlund, och den här podcasten ges ut av expertgruppen för biståndsanalys, EBA. Hälsa är ett stort och viktigt område inom både det internationella och svenska biståndet. Under många år så har 10–12 procent av det svenska biståndet gått till insatser inom hälsa, vatten och sanitet. I regeringens reformagenda är hälsa ett av sju prioriterade tematiska områden, så det kommer också vara ett viktigt område framöver. Men vilka är de viktigaste frågorna för det svenska hälsotillståndet och hur ser den globala utvecklingen ut inom hälsa? EBA bara tagit sig an dessa frågor i en ny antologi om global hälsa, som lanserades i december 2024. Den innehåller 17 kapitel om olika aktuella frågor inom global hälsa, med sammanlagt 34 författare.

Teman som tas upp är till exempel klimatförändringar och hälsa, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, som ju länge varit en prioriterad fråga för Sverige. Men vi hittar också texter om till exempel digitaliseringens möjligheter inom hälsa, EU:s roll och den globala beredskapen mot hälsohot och nya pandemier. Det här är viktiga frågor både för oss i Sverige och för människor i låg och medelinkomstländer. Inte minst i ljuset av att USA nu aviserar att de ska lämna världshälsoorganisationen WHO, en otroligt viktig aktör för global hälsa. Idag ska vi alltså prata global hälsa och hälsa i biståndet och med i podden har jag tre experter på ämnet, två i studion och en på länk. Om vi börjar i studion. Välkommen tillbaks till podden Jesper Sundvall.

JS: Tack så mycket.

NÖ: Du är docent och forskare vid Lunds universitet.

JS: Det stämmer bra.

NÖ: Fokuserar på hälsofrågor?

JS: Hälsosystem och hälsoekonomi kan man säga.

NÖ: Hälsosystem och hälsoekonomi. Jag tror att vi kommer att borra lite i det under dagens samtal. Och vid din sida, Karin Tegmark Wisell, välkommen.

KTW: Tack för det.

NÖ: Du är ambassadör för global hälsa sen förra året. Många kanske känner dig som tidigare generaldirektör för Folkhälsomyndigheten. Men vad är det att vara ambassadör för global hälsa? Vad gör man då?

KTW: Man ska helt enkelt företräda regeringen i olika sammanhang i de globala hälsosammanhangen. Och i min roll så handlar det bland annat om att vara en del i de stora sammanhangen där det svenska biståndet verkar också till att få igenom de svenska prioriteringarna, de svenska värderingarna. Men också vara med i andra sammanhang för ett globalt aktörskap, liksom ha ett utbyte med den svenska resursbaserad som finns här, som är ju så viktig för hela det svenska arbetet inom global hälsa.

NÖ: Spännande jobb.

KTW: Verkligen.

NÚMI: Och med på länk Gunilla Karlsson, styrelseordförande för Sida. Välkommen till podden Gunilla.

GK: Tackar.

NÖ: De flesta kanske känner dig som tidigare riksdagsledamot och biståndsminister 2006–2013. Men du har ju också kanske framförallt efter din tid som minister arbetat internationellt med hälsofrågor.

GK: Ja, jag har haft förmånen att både få sitta i styrning organ i globala vaccin alliansen, Gavi. Och även globala samfundet som jobbar mot TB, AIDS, malaria i världen. Och dessutom har jag haft två år inom UN AIDS.

NÖ: Så välkomna alla tre till podden. Jag tänker att vi ska kasta oss in i ämnet direkt. I min introduktion gjorde jag ett försök att måla upp hälsotillståndet betydelse och bredd. Men jag känner att jag kan nog ta del … ta hjälp av er för att bredda den bilden lite. Jesper, om jag börjar med dig, du har ju både varit medredaktör för EBA:s antologi, skrivit ett kapitel. Och du är ju som vi sa i intron och forskare med fokus på hälsofrågor. Om du ska ge oss en bild av hälsans roll i biståndet eller kanske biståndets roll för global hälsa?

JS: Ja, jag kan försöka. Det är en antologi med 17 kapitel och ändå kände vi att vi inte riktigt täckt in allt. Det säger väl någonting om hur brett vi ser att hälsa är och på hur många sätt det påverkar och är en del av svenskt utvecklingsbistånd. Jag tycker man kan se det lite olika sätt. Man kan säga att det är tematiska frågor, du nämnde sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, vilket är någonting som Sverige har jobbat mycket med under många år. Och det är väl ett tydligt exempel på ett prioriterat område som Sverige jobbar med. Och vi har även andra, vi har jobbat mycket med mödrabarn hälsa. Vi har jobbat med andra viktiga områden. Men sen har vi även jobbat på olika nivåer, vi jobbar ju med multilaterala systemet där Gunilla varit aktiv och Karin representerar Sverige i flera av de sammanhangen.

Vi jobbar på regional nivå, till exempel med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, och vi jobbar på bilateral nivå alltså direkt samarbete mellan Sverige och ett annat land. Sen så skär ju bistånd eller hälsotillståndet in i andra områden som vi försöker visa antologin. Å ena sidan lyfter vi prioriterade områden, SRHR, sex eller repetitiv hälsa, vi lyfter pandemier och hälsohot. Vi lyfter andra direkta hälsoområdet, men vi lyfter också områden som klimat och migration, och du nämnde digitalisering, där vi ser att liksom hälsan kommer in naturligt. Så det är väl ett sätt att kort sammanfatta vad hälsa i biståndet är.

NÖ: Ja, sammanfatta eller öppna upp ännu mer att det är otroligt brett. Du nämner det här med bilaterala biståndets roll för hälsa. Och här är ju Sida Sveriges ansvariga myndighet för det bilaterala biståndet. Gunilla, vi ser ju att uppdraget från regeringen innebär att Sida jobbar alltmer i post konfliktländer eller länder med pågående konflikt. I EBAs antologi så har vi ett kapitel som handlar om Ukraina och ett som handlar om Somalia. Hur kan man tänka kring biståndets hälsorön roll i den här typen av länder? Jag vet i Ukraina så är målsättningen att bygga ett hälsosystem under pågående konflikt?

GK: Ja, och det är väl det här som är så intressant också, området är så brett, men det är också så att det finns ju så många olika, vad man skulle kunna säga, kontexter. Och det är klart att det vi ser i post konfliktsituationer kommer ju ibland väldigt nära det humanitära där global hälsa har en enorm viktig roll att rädda liv och också kunna fokusera kanske mer på framtid som barn och flickor. Det är ju så många olika kontexter och där också verktygen ser lite annorlunda ut. För samtidigt är ju det här en utvecklingspotential som man lägger väldigt tidigt, dels att investera i mänskliga rättigheter, kvinnors rättigheter som SRHR, men också rätten och tillgång till hälsa som ju är en förutsättning för tillväxt och utveckling. Så att det är ju liksom inte bara brett i områdena, utan också brett i, som jag ser det, lite olika instrument och att man samarbetar hela tiden, det måste man. Men också att man kan göra så många olika saker inom ramen för global hälsa i olika skeenden inom utvecklingsstadier. Och det här är ju så roligt för Sverige har så lång historik på det här området också och därför är det väl tydligt att regeringen säger att det här ska vi fortsätta med.

NÖ: Men vi ska samtidigt fokusera beståndet och känns det inte särskilt utmanande att man fokuserar på den här typen av konfliktländer? För en oinsatt känns det väldigt svårt att bygga hälsosystem i en pågående konflikt? Jag vet inte, både Gunilla och Jesper, du som är också expert på hälsosystem är det rätt prioritering eller är det en logisk prioritering eller måste man bara prioritera?

JS: Ja, det är svårt, men jag tror Ukraina är ett sådant exempel där vi ändå ser att på något sätt så har man ju ett vanligt liv som pågår trots den fullskaliga invasionen. Och man har ett system som håller på och som man hade börjat reformera, som har fortsatt att reformera och som till delvis måste det arbetet fortsätta för att hantera de problem som kommer av den här problem som man ser som direkta konsekvenser av invasionen. Sen finns det andra länder som kanske är lägre nere i mänsklig utvecklingsranking eller hur man bästa ska beskriva det. För att de allra fattigaste och mest utsatta länderna som är i konflikt, där vi pratar om hälsosystem som drivet av staten och som i huvudsak kanske finansieras med offentliga medel.

Och där är det ju betydligt svårare att fokusera på att bygga ett system och det kanske blir snarare liksom insatser av humanitär karaktär. Jag vill säga i sammanhanget också. I och med att det är en av de tydliga prioriteringarna i den nya biståndspolitiken så är det därför lite oroväckande tycker jag, att se den här nedgången, att vi är nere på liksom låga nivåer av andelen av biståndet som går till hälsa, det är nere på snart tio procent, vilket det inte varit på ganska många år, vilket är lite märkligt om regeringen samtidigt säger att det är en betydande prioritering.

NÖ: Och om man tittar på prioriteringarna i reformagendan just på hälsoområdet, så nu har vi pratat om hälsosystem och hälsa för de allra mest utsatta. Men ett annat av de övergripande delmålen på hälsoområdet handlar ju om pandemi-beredskap, arbetet med AMR, antimikrobiell resistens. Karin, det här är väl ett av dina specialområden, kan jag tänka mig?

KTW: Ja, men jag har arbetat länge med antibiotikaresistens särskilt som är en viktig del i AMR-arbetet.

NÖ: Såklart, du har en bakgrund från Folkhälsomyndigheten, det finns ett svenskt arbete med de här frågorna också såklart, men hur är det här också en del i det svenska biståndet?

KTW: Men om jag börjar kanske med att hälsohot som sådan är en viktig prioritering i det svenska arbetet med global hälsa, så är nog det mycket en konsekvens av att vi precis, eller i alla fall ganska nyligen, kommer utifrån en omfattande pandemi som visar sig ha så enorma konsekvenser på samhällen. Det var ju uppenbart att det inte bara var sociala sektorn, hälsosektorn som fick konsekvenser utan man såg ju snabbt att sysselsättning påverkades, ekonomin påverkades, handel, hela det globala systemet sattes ur spel. Så att det blev ju en så stor effekt på samhällena och utifrån det så har man ju då lärt sig en hel del lärdomar att vi behöver ha en beredskap för pandemier. Och de kommer att komma igen, det vet vi sen historiskt att pandemier är återkommande, men vi kan faktiskt förbereda oss.

Och en del i den förberedelsen är så klart att ha på platsskyddsutrustning och alla de här tekniska delarna. Men en annan viktig del för att kunna ha en motståndskraft, en beredskap för till exempel pandemier i form av ett smittohot som covid-19 pandemin var, det är ett system se till att vi har robusta system på plats. Och egenskaperna i de systemen behöver kanske inte vara som de svenska egenskaperna, men har vi någonting på plats, har vi något att utgå ifrån det blir jätteviktigt när man då har en situation med en akut händelse att man kan backa tillbaka till något och utgå från att övervakningen sker med hjälp av det system som är på plats. Se till att det finns en tillit i samhället att det finns aktörer inom hälsa som man kan lita på, som man kan gå till och få stöd med vaccinationer eller få rådgivning av och kunna upptäcka när det är något på gång i samhället. Andra lärdomar som vi har från pandemin det är ju att hanteringen var inte jämlik på några sätt och vi vet att global hälsa, alltså händelser i andra länder de kommer påverka oss i Sverige i alla fall om det blir en pandemi, men också genom destabilisering eller påverkan regionalt kan också påverka oss i Sverige. Och därför så behöver vi verkligen se till att ha vaccinproduktion globalt och också till att ha mekanismer för fördelning av det.

NÖ: Många lärdomar från …

KTW: Ja, men jag kan komma in på de här också, men Jesper ville komma in.

JS: Nej, men jag ville bara flika in, för vi har precis genomfört en studie i Uganda kring hur de liksom konsekvenserna av skolnedstängningar som ett resultat av covid 19 pandemin i Uganda. Och det är liksom det är ju inte bara de direkta konsekvenserna av det direkta hotet och hur vi måste liksom bygga ett starkare system för att kunna hantera det. Utan där såg vi Uganda hade världens längsta skolstängningar, nästan två år, det är direkt förlust av liksom lärande som har skett. Men vi har också sett en ökning av oönskade graviditeter eller oplanerade graviditeter. Och de här konsekvenserna kommer vi liksom att se i generationer framöver, den ökningen. Och vi har beräknat då liksom kostnader i procent av BNP och sånt, och det är oerhörda kostnader för samhället som liksom inte syns på något sätt som är tydlig kostnad i en budget. Men som kommer vara en konsekvens för landets ekonomi, landets utveckling och decennier framöver tyvärr.

KTW: Och därför så viktigt att satsa, inte bara på hälsobistånd, vilket jag tycker är oerhört viktigt, men också satsa på att bygga upp robusta samhällen och dra lärdomar. Det var någon av er som kommenterade, kanske var du Jesper kring andelen hälsobistånd. För mig när jag tittar på biståndet. om det så är humanitärt bistånd eller om det är bistånd för att öka den egna förmågan till att skapa sysselsättning, arbete, skola och så vidare, allt det är bestämningsfaktorer för hälsa. Så vi behöver såklart ha direkta insatser för hälsan, den vi behöver också se till att det skapas ett samhälle där man har en förutsättning för en god hälsa.

JS: Helt klart. Och det är ett trubbigt mått, det vet jag, men det är ändå ett mått som vi kan följa.

NÖ: Gunilla?

GK: Men det är ju därför också som det är så intressant att se vad som har hänt i debatten efter den här globala pandemin. För att i till exempel Afrika så har ju till och med stats och regeringschefer börjat fundera väldigt mycket mer på hur de själva tar ansvar för sina egna hälsosystem. Och att man måste investera mer för att ha egen kapacitet och kunna vara med i det här globala kompetensutbytet. Så allt handlar ju inte om att stärka hälsosystem genom bistånd, utan det handlar ju också om precis det Karin arbetar med och kan såväl, att liksom fler stater måste ha högre egen kapacitet att kunna möta gemensamma hot. Men också lägga grunden för varaktig tillväxt och inkluderande samhällen som också är mer robusta i alla dessa aspekter. Och där har vi ju Uganda som ett intressant exempel, de är ju inte speciellt öppna och öppnar upp samhällena i andra sammanhang heller och därför så får vi sådana kassa hälsoeffekter på en politik som inte direkt bara handlar om hälsa, utan som också handlar om hur samhällen styrs.

Så på ett sätt, så påverkar ju en hel del annat av svenskt bistånd även förutsättningarna för bättre hälsa, demokrati, mänskliga rättigheter, allt samarbete med civila samhället och så vidare. Och det är det här som jag tycker är så intressant att det ändå nu byggs kapacitet och där spelar ju biståndet roll för att snabba på den utvecklingen med afrikanska CDC till exempel och en del annat där man bygger myndigheter som också ska kunna stötta kanske lite bräckliga länder. Det här kommer ju naturligtvis ta tid, men det är en annan typ av utmaningar och möjligheter som det svenska bilaterala biståndet därmed kan få som inte bara handlar om massiva pengaröverföringar utan också skapa förutsättningar för kompetensutbyte och forskning, innovation och ja, vad det nu är.

NÖ: Just det. Och här lyfter du ett område som jag faktiskt hade tänkt att komma in på. Det handlar ju om liksom skärningspunkterna mellan inte bara hälsobistånd, utan hälsoområdet och andra politikområden och det är någonting som regeringen lyfter tydligt i sina ambitioner i sin Reformagenda. Man vill se synergier mellan bistånd och inte bara utrikespolitiken i stort utan handel, klimat, migration. Och Jesper du är också inne på att i EBAs antologi så lyfter ni också upp just hälsa och liksom kopplingarna till andra områden som klimat, digitalisering och så vidare. Hur ser ni på möjligheter och risker? Gunilla var redan inne lite på några av de, vill ni lägga?

JS: Ja, jättegärna. Alltså, jag tror inte på synergier. Nej, men jag skojar lite. Men jag tror inte på synergier lite som jag får för mig att regeringen beskriver dem. Vilket jag tycker präglas i viss mån av den kortsiktighet, man vill gärna skriva kortare avtal inom biståndet och man vill ha liksom ett tydligare fokus på resultat. Det svänger lite fram och tillbaka där. Och det säger ju inget dåligt såklart, det är klart vi ska liksom fokusera på resultat. Men den här kortsiktigheten oroar mig när man tänker på synergier, för min bild av synergier handlar … som regeringen beskriver väldigt mycket det du säger, där vi har ett bilateralt hälsotillstånd så ska vi också kanske kunna sälja svenska medicintekniska produkter och läkemedel och det är absolut en typ av synergi. Men jag tror att det finns en risk för en stor kortsiktighet i det här och jag tänker att vi måste tänka mycket mer långsiktigt.

Gunilla säger att det tar tid, det tar fruktansvärt lång tid att bygga hälsosystem. Om man tittar på olika typer av reformer som pågår, jag själv jobbat precis med barnmorskor i Bangladesh, de har hållit på i 17 år, inte kommit så långt som vi hade hoppats trots att det funnits en stark politisk vilja och uttalad ambition att stärka barnmorskeriet. Vi har införandet av nationell hälso- och sjukvårdsförsäkringar i Sydafrika, de har en implementeringsplan på 15 år. Det är den typen av horisonter för omvälvande reformer av hälsosystem vi pratar om. Då kan det inte biståndet förhålla sig till 1, 2, 3 år och vi hittar kortsiktiga synergier. Det är en svaghet, att våga vara långsiktig liksom, längre än en mandatperiod långsiktig i alla fall.

KTW: Genom de strategier som ändå tas fram inom området de är ju till för att få en långsiktighet, men vi kan ju också se att det behövs en flexibilitet för att vi har levt i en värld av olika kriser. Så att vi behöver ha den här kombinationen av att ha en del sen långsiktighet och en tydlig vision om vad är det svenska biståndet ska bidra till, ihop med egna samhällens uppbyggnad och andra aktör. Men sen behöver vi också ha en flexibilitet för att det sker snabba förändringar. Jag menar nu, du nämnde Trumps beslut om att avsluta medlemskapet i WHO, men också att frysa allt bistånd för närvarande 90 dagar för att göra en genomlysning. Det skapar ju ett behov för världen att ha en flexibilitet i kombination med långsiktigheten. Så jag skulle säga att det är väldigt bra att regeringen beslutar om den här femåriga strategierna som ändå pekar i en viss riktning, men också pekar på att Sverige kan inte själva stå för uppbyggnaden av olika länder, det har vi aldrig gjort heller på det sättet.

Men däremot att också peka på ett ansvarsutkrävande och det var ju Gunilla inne på och jag tycker jag redan har hört ifrån aktörer på den afrikanska kontinenten. Lyssnade igår på Kenyas före detta president, till exempel som sa att: ”Nu måste vi själva ta ett större ansvar. Vi kan inte ha ett beroende av andras välvilja i det här” Sen funkar det inte att backa ut över en natt så att säga, det skapar allvarliga konsekvenser och det tror jag inte heller vi kommer att se från USA. Men där finns det ju mycket kvar att upptäcka ännu exakt hur kommer det här att rullas ut.

JS: Men det är så intressant det här med att USA pausar sitt bistånd och att det får katastrofala omedelbara effekter, visar ju att biståndet har blivit … Vi pratar om länders hälsosystem, men i det här fallet är ju biståndet en del av systemet, för när det pausar så blir det akut, om man inte kan dela ut bromsmediciner i morgon då kommer de problemen börja synas ganska omgående.

KTW: Nu har de undantagits, det kanske du har hört?

JS: Jaha?

KTW: Så nu ingår inte de i utfrysningen.

JS: Det var ju trevliga nyheter de senaste 24 timmarna.

NÖ: Vi pratade om det också, innan den här inspelningen, att vi kan inte spela in podd om global hälsa och inte nämna just USA, att de går ur WHO och så vidare, men låt oss återkomma till det. Jag tänkte bara för att knyta tillbaks den här frågan om synergi när jag hör er, är det inte så att det finns en samstämmighet här att synergier är kanske framför allt någonting som man kan se på lite längre sikt? Ja, menar Gunilla nämnde ju just att hälsosystem i sig de bygger på en hållbar ekonomisk utveckling, till exempel de bygger på fungerande institutioner och det är någonting som Jesper är inne på. Det kanske inte heller någonting som vi får på kort sikt, så att de här synergierna är det framför allt på lång sikt eller ser ni några möjligheter på kort sikt? Jag vänder mig till dig, om du får börja Gunilla?

GK: Men jag tror också man ska tänka på att en hel del kommer ju fortfarande vara väldigt mycket av det humanitära stödet som ju många gånger har en inriktning på vatten sanitet, hälsa, mat som är en förutsättning för överlevnad. Och även där kan man ju jobba absolut inte med hälsosystemsutbyggnad, men det är ändå viktigt att man har den ingången tycker jag. Men det vi nu pratar om kanske är väl mer utvecklingsarbetet som är väldigt långsiktigt. Jag tror Sida håller på i 60 år, det kanske behöver ta 60 år till. Men när vi nu ser synergier så tror jag att man måste titta på det på lite olika sätt. Det jag menar med synergier, det är att det kommer aldrig bli hållbara hälsosystem om vi inte jobbar med länderna själva, och att de har sin egen kapacitet att råda över det här, inklusive ansvarsutkrävande.

Och där kanske då hälsa har blivit så intressant för oss givare, för det är jättelätt jämfört med andra områden. Jag var lite ironisk här nu, för jag bara vet att det är jättesvårt att hitta resultat, men kring just hälsa så är det ju ändå begripligt, det går att mäta, det är hyggligt lätt att samverka med andra, bygga multilaterala system kring det. Och nu står ju det här inför kan vi då hitta andra typer av synergier, bli duktigare på att jobba med sociala entreprenörer, alltså, många civilsamhällesorganisationer går ju snarare över till att bli leverantörer av till exempel hälsa och rättigheter. Kan man jobba mer med dem? Vad finns det för smarta innovationer på det här området? Genom att ha ett perspektiv på dem som lever och verkar i utsatta miljöer, fattigdom och förtryck så kan man också antagligen undersöka jättemycket på ett innovationsområdet. Och då måste vi också jobba med en bredare bas i Sverige, det vill säga även en del företag, för det är det de också efterfrågar för att göra det här begripligt och visuellt. Så synergier menar jag kan komma i väldigt många olika skepnader men det är det som är biståndets roll att öppna upp sig för att ha möjlighet att hantera synergier och att kunna leverera partnerskap både i stort och smått. Och det är en annan typ att se på då bistånd som jag ser det. Det är min högst personliga uppfattning, men jag ser att vi kan och bör gå dit i alla fall som ett ledande land på det här område.

KTW: Nej, men håller verkligen med och skapa förmåga är ju så viktigt och du nämnde tidigare att du hade funnit mig i styrelsearbetet med vaccin alliansen Gavi, men också globala fonden, eller du nämnde några av de här stora multilaterala aktörerna där ju Sverige sedan länge har haft ett stort bistånd och ett bidrag och är en viktig partner. Och de jobbar ju verkligen med de här delarna att få in innovation och visa på förmågan. Det finns ju så otroligt stor utveckling i många länder och hur man i kontexter som i Sudan till exempel lyckas få fram vacciner ute i landet genom att använda ny teknologi. Det är inte det enda, men genom att visa på egen förmåga och kapacitet så skapar man ju också en bit in i att skapa arbetstillfällen. Och om svenska företag kan vara en del i det så ser jag att det finns mycket positivt i det för att bidra till att få fart på också utvecklingen i de här länderna.

JS: En viktig del i innovationsarbetet brukar man säga på hemmaplan är ju forskning och därför är det jättesynd då att forskning är ett extremt nedprioriterat de senaste åren inom svenskt bistånd med en minskning på 60–70 procent av finansieringen. Det tror jag är olyckligt om man nu pratar om den här typen av synergier och liksom innovationsdrivna synergier.

NÖ: Jag noterar, bara för att knyta an till forskningen, att i reformagendan så är forskningen inte så väldigt väl framskriven om vi säger så, men där den finns är just på hälsoområdet. Det finns två stycken prioriterade resultat som handlar om forskning, både när det gäller att bygga hälsosystem och kring hälsohot så att där blir det intressant att se hur forskningen kommer stödjas där och vilken roll det får.

JS: Ja, det är väl ändå inte helt klart än tycker jag i vilken mån det omsätt i att det krävs resurser till det.

NÖ: Nej, och reformagendan är ju ett inriktningsdokument så precis allting återstår att se, så att säga. Men bara för att knyta an till en sak också som Gunilla sa kring ansvarsutkrävande så ska jag även nämna också att det är klart att vi ska … Och dels ansvarsutkrävande också hur lång tid det tar och att Sida vet det. Därför ska vi väl också nämna att EBA har en ny och spännande utvärdering av Sveriges stöd till hälsosystem.

JS: Ja, och den är ju jag involverad i.

NÖ: Precis. [skrattar]

JS: Ja. [skrattar]

KTW: Och jag med.

GK: Vi är ju alla i det här tillsammans och det är ju inte liksom att argumentera eller förklara olika ståndpunkter. Men jag tycker Jesper har absolut en poäng i dels det här med långsiktigheten och tydligheten, vart är vi på väg egentligen. Men det är ju svårt att veta vart man är på väg i en sån här orolig tid och därför är det ju viktigt tycker jag att också ta stöd i historien. Alltså, vi har ju en tradition av att titta på evidens, fakta och vi vill ha ännu mer av utvärderingar och förståelse för vad kan vi göra bäst nytta. För det är ju ändå så att vår lilla skärv av det vi kommer med svenska skattebetalares pengar är ju rätt liten i det stora hela. Men det är där jag menar att vi måste jobba på ett annat sätt för att också göra oss relevanta i hur man kan mobilisera krafter. Det behöver ju inte vara cash utan det kan ju vara möjligheter.

Jag kan ta ett exempel när man pratar om synergier, Ukraina, Ukraina är ett post sovjetiskt land på ett sätt. De har ju till exempel inte universitet och högskolesystem som övriga Europa. De har inte universitetssjukhus som vi har i Europa, där vi bygger vår forskningsbas, samverkan med hur hälsosystem faktiskt jobbar dagligdags, utan de har ett annat sätt att jobba. Bara det nu att jobba med hälsotillstånd med en europeisk reforminriktning som ukrainarna själva vill ha så blir ju den synergi menar jag. Men vi pratar om hur vi jobbar med Ukraina inom hälsofrågorna och då behöver det inte vara alla pengarna till att försöka häva nu en fruktansvärd TB-epidemi som finns i landet, utan det är också då att jobba med hur, att kompetentjobba med de europeiska systemen, för det har väldigt stor nytta både för hälsostatusen i landet, men också för att man är del i internationella forsknings och utvecklingssammanhang. Och det är där jag menar med synergier och att öppna upp och kunna vara duktigare på att se hur det här jackar ihop. Så att synergier är ett väldigt fluffigt ord, jag håller med dig, och det får inte bara översättas med synergier kring att näringslivet ska gå in och ta över ansvar och casha in. Det är ju inte det man menar, tror jag.

NÖ: Men för att knyta an till våran skärva i det stora hela också knyta tillbaks till Karins kommentar om USA och WHO. Som sagt svenskt bestånd och hela biståndet är en liten del av det stora biståndet, vi är en liten givare, även om vi är stora såklart i förhållande till vår ekonomi. Nu har ju då USA, Trump beslutat att lämna världshälsoorganisationen. Vi vet ju också att med republikanska presidenter och så är det normalt sett slut på bistånd till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Karin om vi börja med dig, har ni gjort någon analys, vad kommer det här betyda och vad kan Sverige göra?

KTW: Men det är klart att vi följer frågan noga och försöker också konstatera vilka fakta vi har. Det här är inte oväntat, Trump gjorde det här valet också i sin förra mandatperiod så att det här var ju någonting som vi såg komma och utifrån det har ju särskilt organisationen själva WHO börjat arbetet med att se: ”Hur ska vi kunna hantera den här situationen?” Och här gäller det att ha flera spår öppna. Dels har vi ju sett ifrån Trump i andra sammanhang att han faktiskt ibland är öppen för förhandling, vad är det han egentligen vill. Men, det är väl stor sannolikhet att han faktiskt vill gå ur WHO eftersom han tog USA ut ur förra mandatperioden och utifrån det så var vi kartlagt att se vad får det här för konsekvenser.

Och det är ju ett styrelsemöte WHO, som börjar nästa vecka och under det mötet så kommer vi tillsammans med våra likasinnade, inte minst EU kretsen att titta på: ”Vad får det här för konsekvenser?” Och det här är väl ett tillfälle för WHO att verkligen tänka efter: ”Vilka är våra huvuduppdrag?”, och ”Är det nyttigt att ha ett sådant enormt beroende av ett enda land?”, på tal om den risk och snarare resilience vi behöver bygga upp i hela systemet. Så väldigt, väldigt oroande, USA är idag en jättestor aktör i WHO, står för stor del av finansieringen, särskilt den frivilliga finansieringen. Och det påverkar ju inte bara så att säga organisationen i sig utan det påverkar ju all verksamhet ute i alla länder där WHO finns med landskontor, regionkontor. Och där behöver verkligen organisationen med alla dess medlemsstater nu funderar över hur ska vi framöver verka. Det är ju en otroligt viktig kunskapsorganisation, men också en organisation som är viktig i akuta hälsokriser för att vara analyserande: ”Vad är det som händer, vad bör vi gå in och vara ett stöd för andra, både humanitär organisationer, men andra hälsobiståndsorganisationer?” Så vi har kartlagt, men vi behöver också invänta och se och titta på olika handlingsalternativ här framöver, beroende på vad blir de facto konsekvensen.

NÖ: Gunilla har ni kikat på det här på Sida, för det bilaterala biståndets roll Sidas roll? Karin är inne på WHO:s roll, men det är klart också nu att de lämnar WHO, de har ett biståndsstopp i 90 dagar och sen inget stöd till SRHR. Hur ser ni på det?

GK: Ja, Sida har ju rätt många, alltså vi är ju små i jämförelse med US AID, amerikanernas egna utvecklingsorgan. Men vi har kommit att bli en väldigt bra partner med dem och vi hade ju många avtal som jag vet att ledningen på myndigheter nu tittar över: ”Vad får det för konsekvenser för pågående projekt direkt?” För det får ju en direkt effekt eftersom det bara ett sånt här freeze. Och det sker ju nu. Långsiktigt, så tror jag också att man får väl ändå hoppas på att fakta och evidens, för just det nu att utrikesminister gjorde ett undantag från den här omedelbara frysningen kring framförallt hiv och bromsmediciner, och det här PEPFAR-programmet, visar ju ändå på att det finns hopp om att sånt som faktiskt är vettigt nyttigt och angeläget att göra, varför kan vi inte göra det, kan vi inte lita på expertis. Så vi får väl se vad som kommer att hända, men det var i alla fall ett litet ljus i mörkret.

Långsiktigt, så är det ju viktigt också att kunna visa på att investeringar ger bra resultat för alla och jag tror att de största förlorarna på att USA lämnar WHO det är ju Amerika själv, med hela dess resursbas vilken betydelse det har för normativt arbete, läkemedelsforskning eller vad det nu kan vara för någonting. Alltså det är rätt lite pengar i förhållande till vad hälsa i stort omsätter i kronor, som amerikanerna nu drar sig undan, och det kommer ju vara andra som fyller det tomrummet. Så att geopolitiskt blir det ju också ett stort frågetecken hur de tänker. Men som sagt, det är ingen överraskning, det hände förra gången och vi ser nu attacker på flickor och kvinnors rättigheter med inte tillgång till säkra aborter och annat, så att det är naturligtvis en väldigt svår tid framför oss, eftersom USA har stort inflytande i världen och fler kan ju komma att följa efter tyvärr, i just värderingsförskjutningen också, som de tyvärr går i bräschen för nu.

NÖ: Jesper om jag vänder till dig, Gunilla började toucha på just när det gäller sexuella reproduktiv hälsa och rättigheter. Vad vet man från tidigare av sådana här republikanska liksom stopp och vad tror du kommer hända? Och kan Sverige göra något? Från ditt perspektiv?

JS: Ja, till att börja med vill jag säga att jag tror att det är en fullständig katastrof den här, liksom administrationen, när det kommer till global hälsa. Jag känner mig väldigt trygg ändå att jag vet att UD och andra departement på den här frågan och tänker på dem och fundera över hur WHO ska svara och liksom hur man ska resonera kring det här på EU nivå, och det tycker jag känns väldigt bra att vi liksom har tagit tag i det arbetet innan det här lanserades, för alla visste skulle komma. Det är ju den här nyckfullheten, för jag tror precis som Gunilla säger, att det här ligger ju inte i USA:s intresse att lämna WHO. Jag tror inte att det är deras egenintresse och med den retoriken man driver sin politik med, det här är inte deras egenintresse, utan det här är helt andra intressen.

Det är ju politiska intressen kanske som styr, och den nyckfullheten tycker jag är orolig och jag tror att vi tyvärr kommer att se, vi har sett under tidigare republikanska administrationen att SRHR har varit under hot, men jag tror vi kommer se det ännu mer under den här. Sen exakt vad det innebär, det tycker jag är svårt att veta, men det är uppenbarligen en administration som vill ta det här så långt de kan ta det och jag tror att de kommer ju liksom testa nya sätt att angripa SRHR. Vi vet också att det organiserade motståndet i USA, som även har drivits internationellt genom olika typer av rörelser, har vuxit sig starkare och det är mycket möjligt att det kommer växa sig ännu starkare, vad det exakt betyder. Men det är mycket som Gunilla är inne på också, hur kan vi se någon sorts värderingsförskjutning i den här frågan som jag tror är oroväckande. Men det är ju väldigt svårt att bedöma exakt hur illa det är, men det kommer kanske vara värre än någonsin, vad det nu innebär.

KTW: Och där har ju Sverige en oerhört viktig roll, inte bara genom biståndet utan också genom aktörskapet att visa de värderingar vi står upp för och alla människors lika rättigheter och värden. Så att det blir ju en nog så viktig del även om finansieringen också blir viktig att följa upp och se. Hur ska man kunna rädda dem organisationer som gör så viktiga insatser i många länder för att rädda kvinnor och flickors liv ytterst.

JS: Om vi nu går vi tillbaka till det här, nu var det ju glädjande att höra att man har gjort ett undantag för hiv mediciner. Men det visar ju också att … och det här har man vetat i många år, man är helt beroende av hiv-responsen är helt beroende av den amerikanska finansieringen och det är väl också ett tillfälle nu vi måste fundera över hur tar vi oss ur det beroendet. Att vi har byggt upp ett system för behandling av miljontals människor som är helt avhängigt amerikansk finansiell.

KTW: 20 miljoner människor.

JS: Ja, och det kan vi liksom inte ha. Om det är den här nyckfullheten som styr besluten.

KTW: 20 miljoner med alltså hiv-positiva som behöver daglig medicin för att hålla nere hiv-nivåerna.

JS: Ja, ta, ett land som Malawi, så är det till 95 procent finansierat av amerikanerna eller Zambia också.

GK: Och det är det här väl också, om man ska lyfta det utifrån en av svenska liksom kärnkompetenser kring mänskliga rättigheter att då titta på när människor blir exkluderade. Alltså, om man är hivpositiv eller riskerar att vara det så får vi ju verkligen nu möjlighet från EU menar jag att till exempel med den afrikanska kontinenten, men många andra har också tala om vikten av ett inkluderande hälsosystem. Och det finns ju också fakta och utvärdering av de tidigare åren med Trump, där den här Gag Rule, och inte tillgång till moderna, säkra aborter, till preventivmedel eller annat. Hur det faktiskt påverkar både hälsosystemets effekt, alltså dels är det direkt fel, det påverkar också hälsoekonomi i landet. Det kan vara en förutsättning för sämre tillväxt. Alltså, det finns ju så mycket att diskutera också utifrån rena fakta. Problemet tror jag, och det tror jag Jesper har helt rätt i, det här handlar det inte om fakta och överväganden, utan det är ren populism som leder till den här typen av beslut som får så oöverskådliga resultat för oss just nu. Så naturligtvis kommer en samlad EU agerande i den här delen vara oerhört viktigt, men då får vi ju inte glömma bort att vi måste skapa partnerskap med de länder vi jobbar i. Uganda nämndes innan Etiopien, Malawi, alltså vi måste se till att den här typen av hur man bygger hälsosystem som är inkluderande, att det är också inte bara är rätt i sig självt, utan det är också en förutsättning för bättre hälsostatus. Men det där det är ju en uppförsbackeidé också just nu i världen känns det så, tyvärr.

KTW: Men jag tror just de här sambanden mellan hur hälsa har en sån grundläggande roll för länders utveckling och dess förmåga att häva sig ur fattigdom och sjuklighet, stora familjer, utan istället får en god hälsa, får goda förutsättningar för att ens barn faktiskt överlever de tidiga spädbarnsåren, men också upp till vuxna. Tittar vi historiskt så ser vi ju vilken skillnad det har gjort sen för hela ländernas välstånd och jag tror att det är viktigt att vi också fortsätter att berätta den fantastiska utveckling som har varit, den goda historien där vi har sett med hiv-bekämpningen hur man har minskat ner med 60 procent dödligheten och vi har kommit väldigt, väldigt långt. Och samma gäller faktiskt med många sjukdomar. Att vi har lyckats vaccinera, komma åt de här barnen som aldrig var vaccinerade överhuvudtaget och hur det har gått parallellt med att ländernas välstånd faktiskt har fått en god skjuts framåt som vi alla har väldigt god nytta av.

NÖ: Nu blev det väldigt mycket, som Gunilla var inne på, en uppförsbacke här efter det amerikanska beslutet, men nu känns som att du knyter an till lite ljuspunkter. Om vi avslutningsvis i det här samtalet ska ta en liten framtidsspaning, om vi tar en runda. Jag tänker på kort sikt om ni tänker 2025 och den viktigaste händelsen i global hälsa, om ni får önska, finns det någon ljus horisont som ni kan se framför er? Vem vill hugga på den?

JS: Jag kan börja. Vad jag önskar mig i julklapp 2025? Nej, men Karin var ju viktigt inne på tidigare att liksom pengar är inte allt och man ska inte stirra sig blind på hur stor andel av biståndet som läggs på hälsa. Men jag tror inte att det är oviktigt som i ett symbolvärde i dessa tider att Sverige visar att vi satsar på det och ett sätt att visa på det är att vi faktiskt allokerar mer resurser till det. Sen önskar jag mig en till julklapp, man får önska sig två julklappar, det är att vi ser ett tydligt gemensamt agerande från EU i att svara upp mot den här utvecklingen som vi ser i termer av att USA lämna WHO. Man stryper åt kring SRHR och så vidare och så vidare, att vi liksom samlar oss där och kanske säger så här: ”Vi täcker gapet.”

KTW: Nej, men utmaningar leder ju ofta till framsteg, och jag tror att det här är ett viktigt tillfälle. Det har funnits i diskussionen under flera år, särskilt efter pandemin att vi behöver tänka efter, hur ska hela biståndsarbetet läggas upp och ska vi verkligen se det som ett bistånd. Jag menar i global hälsa så måste ju vi varit inne på det flera gånger, se till att vi har ett aktörskap också låg och medelinkomstländer att se till att de lägger mer medel på sina budgetar för utvecklingen också av hälsan. Och där har vi sett när WHO då har varit ute i sin finansieringsrunda att för första gången så är det faktiskt flera länder låg och medelinkomstländer som också är med och bidrar i den frivilliga delen i WHO:s finansiering. Och också ser man vad det gäller länder som nu är självständiga och kan sköta sin egen vaccination och inte längre beroende av Gavi och andra länder.

Det är flera som så att säga graduerade ut och blir självständiga själva, så det här blir ett tillfälle att fundera över hur ska de se till att vi bygger en robusthet. Hur ska länderna ta eget ansvar och se till att lyfta de här framgångarna också. Och vi har en liten bit kvar fortfarande till 2030 och de mål som är satta, men det går att nå de och vi behöver gemensamma krafter. Men jag ser ju det här med antibiotikaresistens, som vi inte har varit inne på ännu, får jag bara flika in lite där? Där är ju Sverige ett otroligt gott exempel, som har visat att trots att utvecklingen globalt faktiskt har gått i fel riktning så kan vi genom att systematiskt arbeta med frågan hålla nere utvecklingen i Sverige. Och återigen på tal om forskning erfarenhet, kunskap så har Sverige en viktig roll att inte bara bistå finansiellt utan också visa vägen: ”Hur ska arbetet med antibiotikaresistens och antimikrobiell resistent göras?” Sen behöver det kontextualiseras och där tror jag också på att det i år att det kommer att bli framsteg. Vi kommer att få plats den här evidensen panelen, som jag längtat efter, som ska guida världen ännu bättre i hur ska man kunna bryta den här långsamt växande pandemin som har funnit så länge, men som vi behöver hjälpas åt att verkligen bryta nu.

NÖ: Och Gunilla, har du någon framåtspaning?

GK: Ja, men just att vi i Sverige och Europa kan hålla i och hålla ut. Karins exempel är fantastiskt alltså för om man inte gör det så kommer vi få ännu sämre hälsosystem i världen. För utan antibiotika som fungerar så kommer vi helt plötsligt ha ännu större hälsohot mot oss själva också. Och här har Sverige något att komma med. Så det är väl min förhoppning inför det här året att vi ännu mer ska liksom kunna hålla i och hålla ut, men också kontextualiserar då dessa synergier som vi pratar om och säga att: ”Ja, men titta här då så här kan vi göra.” Och då kan man också få in energin i det här. För jag tror att kring globala hälsofrågor så behövs det mer också av global hälsodiplomati och tala just med länderna som själva är berörda, det är inte acceptabelt att barn och mödradödligheten fortfarande är så hög i era länder, alltså att bara börja prata om de frågorna på en högre diplomatisk nivå.

Om nu WHO är lite shaken, vi kanske ska ha mer av de här grundläggande frågor som alla människor både förstår och är i närheten av alltid, eftersom det handlar om ens eget liv också, inte bara om stora system. Att hälsa blir liksom lite mer framskjutet när vi diskuterar vilka samhällen vill vi ha och hur kan vi samarbeta på det här området. För det är ofta väldigt god brygd, inte bara av politik. För geopolitiken är så förstörd just nu utan istället pratar då mer forskare, akademiker, utförare och också då kunna få in den här frågan i sitt sammanhang. Det är någonting som jag tror vi kan komma att se mer av och som också då gynnar i grund och botten en mer fredlig utveckling på sikt.

JS: Jag ville komma in med en grej. För någonting som nämndes som vi inte har pratat om det var agenda 2030, som Karin helt plötsligt nämnde. Så en till dröm jag har för 2025 det är att då regeringen uppdaterar agenda 2030-hemsidan. När jag var inne innan jul, i alla fall inte uppdaterad sen 2022. Och det är lite så tecken på att vi har tappat tappat fart där tycker jag, i hur vi ser på den, och det gäller inte bara Sverige utan det gäller fler länder. För nu är det några år kvar och då har vi förhoppningsvis en ny agenda på plats också och just nu känns det ju inte som att globala frågor är så hett i många länder. Så jag hoppas att vi kan uppdatera hemsidan och ta nya tag inför post 2030.

NÖ: Uppdatera hemsidan sen som en lågt hängande frukt.

JS: Det har gått två och ett halvt år.

NÖ: Men en god brygd ändå där EU kliver in i gapet efter USA. Vi får en evidens panel. Vi får ett ökat samtal om hälsans roll och en hälsodiplomati. Det finns ändå ljuspunkter på horisonten, och med det får jag tacka er för det här samtalet. Tack Gunilla Karlsson, styrelseordförande på Sida.

GK: Tackar.

NÖ: Och tack Karin Tegmark Wisell, ambassadör för global hälsa.

KTW: Stort tack.

NÖ: Och tack Jespersson Sundvall, docent vid Lunds universitet.

JS: Tack så mycket.

NÖ: Och på EBA:s hemsida hittar ni såklart EBA:s nya hälso antologi och den är ju alltså sprängfylld med spännande texter. Flera ämnen som vi faktiskt inte har lyckats beröra idag. Hör och häpna. Och för den som är nyfiken på de här frågorna så finns också lanseringsseminariet från december tillgängligt på EBA:s hemsida eba.se. Jag heter Númi Östlund, och tack för att ni har lyssnat på EBA-podden.