



EN ANTOLOGI
OM UTMANINGAR
OCH MÖJLIGHETER I
GENOMFÖRANDET AV
AGENDA 2030

RED. ROSANNA FÄRNMAN
JUNI 2017

ANTOLOGI

12 VÄGAR TILL GLOBAL HÄLSA

FRÅN FORSKNING TILL POLICY

ANTOLOGI

12 VÄGAR TILL GLOBAL HÄLSA

FRÅN FORSKNING TILL POLICY

REDAKTÖR

ROSANNA FÄRNMÄN, GLOBAL UTMÄNING

CO-EDIT

EMELIE ANNEROTH OCH MIA LAURÉN, GLOBAL UTMÄNING

SKRIBENTER

GUN-BRITT ANDERSSON (GLOBAL UTMÄNING, EBA), SOFIA LINDEGREN (LÄKARFÖRBUNDET), ANNA MIA EKSTRÖM (KAROLINSKA INSTITUTET), MOA CORTOBIUS (SIWI), KRISTINA LJUNGROS (RFSU), FREDRIK SABOONCHI OCH FRIDA METSO (RÖDA KORSETS HÖGSKOLA), MALIN GRAPE (FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN), MEENA DAIVADANAM (UPPSALA UNIVERSITET), STEFAN LINDGREN (LUNDS UNIVERSITET, SVENSKA LÄKARSÄLLSKAPET), JAY WENGER (BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION), OCH TOBIAS ALFVÉN (KAROLINSKA INSTITUTET, SVENSKA LÄKARSÄLLSKAPET).

FÖR INNEHÅLLET I ARTIKLARNA SVARAR SKRIBENTERNA SJÄLVA. ÅSIKTER SOM FÖRS FRAM SKA INTE NÖDVÄNDIGTVIS TOLKAS SOM GLOBAL UTMÄNINGS STÄNDPUNKTER.

OMSLAGSBILD: XUANHUONGHO/SHUTTERSTOCK**PRODUKTION:** HAPPEN, STOCKHOLM**TRYCK:** PRINT RUN, STOCKHOLM 2017**ISBN:** 978-91-88331-10-6**UTGIVEN:** JUNI 2017

BIRGER JARLSGATAN 27 6TR SE-111 45 STOCKHOLM 08-7872150
INFO@GLOBALUTMANING.SE WWW.GLOBALUTMANING.SE

INNEHÅLL

Kapitel 1	Förord
	Johan Hassel och Rosanna Färnman, Global Utmaning
DEL 1	HÄLSA UR ETT RÄTTIGHETSPERSPEKTIV
Kapitel 2	Börja med barnen – utbildning och hälsa går hand i hand
	Gun-Britt Andersson, Global Utmaning och Expertgruppen för Biståndsanalys (EBA)
Kapitel 3	Klimatpolitik för folkhälsan
	Sofia Lindegren, Läkarförbundet
Kapitel 4	Vägen mot hiv/aidsepidemins slut går genom unga och kvinnor
	Anna Mia Ekström, Karolinska institutet
Kapitel 5	Vatten och sanitet – en underprioriterad genusfråga
	Moa Cortobius, Stockholm International Water Institute (SIWI)
Kapitel 6	Aborträtten – en fråga om mänskliga rättigheter
	Kristina Ljungros, RFSU och International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Kapitel 7	Psykisk hälsa – en förutsättning för integration och hållbar samhällsutveckling
	Fredrik Saboonchi och Frida Metso, Röda Korsets högskola
DEL 2	FORSKNINGENS FOKUS OCH POLITIKENS UTMÄNINGAR
Kapitel 8	Kan vi hantera antibiotikaresistensen innan det är försent?
	Malin Grape, Folkhälsomyndigheten
Kapitel 9	Sjukdomar som inte smittar – den osynliga folkhälsoutmaningen
	Meena Daivadanam, Uppsala universitet och Karolinska institutet
Kapitel 10	Brain-drain till brain-circulation? En nyckelfråga för global hälsokompetens
	Stefan Lindgren, Lunds universitet och Svenska Läkaresällskapet
Kapitel 11	Polio – på gränsen till utrotat, vad har vi kvar att göra?
	Jay Wenger, Bill and Melinda Gates Foundation
Kapitel 12	Hälsoforskningens betydelse och roll – för en politik för hållbar utveckling
	Tobias Alfvén, Karolinska institutet och Svenska Läkaresällskapet
	Referenser
	Bildkällor



AV JOHAN HASSEL



OCH ROSANNA FÄRNMÄN

KAPITEL 1

FÖRORD

Vi befinner oss i en brytpunkt. Klimatförändringarna med varmare temperaturer leder till en akut spridning av sjukdomar. En ny våg av krig och konflikter leder till att miljontals människor tvingas fly sina hem. Aborträtten hotas globalt, undernäring och fetma i en ovanlig kombination utgör ett nytt hälsohot, och överanvändningen av antibiotika riskerar leda till att nya och gamla sjukdomar inte längre går att hantera. Samtidigt är vi nära en milstolpe inom folkhälsa. Polio är på gränsen till utrotat, vilket kan bli den andra mänskliga utrotade sjukdomen. Målmedvetet, forskningsbaserat och systematiskt agerande ger resultat.

DEN SOCIALA UTVECKLINGSDIMENSIONEN och de globala hälsofrågorna har aldrig varit mer angelägna. De har heller aldrig varit mer

sammankopplade med andra utvecklingsdimensioner, eller mer komplicerade. Många gånger handlar de globala hälsoutmaningarna om våra dagliga handlingar och livsstil, eller på bristande kunskap, men lika mycket om politiska styrmedel eller investeringar. Hälsa har starka kopplingar till samtliga globala mål i Agenda 2030. Hälsoutmaningarna är globala, men åtgärder måste vidtas lokalt, nationellt, och regionalt.

Så vad kan Sverige göra? Sverige gör redan mycket och är sedan länge en stark röst för hälsofrågorna globalt. Det finns dock frågor där det politiska intresset svalnat; bland annat för hiv och aids. Fortfarande smittas över 5700 människor av hiv dagligen, och över

3000 människor dör varje dag av aids; en kronisk infektion som är fullt möjlig att förebygga eller behandla. Sverige lever samtidigt inte alltid som man lär, och har ett av världens största klimatavtryck, med resursanvändning som om det fanns 4,2 jordklot, vilket direkt och indirekt negativt påverkar planetens och människors hälsa. Det är dags att utforma en svensk strategi för global hälsa, med utgångspunkt i nutida och framtida folkhälsoutmaningar.

Till den här antologin har vi bjudit in 12 experter inom global hälsa och utvecklingssamarbete för att belysa de utmaningar världen står inför - och vilka lösningarna är. Unga och kvinnor utgör sammantaget den mest sårbara gruppen, vare sig det handlar om integration,

infektionssjukdomar eller klimatförändringar. Framför allt i sviktande stater, som riskerar att hamna efter ytterligare om inte resursstarka länder, däribland Sverige, gör sitt yttersta för att det inte sker.

Vi hoppas att antologins innehåll med 12 vägar till global hälsa kan bidra till diskussioner, politisk vägledning och ett mer integrerat perspektiv på de globala hälsofrågornas betydelse för utveckling lokalt som globalt. Genom att synliggöra och konkretisera synergier mellan olika områden, kan ett fokus på människors hälsa och ojämlikhet bidra till lösningar och fungera som verktyg för att nå flera av de globala målen i Agenda 2030.

Läs, inspireras och agera.

Johan Hassel
VD, Global Utmaning

Rosanna Färnman
Projektleddare, Global Utmaning



AV GUN-BRITT ANDERSSON

KAPITEL 2

BÖRJA MED BARNEN*Utbildning och hälsa går hand i hand*

Börja med barnen. Så inledde Sveriges dåvarande statsminister, Ingvar Carlsson sitt anförande vid FN:s sociala toppmöte i Köpenhamn år 1995. Och barnen, de börjar i mammas mage där så mycket grundläggs för chanserna i livet. Här manifesteras också det starka samspelet mellan utbildning och hälsa, som nu även står i fokus i Agenda 2030. Även målet om jämställdhet och att stärka flickors och kvinnors ställning. Alla målen i agendan är viktiga, de ska ses som en samverkande helhet. Om nyckeln till utveckling är att börja med barnen ligger samtidigt en särskild utmaning och potential i mål tre, fyra och fem.

JAG ÄR INTE NÅGON EXPERT på vare sig utbildning eller hälsa och jag har inte mer än ytlig koll på vad forskningen har att säga. I

ett långt yrkesliv inom internationellt utvecklingssamarbete och som politiskt aktiv har jag blivit övertygad om hur avgörande tillgång till bra utbildning och grundläggande hälsa är – för individer och samhällen. Att som första barn i en stor släkt i en by på landsbygden kunna gå vidare till realskola och gymnasium efter folkskolan har givit mig ett liv som jag inte kunde drömma om som liten. Kanske mamma drömde om det, när hon berättade om besvikelsen över att inte kunde följa lärarens råd om att läsa vidare och när hon stolt visade bilderna där hon och grannkvinnor med små spädbarn i famnen var på kurs hos den högaktade barnmorskan.

Det tidiga biståndet

Jag har besökt många länder och tagit mig igenom buntar av FN- och Världsbanksdokument. Föreställningarna om vad som är allra viktigaste att satsa på för att åstadkomma framsteg i resurssvaga länder har växlat inom utvecklingssamarbetet. Ekonomisk tillväxt och bistånd från hög- till låginkomstländer blev huvudpunkter för internationellt samarbete efter andra världskriget och när avkoloniseringen tog fart. I resolutionerna om de första två utvecklingsårtiondena är det nästan enbart det ekonomiska tillväxtmålet om fem procent under 1960-talet och minst sex procent under 1970-talet som kvantifieras. För biståndet introducerades 0,7 procentsmålet.

”Att kunna gå vidare till real-skola och gymnasium har givit mig ett liv som jag inte kunde drömma om som liten”

Nationernas välbefinnande stod i centrum men man började också tala om att alla skulle få utbildning och tillgång till basal sjukvård. De humanitära aspekterna på utbildning och hälsa betonades. I de särskilda paragraferna om utbildning var kopplingen tydlig till att kvalificerade tekniker och experter behövdes för det ”moderna” samhället och ekonomin. I det tidiga svenska biståndet spelade ändå stöd för utbildning och hälsa en stor roll, till exem-

pel genom skolbyggnadsprogrammen i Etiopien och Tanzania, lärarutbildning, och satsning på vårdcentraler. Jag minns samtidigt diskussionerna i korridorer och sammanträdesrum om att ”u-länderna” inte hade råd att ge alla utbildning. Man borde i stället satsa på högkvalitativ utbildning för en mindre del av befolkningen – en elit – som på ett effektivt sätt skulle kunna lyfta ländernas ekonomier. Den åsikten blev aldrig förhärskande, men i praktiken kunde inte alla nås med satsningarna.

I Tanzania var Sverige med och gav sektorstöd för utbildning när beslutet om allmän skolplikt år 1977 hade fattats. När sedan den ekonomiska krisen kom på 1980-talet urholkades dramatiskt denna reform när det inte fanns några pengar för lärarnas löner eller för annat som behövdes i skolorna. På samma sätt blev hälsocentralerna knappast mer än ofärdiga skal.

Efter oljekris och aspirationer från råvarurika (läs oljerika) länder i syd om en ny ekonomisk världsordning blev 1980-talet ett pessimismens årtionde för det internationella utvecklingssamarbetet. Strukturer som hade byggts upp under de mer optimistiska årtiondena med delvis lånat kapital kunde inte underhållas när bytesförhållande försämrades för många låginkomstländer och räntorna steg. En lång rad länder, inte minst i Afrika, befann sig i en skuldskris. Å kreditörernas väg-

nar var det IMF och Världsbanken som fick ta på sig att pressa och lotsa flera av länderna genom tuffa strukturanpassningsprogram. Där statsfinanserna var i total obalans kan man fråga sig om det varit möjligt att hantera kriserna på ett sätt som hade varit mindre skadligt socialt. Hur som helst blev 1980-talet ett förlorat årtionde för många människor och internationellt var den dominerande stämningen att de ”drabbade” hade sig själva att skylla.

Ny samarbetsanda för utveckling

Genom en serie FN-konferenser från mitten av 1990-talet, gjöts nytt liv i en positivistisk internationell samarbetsanda för utveckling. Sociala toppmötet i Köpenhamn och kvinnokonferensen i Peking år 1995 gav en ny ton där människor sattes i centrum av utvecklingsdiskussionen på ett annat sätt än tidigare. Från konferens till konferens repeterades det inkluderande budskapet och i Johannesburg år 2002 fann de tre dimensionerna för hållbar utveckling, den ekonomiska, sociala och miljömässiga sin plats.

Millenniemålen var det kraftfulla uttrycket för det världen enats kring. Det nya och det stora med Millenniemålen var att konkreta mätbara mål ner till individnivå lades fast. Andelen fattiga och hungriga människor skulle halveras till år 2015 och alla skulle få plats i grundskolan. Att målen inte var fler än

åtta till antalet bidrog till fokusering. Målen fick synbara genomslag i de resurssvaga ländernas utvecklingspolitik och i biståndet. År 2015 hade målet om fattigdom uppnåtts, och framsteg gjorts i flera av målen. Erfarenheterna från Millenniemålen visade att samlade satsningar på framsteg kan leda till resultat. Samtidigt fanns fattigdom, ohälsa, orättvisor, klimathot och ofred kvar som manade till nya tag. Det blev Agenda 2030 för hållbar utveckling, som antogs av FN:s medlemsstater år 2015. Frågan är vad som händer nu.

Millenniemålen antogs i en tid som präglades av ett allt öppnare och positivt internationellt samarbetsklimat. Det är annorlunda idag; det kan kännas schizofrent att ställa alla de vackra visionerna och föresatserna i Agenda 2030 mot den tillbakagång för upplysning och moral som breder ut sig. Är det någon som vågat nämna Agenda 2030 för USA:s president Trump? Vet han att ett åtagande görs i mål fem om universell tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR? Att anslagen för hälsobistånd nu minskar i USA är allvarligt. Än allvarligare är kanske ändå att nationell egoism, värdekonserverism liksom autoritära och odemokratiska tendenser legitimeras. Tendenserna finns i både resurssvaga och resursstarka länder. De utgör delade utmaningar och behöver tacklas i samarbete. Agenda 2030 behövs – men kan den bli effektiv? Jag har på några punkter haft invändningar

mot Millenniemålen. Målet om utbildning var nästan exklusivt inriktat på att säkra primärutbildning för alla. Kraften som Millenniemålen fördes ut med av några tongivande biståndsministrar i början av 2000-talet gjorde att de mesta av finansieringen gick till primärskolan. Världsbanken som också är trendkänslig ställde sig under en period skeptisk till satsningar på högre utbildning. Det självklara att kompetens behövs på alla nivåer för att åstadkomma utveckling bort från fattigdom och ett jämlikare samhälle fanns kanske underförstått i formuleringar där det betonades att jämlik intagning ska uppnås också i sekundärskolan. Bokstavstroga uttolkare som hade inflytande på politisk dialog och finansiering bidrog ändå till viss ensidighet i utbildningssatsningarna.

”I resurssvaga länder finns en enorm potential att förbättra folkhälsan om fler, särskilt flickor, får ordentlig utbildning”

Den mindre utförligheten i utbildningsmålet jämfört med de bättre preciserade hälsomålen har kanske haft effekt på biståndsprioriteringarna. I det svenska biståndet läggs större resurser på hälsorelaterade insatser än på utbildning, vilket är de omvända för DAC-länderna samlat. Statistiken för Sverige är möjligen missvisande då stödet för utbild-

ning tidigare gått via budgetstöd till några mottagarländer.

Utbilda flickor

Mottot att ’utbilda en kvinna, är att utbilda en familj och en nation’ har fått stor genklang. Bekännelsen har dock inte haft lika stort genomslag på svenska prioriteringar i biståndet, om man jämför med engagerade satsningarna på SRHR. Men insatserna för utbildning och hälsa behöver i resurssvaga länder, precis som här hemma, gå hand i hand. I direktiven till den svenska Kommissionen för jämlik hälsa noteras hur hälsostatus varierar med hur lång utbildning individer har, även om andra förklaringar finns. I resurssvaga länder finns en enorm potential att förbättra folkhälsan om fler, särskilt flickor, får ordentlig utbildning. Med tillgång till primärskola och även vidarestudier kan flickor undgå tidiga giftermål och kan lättare skaffa sig egna inkomster. De har då bättre förutsättningar för att sörja för en familj, att skydda sig mot oönskad graviditet och se till att barnen får hälsosam mat. De kommer också att göra allt för att deras barn ska få utbildning.

I liten skala har jag varit med om att se detta ske för byflickor i Tanzania som genom stipendier från Radiohjälpen och JOHAFonden (1) fått möjlighet att gå i Barbro skolan utanför Dar es Salaam. Skolan startades av en tanzanisk kvinnorörelse och har inspirerats av den

framlidna missionären Barbro Johanssons insatser för flickors utbildning i Tanzania.

En agenda för välfärd

I Agenda 2030 finns element för att skapa goda cirklar för en inkluderande hälsa, utbildning och välfärd för alla. Men målen måste också omsättas i praktisk politik och konkreta insatser. Mycket energi läggs nu ner på att formulera indikatorer och hitta statistiska instrument.

Expertgruppen för biståndsanalys, EBA, har i ett par studier diskuterat framtida behov och möjligheter för hälsobiståndet och vad som fungerar på utbildningsområdet. Typiskt nog för dessa båda områden är hälsorapportens analys och slutsatser handfasta medan utbildningsskrifterna likt den svenska skoldebatten tvekar kring vad som fungerar. Ett uppmuntrande perspektiv som hälsorapporten byggde på är att resurssvaga länders förmåga att själva finansiera grundläggande hälsoinsatser och även skolan ökar om de fortsätter att utvecklas ekonomiskt, får ordning på beskattning och får slut på konflikter.

Fortsatt bistånd behövs för att nå ut till de allra fattigaste, för kunskapsutveckling och för att råda bot på trasiga förhållanden, till exempel i konfliktdrabbade länder. Att se till att människor på flykt nås av ordentliga insatser för utbildning och hälsa är en stor humanitär uppgift men också en investering för fred och återuppbyggnad. Med Agenda 2030

som gemensam plattform finns en ram för vad som är viktigt, och även för kamratträck. Alla länder har ansvar för sin egen utveckling – det har sagts i många resolutioner. Det är ett ansvar som kan utkrävas i uppföljningen av agendan. När alla länder som i sina bästa stunder säger sig ha medborgarnas välgång som högsta mål också gör sitt yttersta eller så gott de kan, kan visionerna i Agenda 2030 bli verklighet. Alla kan börja med barnen, barnen som får uppgiften att samarbeta bättre för hållbar utveckling än vi just nu förmår.

Gun-Britt Andersson
Vice ordförande, Expertgruppen för biståndsanalys, EBA, samt senior rådgivare, Global Utmaning. Tidigare statssekreterare för biståndsfrågor.



AGENDA 2030 OCH UTBILDNING:



3 Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.



4 Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla.



5 Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.



AV SOFIA LINDEGREN

KAPITEL 3

KLIMATPOLITIK FÖR FOLKHÄLSAN

Klimatförändringar utgör enligt Världshälsoorganisationen WHO det största hotet mot vår hälsa. Tillgång till mat, vatten och ren miljö är helt avgörande för en god hälsa och välfärd men vi riskerar att förlora dessa tillgångar om vi inte vidtar de åtgärder som krävs för att nå utsläppsmålen och hålla temperaturen väl under två grader. Klimatförändringarnas hälsoeffekter märks redan av och situationen börjar bli akut om vi vill undvika accelereringen av smältande glaciärer och tinande permafrost. Den stora utmaningen är nu att få både individer och beslutsfattare att inse de stora hälsovinster som fås om vi ställer om till ett fossilfritt samhälle.

EN VARMARE PLANET innebär mer dramatiska väderhändelser såsom värmeböljor, torka, översvämningar och stormar. Enligt beräkningar förväntas 250 000 fler dödsfall per år

mellan år 2030 och 2050 på grund av klimatrelaterade sjukdomar. Man brukar tala om direkta och indirekta hälsoeffekter av klimatförändringar. Till direkta hör personskador, förlust av mark och förstörd infrastruktur till följd av exempelvis översvämningar. Dramatiska väderhändelser riskerar också indirekt att göra oss sjuka då ökade regnmängder kan orsaka inflöde av smittämnen i dricks- och badvatten som kan ge utbrott av olika infektioner.

Under de senaste åren har vi även märkt av den direkta effekten av värmeböljor som skördat tusentals dödsoffer världen över. Värmeböljor innebär en stor belastning på hjärta och lungor och drabbar barn, äldre och kroniskt sjuka allra hårdast. Hetta utgör också ett hot

mot arbetsförmågan då produktion och effektivitet minskar vilket kan påverka människors försörjningsförmåga och levnadsstandard. På grund av varmare temperaturer ser vi även ökade problem med luftföroreningar då luften blir torrare och mer dammpartiklar transporterar toxiner ner i lungorna. Dessutom ökar torr mark som kan leda till skogsbränder och därigenom ytterligare hälsoskadliga luftpartiklar. Värmen i sig gör också att vi får längre pollensäsonger och mer problem med allergier som också kan leda till astma.

Baksidan av en bekväm välfärd

Vi lever i en tid av ökad global välfärd och många hävdar att vi aldrig mått bättre. Men det hade kanske inte varit möjligt utan den energianvändningen vi får från förbränning av fossila bränslen som olja, kol och gas. Vi börjar se baksidan av den bekväma välfärd som den industriella revolutionen gett oss. Användandet av fossila bränslen orsakar bland annat luftföroreningar och enligt WHO lever 92 procent av jordens befolkning i områden vars luftpartikelhalt anses hälsofarlig och cirka tre miljoner människor dör årligen på grund av luftföroreningar i utomhusmiljön. Samtidigt ökar vårt bilåkande och en allt större del av jordens befolkning blir stillasittande och överviktiga.

Vi konsumerar och slänger mat i västvärlden som om det inte fanns några begränsning-

ar på jordens resurser. Det vi stoppar i oss är till stor del inte näringsrikt och vi får ett allt högre BMI. Globalt sett lider idag fler av fetma än av undernäring. Den vanligaste dödsorsaken är inte längre svält och infektioner utan så kallade välfärdssjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes; främst orsakade av vår livsstil. Ett exempel är vår köttkonsumtion som ökat markant, trots dess kända negativa effekter på hälsan och enorma avtryck på jordens resurser. Animalieproduktionen står för cirka 15 procent av världens utsläpp av växthusgaser, ungefär lika stor som transportsektorn. Vi har med andra ord skapat en livsstil och ett konsumtionsmönster som varken är hållbart för oss själva eller vår planet.

”Vi måste hitta rätt väg för att få människor att välja hållbart, klimatvänligt och hälsosamt”

Ett varmare klimat kommer också att ändra förekomsten av infektionssjukdomar då tillväxten av bakterier, virus och andra smittämnen ökar i värme. Som följd av högre temperaturer i kombination av ökat resande ser vi nu nya sjukdomar spridas i Europa som dengue- och chikungunyafeber, virussjukdomar som sprids via myggor som i vanliga fall inte överlever det europeiska klimatet. Man diskuterar även om utbrotten av virussjuk-

domarna Ebola och Zika var klimatrelaterade men detta är inte klarlagt ännu. Här i Sverige ser vi bland annat ökade problem med fästingburna sjukdomar som sprids längre norrut och mer smittsamma bakterier i våra badvatten på sommaren.

Även konflikter förväntas uppstå till följd av klimatförändringar på grund av förlust av mark och minskad tillgång på mat och vatten. Ett påverkat jordbruk på grund av torka och översvämningar är något som drabbar flera områden redan nu och vi kommer att få en minskad mattillgång på cirka tre till fyra procent. Detta kommer inte bara att leda till sämre kosthållning och undernärdhet utan troligen också till konflikter och kraftigt ökande flyktingströmmar. FN:s flyktingorgan UNHCR uppskattar upp mot en miljard klimatflyktingar år 2050 på grund av brist på mat, vatten och förlust av land.

Genom globala åtaganden som Agenda 2030 och klimatavtalet från Paris, tvingas vi nu att vidta klimatåtgärder för att vi ska klara den stora klimatkrisen. Det är både en stor möjlighet och utmaning att införa rätt klimatpolitik där stora hälsosynergier skapas. Utmaningen handlar mycket om att ändra ett beteendemönster, vilket av erfarenhet är svårt och talas lite om. Ansvaret ligger hos individer, samhället och beslutsfattare. Vi måste hitta rätt väg för att få människor att välja hållbart, klimatvänligt och hälsosamt.

Lösningar på lokal och global nivå

Agenda 2030 har enat världens länder om att både säkerställa god hälsa samtidigt som klimatförändringarna ska bekämpas. Lyckas vi inte lösa klimatfrågan kommer vi heller inte kunna uppnå mål tre om hälsa för alla. För en god hälsa är vi helt beroende av tillgång på mat, rent vatten, utbildning, ekosystemtjänster, rättvisa och fred. Allt detta riskeras om vi inte anpassar oss till, och vidtar åtgärder, mot klimatförändringar. Således är mål 13, att vidta omedelbara åtgärder för att bekämpa klimatförändringarna, helt avgörande.

Samhällskrafter kan åstadkomma mycket. Effekten av ”bottom up”, det vill säga förändring på individ och samhällsnivå, skall inte underskattas. Det ser vi bland annat genom den våg av medveten konsumtion som börjar ta kraft. Exempelvis införandet av vegetarisk mat på skolor och i kommuner som vuxit fram utan lagar och styrmedel. Men för att nå våra utsläppsmål och för att kunna genomföra de drastiska åtgärder som krävs behövs politiska styrmedel, med andra ord ”top down”. Om man förenklar för privatpersoner, upphandlare eller företag att välja hållbart och hälsosamt, kan omställningen gå mycket snabbare. Man kan jämföra situationen med hur man lyckades minska användandet av tobak genom införandet av lagar och politiska styrmedel. Det borde vara en självklarhet att nyttig och klimatvänlig mat ska vara billi-

gare än den som gör både oss och planeten sjuka. En annan lösning är att förenkla för aktiv transport, göra det billigare att lämna in cykeln på reparation, samt resa kollektivt. Om Sverige ska kunna nå sitt mål om att bli fossilfritt till år 2045 krävs också styrmedel för att uppnå mål sju om att alla ska ha tillgång till hållbar och modern energi till en överkomlig kostnad. Vi behöver även se politiska aktioner som gör det mer praktiskt och ekonomisk gynnsamt att välja andra transportmedel än flyg som drivs av fossila bränslen. "Det borde vara en självklarhet att nyttig och klimatvänlig mat ska vara billigare än den som gör både oss och planeten sjuka." Flera av de globala målen syftar till markanvändning och hållbart jordbruk. För att trygga den framtida livsmedelsförsörjningen måste vi se över hur vi hanterar mat och hur den konsumeras. Jordens resurser räcker inte till i den takt vi konsumerar den. Enligt FN:s mat och jordbruksorgan FAO kastas cirka en tredjedel av all producerad mat. Detta kan inte fortsätta om vi ska lyckas utrota svält samtidigt som jordens befolkning beräknas öka till elva miljarder år 2100. Köttkonsumtionen behöver också minska då cirka 90 procent av energin från det kraftfoder i form av vete, majs och soja, som förbrukas försvinner i processen; mat som hade kunnat konsumeras av människor och därmed mättat fler. Produktionen av kraftfoder kräver enorma arealer med följd att regnskogar skövlas med

förlust av bland annat biologisk mångfald och naturliga kolsänkor. En minskad animaliekonsumtion kommer också ha flera positiva hälsoeffekter, då rött kött är kopplat till flera olika typer av cancer. Djurhållningen bidrar också till ett stort metangasutsläpp vilken spär på växthuseffekten.

Hållbar stadsplanering och infrastruktur

En smart stadsplanering och förändring av vägar krävs där aktiv transport kan främjas framför stillasittande bilåkande. Cykel- och gångvägar måste säkras och breddas för att föräldrar ska våga låta sina barn gå eller cykla till skolan. Kan vi få barn mer fysiskt aktiva kan vi också mildra problem med barnfetma och alla dess följder. Vi behöver även ta tillvara på de grönområden som finns i städer för att både hålla temperatur nere under sommaren samt att förbättra luftkvaliteten och gynna aktiv rörelse.

På flera sjukvårdsavdelningar i Sverige har temperaturen de senaste åren varit upp mot 30 grader under sommaren. Vi har också fått ett ökat antal sjukhusinläggningar i samband med dessa perioder. Det är viktigt att länder klimatanpassas för att säkerställa att sjukvårdsinrättningar och infrastruktur kan fungera, även vid naturkatastrofer och extrema värmeböljor.

Sverige som förebild

Globalt sett står Sverige för en mycket liten

del av de globala utsläppen. Men vi kan som enskilt land spela desto större roll när det kommer till att vara en förebild för andra länder i klimatarbetet. Det behövs förebilder som vägar, vill och visar att det går att leva hållbart utan att välfärd och ekonomi påverkas negativt.

"Vår livsstil motsvarar 4,2 jordklot. Vi har ett moraliskt och faktiskt ansvar att vara aktiva i arbetet"

Genom Agenda 2030 har vi möjlighet att stärka det globala partnerskapet för hållbar utveckling, samarbeta globalt och hjälpa andra länder i denna omställning. Vi kan dela med oss av teknik, forskning och annat som kan hjälpa andra länder förbättra och uppnå sina antaganden. Gemensamt kan vi utbyta strategier för anpassningsåtgärder, där vi kan ha mycket att lära från andra länder. Det är i resurssvaga länder som hälsan drabbas hårdast och det är vårt ansvar att hjälpa till, eftersom det, trots allt, är vår livsstil som orsakar problemen.

Sverige tillhör de nationer med störst klimatfotavtryck där vår livsstil motsvarar ungefär 4,2 jordklot. Vi har ett moraliskt och faktiskt ansvar att vara aktiva i arbetet med klimatanpassningen och att nå miljömålen. Sverige är per capita den största bidragsgivaren till den

gröna klimatfonden som etablerats för att stötta världens länder i omställningen mot fossilfrihet. Inget land klarar omställningen ensamt, vi är helt beroende av globalt samarbete för att kunna anpassa oss till klimatförändringarna och säkerställa att god hälsa och välfärd finns för alla.

Sofia Lindegren
Läkare och ledamot i Läkarförbundets arbetsgrupp för klimat och hälsa



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH KLIMATET

 3 GOD HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE	3.9 Till 2030 väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark.
 7 HÅLLBAR ENERGI FÖR ALLA	7 Säkerställa tillgång till ekonomiskt överkomlig, tillförlitlig, hållbar och modern energi.
 12 HÅLLBAR KONSUMTION OCH PRODUKTION	12 Säkerställa hållbara konsumtions- och produktionsmönster.
 13 BEKÄMPA KLIMATFÖRÄNDRINGARNA	13 Vidta omedelbara åtgärder för att bekämpa klimatförändringarna och dess konsekvenser (samtliga delmål).



AV ANNA MIA EKSTRÖM

KAPITEL 4

VÄGEN MOT HIV/AIDSEPIDEMINS SLUT

Går genom unga och kvinnor

År 2000 nådde den globala smittspridningen av hiv en topp med tre miljoner nysmittade människor. Därefter minskade antalet, men nedgången stannade av år 2010, med två miljoner nysmittade och en miljon dödsfall per år. Dock ökar antalet som lever med hiv i världen stadigt eftersom antalet nya infektioner fortfarande är så pass högt och att många fler överlever tack vare dagens extremt effektiva hiv-behandling. Det stora antalet nya infektioner bidrar till ett växande behov av antiretrovirala läkemedel, vilket i sin tur driver upp kostnaderna och efterfrågan på vård i redan resurs- och kompetenssvaga hälso- och sjukvårdssystem.

FORTFARANDE SMITTAS över 5700 människor av hiv dagligen i världen, och över 3000 människor dör varje dag av aids; en kronisk infektion som är fullt möjlig att förebygga eller

behandla. Hiv-bördan är dock mycket ojämnt fördelad i världen. Hälften av alla nya infektioner och dödsfall drabbar endast fyra procent av världens befolkning, bosatta i ett fåtal länder i södra och östra Afrika. Överföringen av hiv sker främst genom heterosexuella samlag, men varierar mellan befolkningsgrupper. I afrikanska länder ser vi en tydlig feminisering av epidemin, 60 procent av de hiv-positiva är kvinnor. Vi behöver mer kunskap för att förklara dessa skillnader men framför allt krävs nytt tänk och ny kraftansamling för att en gång för alla få ett slut på hiv-epidemin. För försöka uppnå detta har FN:s gemensamma program för hiv och aids, UNAIDS satt upp det ambitiösa "90-90-90" målet (1). Målet innebär att senast år 2020 ska 90 procent

av alla människor som lever med hiv känna till sin status; 90 procent av alla människor som lever med hiv ska ha tillgång till behandling; och 90 procent av alla på behandling ska uppnå en minimal mängd hiv-virus i kroppen. De länder som är på väg att nå, eller redan uppnått målet, möter dock nya utmaningar vad gäller livskvalitet hos människor som lever med hiv, såsom möjligheten att kunna leva ett liv fritt från stigma och andra kroniska sjukdomar.

I världen i stort har intresset för hiv-frågor svalnat, samtidigt som vi ser ett akut ökat globalt hot om minskade biståndsmedel till organisationer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa. Detta hotar även de landvinningar som åstadkommits avseende hiv-epidemin de senaste decennierna, och det finns en risk att vi snart kommer få se en ökning av nya hiv infektioner och dödsfall av aids som en konsekvens av detta.

Unga och kvinnor är särskild riskgrupp

I de svårast drabbade länderna i sydöstra Afrika ökar hiv särskilt bland tonåringar, i synnerhet bland unga kvinnor, som står för över 70 procent av alla nya infektioner bland ungdomar. Ungefär 18,6 miljoner kvinnor och flickor över 15 år lever med hiv. Av dessa smittades en miljon bara under år 2015 samtidigt som 470,000 kvinnor dog av aids – en dödsorsak som idag är fullt möjlig att förebygga (2).

Det globala samfundet har tillsammans med forskare försökt förstå anledningen till att så många unga kvinnor deltar i riskfyllt sex (oskyddat med flera och äldre partners), ofta oönskat men inte alltid, exempelvis genom att studera kopplingar till fattigdom och ojämlikhet mellan könen. Detta förekommer givetvis inte enbart i sydöstra Afrika. Både fattigdom och ojämlikhet mellan könen utgör stora utmaningar i många länder, vilket i sin tur gör det än mer komplext att förklara varför smittspridningen av hiv varierar så mycket inom och mellan afrikanska länder.

”En särskild utmaning är den stora spridningen av hiv bland unga kvinnor, som står för över 70 procent av alla nya infektioner bland ungdomar”

Allt fler får behandling – men stigmat är kvar. Vi måste tänka nytt för att förstå hur historiska, kulturella och politiska arv i kombination med modernisering, har skapat beteendemönster till exempel i delar av Sydafrika där generationsöverskridande sex, parallella sexuella partnerskap, och sex som används i utbyte mot ekonomisk ersättning, har gett en grogrund för hiv-spridning. I sexuella nätverk där både män och kvinnor har flera olika partners, förvärras epidemin ytterligare på grund av den snabbaste spridningen som

sker precis när någon just blivit smittad och har extra höga virusnivåer, samtidigt som man oftast är omedveten om sin hiv-status.

Dagens mycket effektiva antiretrovirala läkemedel (ART) gör det inte bara möjligt att leva ett långt och hälsosamt liv, men kan även dramatiskt minska risken för hiv-överföring till sexuella partners. Dessvärre är fyra av tio människor i världen fortfarande omedvetna om sin hiv-status, och får därmed inte tillgång till den effektiva behandling som finns. Många testar sig för sent och dör både odiagnostiserade och obehandlade, eller får tillgång till behandling först när de visat symtom, ofta efter att ha levt med hiv i över tio år. Ju längre tid som går, ju högre risk löper de att bli sjuka i sin hiv och ju högre risk löper också deras sexuella partners för att bli smittade.

Väl insatta på behandling svarar de flesta dock mycket snabbt och bra på medicineringen, men det lär fortsätta att vara en utmaning att ta tabletterna livet ut för de miljontals människor som går på livslång medicinering, men som känner sig friska. Incitamenten för att fortsätta ta ett piller om dagen tenderar att bli lägre ju längre från sitt diagnos-tillfälle man kommer. Världssamfundet måste ta höjd för läkemedelskostnaderna kopplade till livslång medicinering på lång sikt, särskilt i resurssvaga länder där miljontals människors i åldrarna 20-25 går på kronisk behandling och kommer behöva fortsätta i minst 40 år till.

Även om sydöstra Afrika ligger före resten av Afrika när det gäller tillgång, får hela tio miljoner idag ART av de drygt 19 miljoner människor som beräknas leva med hiv i denna region. Ändå kvarstår det faktum att förekomsten av nya hivinfektioner är 3–50 gånger högre i sydöstra Afrika jämfört med Västafrika, Centralafrika, och Nordafrika (1). Hiv-epidemin kommer aldrig att kunna bekämpas enbart genom behandlingslösningar. Om vi inte kan förstå varför överföringen av hiv varierar så mycket inom och mellan olika länder i Afrika, kommer de traditionella åtgärderna som förebygger hiv-överföring, såsom kondom användning, att senarelägga sin sexuella debut, samt stå på ART, inte heller fungera effektivt.

Trots viljan och vikten av att förstå varför riskfyllda sexuella beteenden fortfarande dominerar, är det viktigt att se till att fler människor testar sig för hiv. Stigmatiserande bemötande inom vården är tyvärr vanligt för människor som lever med hiv och kan förklara en del av oviljan att testa sig; men borde vara är möjligt att ändra på med bättre kunskap och fler förebilder som vågar vara öppna med sin hiv-status inför andra. Lättillgänglig information om hiv på sociala medier anpassade till mobiltelefoner är fortfarande till stor del outnyttjade kanaler för hälsokommunikation som skulle kunna minska den oro som unga målgrupper känner. I sydöstra

Afrika har långt över 90 procent av unga tillgång till mobiltelefoner idag. Fler individuellt anpassade och mindre stigmatiserande sätt för hiv-testning bör provas som till exempel test-bussar eller självtest-kit som kan beställas via nätet eller via SMS.

För människor som lever med hiv i Sverige är stigma tyvärr också fortfarande mycket vanligt. I många fall leder stigma till att människor isolerar sig, lever ett dubbelliv utan att våga vara öppna med sin hiv-status eller undviker att inleda nya relationer. En studie från 2015 om livskvalitet bland människor som lever med hiv i Sverige (5), visade att både självuppskattat stigma och upplevt stigma från andra var mycket högt, trots den generellt höga självrapporterade livskvalitet som enligt en tidigare studie låg på cirka sju eller åtta av maximalt tio poäng (5).

Sverige som föregångsland för FN:s mål

Sverige var det första landet att nå UNAIDS 90-90-90 mål, ett mål som ska uppnås av alla länder senast år 2020. Idag står 97 procent av alla människor som lever med hiv i Sverige på bromsmediciner och 95 procent av dem har minimal virusmängd i kroppen. Enligt den statistiken har Sverige redan nått UNAIDS 95-95-95 mål, som ska uppnås senast år 2030 (3). Mörkertalet, det vill säga antalet som lever med hiv utan att veta om det, uppskattas vara bara cirka tio procent

av det totala antalet cirka 7300 personer (0,7 procent av befolkningen) som lever med hiv idag i Sverige (4).

Ett stort hinder för att fler länder ska uppnå UNAIDS mål är, återigen, det generellt sätt låga testupptaget hos den sexuellt aktiva befolkningen. Så fort människor får kännedom om sin hiv-status sätts de flesta på behandling, även i de svårast drabbade länderna i södra och östra Afrika. I vissa delar av världen, såsom Vitryssland, Ukraina, Ryssland, Centraleuropa och norra Afrika, är tillgången till ART dock fortfarande dålig, samt stigma mot personer som lever med hiv det största hindret.

I länder som Sverige är utmaningarna kring god livskvalitet fortsatt stora. Det har föreslagits ett fjärde ”90” i UNAIDS mål som ska innefatta att 90 procent av människor med minimal virusmängd i kroppen också ska ha en god livskvalitet och känsla att de har möjlighet att leva livet fullt ut, utan stigma och fria från andra kroniska sjukdomar. Risken för kroniska sjukdomar hos människor som lever med hiv är hög, av flera skäl. Viruset kan orsaka inflammation, och biverkningar av behandling kan öka riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar. För resurssvaga hälsosystem är ökningen av kroniska sjukdomar särskilt problematiskt och en utmaning för framtiden, där även rapporteringen av antalet människor

som lever med hiv och hur många som går på behandling, är mycket dålig.

Hotad finansiering för fortsatt arbete

Den dåliga medvetenheten bland allmänheten, samt det svalare intresset för hiv inom media, skolor och hos politiker, kan förklara varför så många människor har missat eller inte brytt sig om den oerhörda mängd information som finns kring förebyggande åtgärder och de effektiva läkemedel som finns idag.

UNAIDS generalsekreterare, Michel Sidibé, har sagt att framöver kommer det faktum att folk slutar bry sig, bli ett av de största hoten i kampen mot hiv. Mycket finansiering kommer att behövas inom en överskådlig framtid för att hjälpa de svårast drabbade länderna med att bekosta behandling och läkemedel, samt för att ge fortlöpande stöd till det förebyggande arbetet och informationskampanjerna (6).

Rädslan för att finansieringen från höginkomstländer, däribland Sverige, ska flyttas från hiv till andra frågor har redan blivit verklighet. Idag ser vi även ett överhängande hot, som skulle kunna förvärras, i och med den förändrade synen och det minskade utvecklingsstödet till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter från USA.

I linje med detta är den växande konservatismen i delar av Europa och USA ett hårt slag

mot alla framgångar som gjorts globalt i kampen mot hiv och aids. Hiv-frågan förtjänar en betydligt högre prioritering på den politiska agendan samt en högre grad av offentlig uppmärksamhet angående utvecklingen och de utmaningar vi står inför.

Anna Mia Ekström
Klinisk professor i global infektionsepidemiologi, Karolinska institutet & Karolinska universitetssjukhuset



AGENDA 2030 OCH HIV/AIDS:



3.3 Senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar.



3.8 Åstadkomma allmän hälso- och sjukvård för alla, som även skyddar mot ekonomisk risk, tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet.



10.2 Till 2030 möjliggöra och verka för att alla människors, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.



AV MOA CORTOBIUS

KAPITEL 5

VATTEN OCH SANITET

En underprioriterad genusfråga

Vatten och sanitet är grundläggande för människors överlevnad, hälsa och välmående, och därmed för en hållbar utveckling. Trots det saknar fortfarande miljontals människor tjänligt dricksvatten och tillgång till en toalett. Kvinnor, flickor, hbtq-personer och andra utsatta grupper är de som drabbas hårdast av de negativa effekter som detta leder till. För att uppfylla Agenda 2030 och de mänskliga rättigheterna till vatten och sanitet krävs ett genomgående och integrerat genusarbete i internationellt, nationellt och lokalt vatten- och sanitetsarbete.

RENT OCH FRISKT VATTEN är grunden för allt liv. Det upprätthåller våra ekosystem och vår matproduktion. Vatten används för att generera el och ingår i så gott som alla industriprocesser. Säkert dricksvatten är fun-

damentalt för människors överlevnad, hälsa och välmående, och är en nödvändig ingrediens för hållbar utveckling av våra samhällen. Diarrésjukdomar, som tillåts att spridas genom bristen på hygien och dricksvatten som förorenats av avföring, är fortfarande den näst vanligaste dödsorsaken för barn under fem år. Trots det saknar fortfarande en av tio av jordens invånare (663 miljoner människor) tillgång till tjänligt dricksvatten och 2,4 miljarder människor har inte tillgång till en toalett (1).

När uppfyllelsen av Milleniemålen utvärderades 2015 kunde vi se att målet om att halvera antalet människor utan tillgång till dricksvatten hade uppnåtts på global nivå, men inte

målet för sanitet. Även om miljontals människor fått förbättrad levnadsstandard så har skillnaderna mellan de fattigaste grupperna och resten av befolkningen ökat. Ojämligheterna mellan rurala och urbana områden, och mellan majoritetsbefolkningen och etniska eller religiösa minoriteter är fortfarande stora i många länder. Kvinnor, flickor, hbtq-personer och personer med funktionsnedsättningar eller kroniska sjukdomar är särskilt utsatta. De strukturella barriärer för likvärdiga levnadsvillkor som dessa grupper kämpar med har tyvärr i många fall accentuerats.

Kvinnor och flickor är särskilt utsatta

De könsroller som kvinnor tilldelas världen över är ofta nära knutna till vatten, sanitet och hygien. Hushållssysslor som kräver vatten faller oftast under kvinnors ansvar, som till exempel matlagning, tvätt, disk och städning. Kvinnor är dessutom mer beroende av rent vatten av hälsoskäl, till exempel för att inte drabbas av infektioner i samband med barnafödande och menstruation. Global data visar att när vatten behöver hämtas till hemmet faller den uppgiften oftast på kvinnor och barn. Ju längre bort vattenkällan ligger, desto troligare är det att det är en kvinna som hämtar vattnet. Att bära vatten till hemmet kan ge upphov till allvarliga skador på muskulaturen och skelettet, vilket i värsta fall leder till permanenta funktionsnedsättningar och kronisk

smärta. Vattenhämtning utsätter dessutom kvinnor och flickor för en ökad risk för överfall, av både djur och människor.

”I krigs- och katastrofsituationer eller när de är på flykt är kvinnor och flickor särskilt sårbara eftersom sociala skyddsnätverk och institutioner försvinner”

Fysiskt och sexuellt könsrelaterat våld mot kvinnor, flickor och hbtq-personer har sitt ursprung i ojämlika maktförhållanden och sociala och kulturella normer, men brist på vatten och sanitet ökar deras utsatthet. Det finns många exempel på hur kvinnor och flickor blivit attackerade eller trakasserade då de behövt lämna hemmet för att utföra sina behov på en allmän toalett eller utomhus. I krigs- och katastrofsituationer eller när de är på flykt är kvinnor och flickor särskilt sårbara eftersom sociala skyddsnät och institutioner försvinner (2). Regler som förbjuder transsexuella personer att använda den toalett som överensstämmer med deras könsidentifiering bidrar till att förstärka det redan existerande hotet mot deras säkerhet. Hur allmänna toaletter är utformade – belysning, lås på dörrar och var de ligger – kan också öka, eller minska, riskerna för våld och trakasserier. På så sätt

har tillgången till, utformandet av, och de sociala regler som finns kring vatten och sanitet en direkt påverkan på kvinnors, flickors och hbtq-personers fysiska och psykiska hälsa.

”80 procent av klädfabriksarbetarna använde smutsiga tygtrasor från fabriksgolvet som mensskydd i brist på alternativ”

Förutom de personliga umbäranden som bristen på vatten och sanitet skapar, innebär den även ekonomiska förluster för samhället. I Bangladesh, där kvinnor utgör 80 procent av klädfabriksarbetarna, använde de smutsiga tygtrasor från fabriksgolvet som mensskydd i brist på alternativ. De hade heller ingenstans att byta eller göra sig av med tygbitarna vilket ledde till att 73 procent av fabriksarbeterskorna var borta i genomsnitt sex dagar per månad på grund av infektioner. Detta innebar ett betydande produktionsbortfall för fabriken och inkomstbortfall för kvinnorna som betalades per klädesplagg. Genom att bygga toaletter och ge dem möjlighet att köpa mensskydd sjönk sjukfrånvaron till tre procent per månad (3). Den sociala tabun kring osäkra toaletter och bristfälliga tvättmöjligheter på skolor bidrar även till att många flickor världen över

avbryter sina studier när de får sin första mens.

Globala trender pekar åt rätt håll

Samtidigt som kvinnor, flickor, hbtq-personer och andra utsatta grupper är de som drabbas hårdast när vatten och sanitet saknas eller inte tar hänsyn till deras behov, har de ofta små möjligheter att påverka relevanta beslutsprocesser. Vatten- och sanitetsektorn är än idag generellt sett mansdominerad, och kvinnor utgör i genomsnitt 17 procent av arbetskraften inom vattensektorn i låginkomstländer(4). Globalt sett innehar kvinnor färre än sex procent av de ministerposter som är relaterade till vatten (5). Samtidigt visar studier att vatten- och sanitetsprojekt som involverar kvinnor och män på lika villkor är både effektivare och mer hållbara. Dessutom tenderar kvinnor att prioritera investeringar i vatten och sanitet högre än män när de kommer i ledande positioner. Kvinnors och andra utsatta gruppers låga deltagande innebär att de beslut som fattas på internationell, nationell och lokal nivå varken är optimala eller så hållbara som de skulle kunna vara.

För att komma till rätta med denna situation behövs ett genusbaserat arbete inom vatten och sanitet med två parallella målsättningar: att stärka kvinnors, flickors och hbtq-personers egenmakt och deltagande inom beslutsfattandeprocesser på alla nivåer, samt att se

till att deras behov, intressen och prioriteringar genomgående synliggörs och tas i beaktan. Även om det fortfarande är en lång väg kvar tills detta är realiserat finns det flera globala trender som pekar åt rätt håll.

Den vikt som getts till jämställdhet, jämlikhet och mänskliga rättigheter i Agenda 2030, visar att det finns ett utbrett erkännande av att världssamfundet måste prioritera de svagaste och fattigaste grupperna om vi ska kunna uppnå en hållbar utveckling för alla. Det visar sig bland annat att målen för vatten och sanitet kräver universell tillgång, oavsett var en person lever, har för ekonomiska tillgångar eller vilken etnisk, religiös eller social grupp den tillhör. Det innebär att länder är skyldiga att investera i vatten- och sanitetstillgång även för de som är absolut svårast att nå – utan diskriminering.

”Agenda 2030 visar att det finns ett utbrett erkännande av att världssamfundet måste prioritera de svagaste och fattigaste grupperna”

Det positiva sambandet mellan uppfyllandet av Agenda 2030s mål 6, om universell tillgång till vatten och sanitet och mål 5 om jämlikhet mellan könen, för att uppnå målen för hälsa, utbildning, fattigdomsbekämpning, med flera,

lyfts också allt mer av olika aktörer – från privat och offentlig sektor såväl som civilsamhället. Dessutom, erkännandet av de mänskliga rättigheterna till vatten och sanitet är ett viktigt redskap för att lyfta vatten och sanitet som en av hörnpelarna för en demokratisk och hållbar utveckling globalt.

Ett integrerat genusperspektiv

Trots att tillgång till vatten och sanitet är grundläggande för att uppnå universell hälsa, utveckling och jämlikhet, glöms detta ofta bort när mänskliga rättigheter och demokratiskt deltagande diskuteras. På samma sätt glöms allt för ofta jämlikhet och deltagande bort när vatten- och sanitetstjänster diskuteras. Till stor del beror detta på att de aktörer som driver de olika frågorna traditionellt har haft olika ursprung, målgrupper och fokus. Att på olika sätt stärka dialogen mellan hälso-, vatten- och sanitets- och rättighetsaktörer är därför centralt för att möjliggöra ett integrerat arbete för jämställdhet. Dessutom behövs det att:

- Organisationer som arbetar för kvinnors, flickors, hbtq-personer och andra marginaliserade grupperns rättigheter får stöd med att bygga sin kunskap och kapacitet för att kunna delta aktivt och strategiskt.
- Kulturella och sociala stereotyper som hindrar likvärdigt erkännande och delta gande förändras – det är särskilt viktigt att

bryta tabun kring menstruation och sexuella rättigheter! Mäns aktiva deltagande är särskilt viktigt för det här arbetet.

- Mer och bättre information tas fram. Med den statistik som samlas in idag är det ofta omöjligt att se hur kvinnor, män, barn och olika sociala grupper påverkas olika (eller inte) av investeringar, politiska beslut och regler.
- Rent vatten och säker sanitet på skolor och vårdinrättningar får högsta prioritet. Det är grundläggande för ett värdigt och hälsosamt liv – särskilt för kvinnor och flickor. Trygga toaletter i skolmiljöer är ett problem även i många resursstarka länder!
- Olika gruppers behov undersöks och tas i beaktan när projekt utvecklas, investeringar görs och politiska beslut fattas. Det finns fortfarande allt för ofta en föreställning om att beslut är ”könsneutrala” utan att genuseffekterna faktiskt undersökts.
- Kvinnors, flickors och hbtq-personers situation i flykt-, krigs- och katastrofsituationer tas i särskilt beaktande. Det gäller både de som befinner sig i flyktingläger, på flykt och inom våra gränser.

Bristande jämlikhet inverkar negativt på människors hälsa och på våra samhällens utveckling – inte minst genom att olika grupper särskilda behov av vatten, sanitet och

hygien inte tillgodoses. Genom samlade och integrerade insatser kan vi mer effektivt möta de globala hälsoutmaningarna och gemensamt bidra till att ge likvärdiga livsvillkor och förutsättningar för alla.

Skribenten vill särskilt tacka Marianne Kjellén, UNDP:s rådgivare för vattenfrågor, för feedback och kommentarer på innehållet.

Moa Cortobius
Programme Officer, WASH and gender,
Stockholm International Water Institute (SIWI)



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030, VATTEN OCH SANITET:



3 GOD HÄLSA OCH
VÄLBEFINNANDE

3.9 Till 2030 väsentligt minska antalet döds- och sjukdomsfall till följd av skadliga kemikalier samt föroreningar och kontaminering av luft, vatten och mark.



5 JÄMSTÄLLDHET

5.2 Avskaffa alla former av våld mot alla kvinnor och flickor i det offentliga och privata rummet, inklusive människohandel, sexuellt utnyttjande och andra typer av exploatering.



6 RENT VATTEN OCH
SANITET FÖR ALLA

6 Säkerställa tillgången till och en hållbar förvaltning av vatten och sanitet för alla (samtliga delmål).



AV KRISTINA LJUNGROS

KAPITEL 6

ABORTRÄTTEN

En fråga om mänskliga rättigheter

Under det senaste seklet har vi sett en global utveckling där extrem fattigdom har minskat drastiskt och där kvinnor i större utsträckning får möjlighet att bestämma över sin kropp och hur många barn de vill föda. Trycket hårdnar mot aborträtten och sexuella och reproduktiva rättigheter på många håll i världen. Världskartan har ritats om, politiska makter skiftat, med starka civilsamhällen och mobilisering kan påverkan ske underifrån för att motverka utvecklingen vi ser idag. Rätten till sin kropp och sexualitet är en fråga om mänskliga rättigheter.

VI SER STORA OJÄMLIKHETER växa i världen, såväl mellan som inom länder. Klassklyftorna ökar och med det även möjligheterna att bestämma över sin kropp. Det går dock inte

att slå sig till ro och tro att en ekonomisk utveckling och minskade klyftor per automatik innebär att rättighetsfrågor följer med. Ekonomiska resurser är en förutsättning för att kunna satsa på hälsoarbetet men det måste kombineras med en politisk vilja. Att Irland, Polen och Malta i princip har ett totalförbud mot abort beror inte på ekonomiska hinder utan på att det saknas stöd både hos delar av befolkningen och i parlament och regering för att införa fri abort. En politisk vilja är en förutsättning för att fler ska ges makten efter den egna kroppen, som ger unga rätt till sexualupplysning och kvinnor rätten till abort.

Hur ser de globala åtagandena ut? Vad gäller Millenniemålen så var målet om minskad

mödradödlighet det som var längst ifrån att uppnås år 2015. Mödradödligheten gick ner, med tillgänglig data vet man att mödradödligheten minskade med ungefär 44 procent mellan 1990 och 2015, men det hade kunnat minska betydligt mycket mer med en politik som inte motsatte sig kvinnors makt över sina kroppar.

Idag har världens länder enats om 17 mål för hållbar utveckling samt antagit ambitiösa målsättningar kring jämställdhet och hälsa, inklusive delmål 3.7 och 5.6. Många utmaningar kvarstår dock fortfarande. Ungefär hälften av alla kvinnor i låg- och medelinkomstländer vill exempelvis undvika graviditet, men en fjärdedel, cirka 225 miljoner kvinnor, använder inte preventivmedel. Tyvärr ser vi på många håll en politik som inte kommer att förbättra situationen.

En politik mot kvinnors egenmakt

Första vardagen som president, valde Donald Trump att återinföra Mexico City Policy, eller den så kallade Global Gag Rule. Bilden där presidenten skriver under policyn, omgiven av sina rådgivare, samtliga män, spreds som en löpeld över världen som en symbol för patriarkalt förtryck där män tar makten över kvinnors kroppar. The Gag Rule infördes första gången 1984 av Ronald Reagan och hindrar organisationer som arbetar med "abortvård som en familjeplaneringsmetod, rådgivning och påverkansarbete", att mot-

ta amerikanskt bistånd. Bill Clinton hävde policyn, men den kom sedan att återinföras av George Bush. När Barack Obama kom till makten hävde även han policyn, men som i år, 2017, återigen återinförs av Donald Trump.

Ända sedan den så kallade Helms Amendment (1), som röstades igenom 1973, är det otillåtet att finansiera abortvård med amerikanska biståndspengar. Det här gäller även om abort är lagligt i det aktuella landet. Senast det fanns en Gag Rule blev konsekvenserna tydliga – i ett antal länder som påverkades av policyn sjönk preventivmedelsanvändningen och aborttalen gick upp (2). Med andra ord påverkas även det förebyggande arbetet som syftar till att minska oönskade graviditeter och därmed även aborttalen. Beslutet att återinföra The Gag Rule innebär därmed med största sannolikhet att mödradödligheten kommer att öka i de länderna som påverkas av policyn. President Trump har valt att gå steget längre och expandera policyn till hela USA:s hela hälsobistånd. Detta innebär att organisationer som exempelvis arbetar med barnhälsovård kommer att behöva försäkra att de inte arbetar med eller förespråkar abort.

I skrivande stund vet vi ännu inte hur denna utökade Gag Rule kommer att tas i uttryck, då Trump gett ett uppdrag till USA:s Utrikesdepartement att tillsammans med Hälsodepartementet ta fram en plan för hur den ska

implementeras. The Global Gag Rule innebär att organisationer som mottar amerikanskt bistånd bland annat inte får tillhandahålla abortvård, ge information eller rådgivning där fördelarna med och tillgänglighet av abort nämns. De står således inför ett val; att ta bort all verksamhet som innefattas av ovan definition och fortsätta finansiera sin verksamhet med amerikanska biståndsmedel, eller att istället fortsätta med sin befintliga verksamhet men förlora stora delar av sin finansiering. Policyn påverkar även bredare frågor såsom preventivmedelsrådgivning, hiv-prevention och frågor kring hbtq-personers hälsa. Farhågan är att organisationer som bedriver olika former av verksamheter kommer att avsluta delarna som rör abort för att inte riskera sin övergripande finansiering. Beslutet från Trump kommer att få stora konsekvenser eftersom USA är en av de viktigaste biståndsgivarna inom mödr hälsa och beräknas stå för cirka 30 procent av det globala biståndet på området.

En fråga om mänskliga rättigheter

För RFSU:s internationella paraplyorganisation IPPF, International Planned Parenthood Federation, fanns inget val. Vi kommer aldrig att kompromissa om frågor som aborträtt, ungas rätt till sexualupplysning eller ogifta unga kvinnors tillgång till preventivmedel. Att svika våra grundläggande politiska krav eller upphöra med detta arbete skulle slå hårdast mot fattiga människor och särskilt mot

kvinnor. För personer med pengar finns alltid möjligheten att köpa en säker abort, även om den är illegal, men för den fattiga finns sällan ett val. Det resulterar i att det dör cirka 50 000 kvinnor årligen på grund av osäkra aborter, vilket utgör mellan 8 och 18 procent av all mödradödlighet globalt (3).

”Vi kommer aldrig att kompromissa om frågor som aborträtt, ungas rätt till sexualupplysning eller ogifta unga kvinnors tillgång till preventivmedel”

Rätten till sin kropp och sexualitet är en fråga om mänskliga rättigheter. Om du inte själv får bestämma när och hur du vill ha sex eller om och när du vill ha barn så minskar dina möjligheter att kunna utbilda dig och sedan möjligheterna till försörjning. Det ökar även risken för barnäktenskap, och därmed barn som tvingas föda barn. För att kunna göra egna val och fatta dessa beslut krävs att unga får kunskap om kropp och sexualitet, vilket vanligtvis görs genom sexualundervisning, tillgång till preventivmedel, tillgång till mödrhälsovård, säkra och lagliga aborter, och även om hbtq-personers rättigheter. Dessa rättigheter brukar samlas under begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR-frågor, och som även kan beskrivas som de globalt politiskt mest känsliga frågorna.

Samarbete i en alltmer polariserad värld

I samma stund som Trump undertecknade återinförandet av The Gag Rule, påbörjades en global rörelse för att mobilisera en tydlig röst för allas rätt att bestämma över sin kropp. Nederländernas bistandsminister var först ut och lovade ökad finansiering till just SRHR och kort därefter samlades regeringsrepresentanter från över 50 länder kring initiativet ”She Decides” under ledning av Sverige, Danmark, Nederländerna och Belgien för att tydliggöra sitt stöd SRHR i skuggan av USA:s indragna bistånd.

Den nya amerikanska utrikespolitiken är ett bakslag mot såväl hbtq-personers som kvinnors rätt att fatta beslut över sin egen kropp. Men det skapar även ett starkt engagemang för dessa frågor. En mer rättvis beskrivning av världens utveckling just nu är snarare att vi ser en mer polariserad värld där samarbete mellan goda krafter är viktigare än någonsin. Nu behövs en ökad samverkan mellan statliga aktörer, civilsamhället samt ökad investering till forskningen och SRHR, och politiskt mod och handlingskraft. Rätten till sin kropp och sexualitet är lika mycket en fråga om finansiering som politisk vilja.

Vid internationella förhandlingar motsätter sig många länder just dessa frågor. När EU ska förhandla med en enad röst ser vi att länder som Ungern, Polen och Malta motsätter sig

ungas rätt till sexualupplysning, tillgång till preventivmedel och abort. Det är därför viktigt att Sverige och andra länder samordnar sig och prioriterar dessa frågor vid förhandlingarna inom den europeiska gruppen. Med ett ökat motstånd i Europa försvagas dock EU:s röst vid internationella förhandlingar och med Trump ser vi redan förändringar i den globala förhandling dynamiken. Europa och USA är inte längre de mest progressiva delarna av världen för frågor om sexuella och reproduktiva rättigheter utan vi ser länder som Uruguay, Mocambique och Kap Verde som kliver framåt. Det är därför viktigt att Sverige har goda samarbeten med de progressiva länder som finns.

”Nu behövs ett politiskt mod och handlingskraft. Rätten till sin kropp och sexualitet är lika mycket en fråga om finansiering som politisk vilja”

Politiska beslut är inte en linjär utveckling som alltid går åt rätt håll, utan politik är en dragkamp mellan idéer och åsikter som förändras över tid. Just nu ser vi tyvärr starka krafter mot exempelvis aborträtten. I Europa ser vi det inom nationalistiska rörelser som tar avstamp i att kvinnors uppgift är att föda barn åt nationen och en mycket traditionell syn på könsroller. Idag är Sverigedemokra-

terna det enda partiet i Sveriges riksdag som vill sänka tidsgränsen för fri abort i Sverige. En retorik de dock tonat ner under de senaste åren, troligtvis utifrån analysen att en inskränkning i aborträtten inte drar många röster då den har ett mycket stabilt stöd bland den svenska befolkningen.

Förutom de nationalistiska rörelserna ser vi i Europa ett abortmotstånd som tar sin grund i religiösa samt högerpopulistiska grupper, ett motstånd som har blivit såväl mer strategiskt som mer välfinansierat. Det är abortmotstånd i en ny förpackning, till exempel genom att kräva att den gravida tar del av ultraljudsbilder eller lyssnar på fosterljud, efter det att en person bestämt sig för att göra en abort, eller samvetsklausuler, att vårdpersonal ska få rätt att neka att utföra abortvård. Samtliga dessa metoder har ett och samma syfte – att i praktiken inskränka aborträtten och att skuldbelagda de som väljer att avbryta en oönskad graviditet.

Engagemang gör skillnad

Men allt går inte bakåt. Under de senaste åren har Norge, Polen och Spanien försökt inskränka abortlagstiftningarna på olika sätt. Det har mötts av protester i samtliga länder och även i omvärlden. Tack vare dessa protester och det stora engagemang från civilsamhället som finns har regeringarna tvingats dra tillbaka sina planerade inskränkningar, och

i Spanien gick det så långt att den ansvarige ministern fick lämna regeringen. Om dessa protester inte hade skett hade dock inskränkningarna varit en realitet idag. Vår största utmaning just nu är inte president Trump och de världsledare som driver liknande politik, utan utmaningen ligger i om vi inte orkar hålla liv i den massiva mobiliseringen vi ser globalt för kvinnors självklara mänskliga rättigheter. Det är inte den som skriker högst som förändrar världen, utan den som engagerar sig mest.

Kristina Ljungros

Förbundsordförande, RFSU samt styrelseledamot, International Planned Parenthood Federation (IPPF)



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH SRHR:



3 GOD HÄLSA OCH
VÄLBEFINNANDE

3.7 Senast 2030 säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program.



5 JÄMSTÄLLDHET

5.6 Säkerställa allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter i enlighet med överenskommelserna i handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling [...]



AV FREDRIK SABOONCHI



OCH FRIDA METSO

KAPITEL 7

FLYKTINGARS PSYKISKA HÄLSA

En förutsättning för integration och hållbar samhällsutveckling

Krig, konflikter och förföljelse utgör per definition motsatsen till flera centrala områden i FN:s mål för hållbar utveckling. Den mänskliga dimensionen av de stora konflikterna världen över inkluderar – utöver den ofattbart stora omfattningen av död, skador och förstörelse – en aldrig tidigare skådad vidd av tvångsförflyttningar, flykt och flyktingskap. Psykisk ohälsa som följd av allt som omringar människors flykt, så som trauma, förlust, otrygghet, och utsatthet kan ha långtgående konsekvenser för de drabbade människorna och deras familjer. Främjandet av psykisk hälsa bland flyktingar gynnar utvecklingen av ett inkluderande och jämlikt samhälle.

ATT BEFINNA SIG I ett extraordinärt historiskt skede är en insikt som kan vara svår att ta in för många av oss. Vardagslivet pågår ofta som

vanligt och globala händelser som katastrofer, krig, politiskt våld, förtryck och konflikter utspelas långt borta och hemsöker oss endast genom nyheter iklädd abstrakta siffror och avlägsna bilder.

Under en förhållandevis kort tidsperiod, hösten år 2015, ändrades asymmetrin mellan sober och neutral information och det mänskliga in- och igenkännandet. På våra gator, tågstationer och i lokaler ordnade av frivilliggrupper syntes nu plötsligt människor på flykt från avlägsna konflikter och krig. Först nu visste vi, trots många år av flyktingmottagande, vad som skedde i världen. Vi visste att vi bevittnade ett historiskt och tragiskt skeende, inte bara i länder långt borta, utan

också i vår del av världen. Men trots den otroliga vikten av det mänskliga inkännandet blev de stora perspektiven bortom 2015 års solidaritetshandlingar allt annat än medmänskliga.

Agenda 2030 i ljuset av den globala flyktingsituationen

Antalet människor på flykt uppskattas enligt UNHCR (1) till över 65 miljoner. Fler människor än någonsin har blivit tvungna att lämna sina hem. Av dessa är cirka hälften internflyktingar och befinner sig på flykt i sina egna hemländer. Bland de drygt 21 miljoner människor som har flyktingstatus under UNHCR:s mandat är ungefär hälften barn. Syrien, Somalia och Afghanistan utgör de länder från vilka flest antal människor har flytt till följd av krig och förföljelse. Detta innebär långa avstånd och extremt farofyllda resor under inhumana förhållanden, inte sällan för sårbara grupper av människor, och i synnerhet om slutmålet är europeiska länder. Med nära 190 000 asylsökande i Sverige under åren 2015–2016, utgjorde människor med relativt nya erfarenheter av flykt, trauman och förlust, en väsentlig andel av befolkningen.

I ljuset av de globala flyktingsituationen ger Agenda 2030 en möjlighet att uppmärksamma sårbarheten för psykisk ohälsa för de drabbade. De förpliktigar samhällen att vidareutveckla åtgärder för vård och stöd samt förebyggande samhälleliga ansatser.

Det går inte att överskatta effekten av tvångsflyttningar och flykt från krig, våld och förföljelser, varken på individnivå eller för den globala utvecklingen. I många avseenden kommer kanske just det skeende vi lever i nu definiera oss och spela en avgörande roll i de stora utmaningarna i vårt samhälles, även världens, framtida utveckling. Det är därför väsentligt att ställa flyktingskap och dess orsaker, mekanismer, och särskilda följder i relation till de Globala målen i Agenda 2030. Genom att omfattningen, förhållanden kring och konsekvenserna av flyktingsituationer tydliggörs kan även politiska åtgärder tydligare betraktas utifrån perspektivet global utveckling, förankrad i både mänskliga rättigheter och en pragmatisk insikt om förutsättningar för en hållbar framtid.

”Psyisk hälsa är en viktig källa för människors möjlighet till utbildning, produktivt arbete, social tillit och sammanhållning”

I det avseendet ter sig frågan om psykisk ohälsa relaterad till flyktingars erfarenheter och levnadsförhållanden central. Psykisk hälsa, utöver att vara ett betydande hälsomål i sig, är en viktig källa för människors möjlighet till utbildning, produktivt arbete, social

tillit och sammanhållning, samt sunda relationer och uppväxt.

Mötet vid Europas gränser

De politiska reaktionerna efter händelserna år 2015 var framför allt av restriktiv natur. Som svar på ett ökat antal skyddssökande stängde flera länder, inklusive Sverige, sina gränser och införde id-kontroller som höll människor ute och motverkade rätten att söka asyl. På EU-nivå förhandlades ett avtal med Turkiet fram – trots Turkiets brutala agerande bland annat mot asylsökande som försökt korsa dess gräns på väg ut ur kriget. Från EU:s gränser, framför allt i Ungern, kom rapporter om våld mot asylsökande och deras rättigheter. I Medelhavet fortsätter människor att dö i brist på lagliga flyktvägar och EU:s främsta respons är att göra flykten än svårare genom att se flyktingsmugglaren som problemet, snarare än att erkänna det desperata och legitima behov smugglarnas marknad svarar på.

Bristen på lagliga vägar innebär att många av de flyktingar som upplevt traumatiserande händelser utsätts återigen. Detta sker många gånger mot en redan existerande bakgrund av fasanfulla händelser som att ha torterats, att själv ha utsatts för eller bevittnat våld, att ha levt i urskillningslöst våld utan förmåga att skydda sig, samt andra livshotande händelser i hemlandet. Detta är händelserna som har skapat flyktbehovet och är därmed

implicita i att vara flykting. Att händelserna under flykten har en ödesdiger effekt på den skörhet som redan orsakats av tidigare trauman speglas tydligt i att det är allt vanligare att personer som söker vård i Sverige har fått många av sina besvär orsakade av förhållandena under flykten.

Upprepade traumatiska händelser, oavsett var de sker, skadar människors psykiska hälsa och leder till att bryta ner de psykologiska resurserna som kan bidra till läkning och återhämtning. Sambandet mellan att ha varit utsatt för dessa typer av traumatiska händelser och allvarliga former av psykisk ohälsa så som posttraumatisk stress (PTSD), depression och ångest hos flyktingar är idag väl belagt av ett antal systematiska översiktsstudier (2, 3, 4).

Betydelsen av levnadsförhållanden i asyllandet

Många människor som aldrig hade behövt utveckla psykisk ohälsa gör det på grund av avsaknaden av trygga flyktvägar. Även avsaknaden av trygghet i mottagandet i asyllandet motverkar tillfrisknande och bidrar till försämrad hälsa och bestående ohälsa. Trots det optimistiska i att konstatera människors inre styrka och resiliens, som speglas i förmågan att klara sig igenom sådana svåra erfarenheter som krig och flykt, går det inte att underskatta den skörhet med vilken återhämtning och anpassning fortlöper. Mottagandet i asyllan-

det har makten att till olika grad påverka vilka effekter krig och förföljelse har på individens liv – om de kommer att vara begränsade, eller förvärras och fortgå.

Asylsökandes förhoppning är att livet efter ankomsten ska innebära att man nu har överlevt hot, extrem utsatthet och otrygghet. För att klara sig hit har de flesta behövt en extrem mobilisering av alla sina tillgängliga resurser. Just de psykologiska resurserna som människor använder sig av för att hantera motgångar, hot och faror är självklart hårt ansatta. De sociala stödstrukturerna, som till exempel familjer och vänner, men även arbeten och social samhörighet, är oftast i spillror. De lagändringar som kom i kölvattnet av flyktingdebatten år 2015 ökade också risker för att personer som skulle kunna ha återhämtat sig från krigshändelser ändå drabbades av psykisk ohälsa. Begränsningar av rätten till familjeåterförening och de korta tillfälliga uppehållstillstånden innebär att flyktingar hålls kvar i ett tillstånd av kris, bristande socialt stöd och otrygghet.

Det finns även exilrelaterade faktorer som alltid påverkat flyktingars hälsa och möjligheten till integration. Förlusten av språk, status och validerad utbildning innebär att många inte bara är ekonomiskt utblottade efter flykten utan även har stora svårigheter att återhämta sig och träda in på arbetsmarknaden. De

tillfälliga uppehållstillstånden minskar incitamenten att satsa på en framtid i Sverige och i kombination med att känna sig ovälkommen, oönskad och ojämlik ökar risken för ett långvarigt utanförskap. Diskriminering, ekonomiska problem och social isolering är några av de förhållanden som utgör hinder för de nyanlända att orientera och etablera sig. Tillsammans med en mycket osäker framtid benämns dessa faktorer generellt som post-migratoriskt stress (5, 6) och har påvisats ha en allvarlig effekt på den psykiska hälsan hos människor på flykt.

”I kombination med att känna sig ovälkommen, oönskad och ojämlik ökar risken för ett långvarigt utanförskap”

I det långa perspektivet är det viktigt att se hur krig, tortyr och förföljelse inte är avgränsat till en plats eller en tid. Rätten till en medicinsk undersökning, vård och rehabilitering är – på grund av bland annat begränsad utbildning kring trauma för vårdpersonal, få specialistmottagningar och få tortyrskadeutredningar – eftersatt i Sverige och många flyktingar riskerar att inte få behandling för psykisk ohälsa. Detta innebär i korthet att många tortyröverlevare kommer att leva med sina skador och smärta utan att få adekvat hjälp. Psykisk ohälsa påverkar förmågan till

nyinlärning, leder till isolering och försvårar etableringsprocessen och medför en risk för en ond spiral av ogynnsamma levnadsförhållanden och större psykisk ohälsa. En otillräcklig tillgång till vård innebär också en ökad risk för andragenerationstraumatisering av barn som ärver sina föräldrars obehandlade trauman och som därmed kan få svårt att klara skolan, vilket på sikt ökar risken för utanförskap.

En resurs för hållbar samhällsutveckling
Riskerna för utveckling av psykisk ohälsa kan motverkas genom förebyggande och hälsofrämjande insatser och adekvat vård och stöd i mottagarsamhället. Trygga och stödjande samhällen, sammanhang och miljöer kan främja återhämtning, självläkning och resiliens och därmed bidra till att människor blir resurser för sig själva och samhället. Att förverkliga detta fordrar kontinuerlig utveckling av vetenskaplig och praktisk kunskap om psykisk hälsa och flyktingskap. Dessutom krävs ett samhällsklimat som präglas av synen på människors lika värde.

De nationella och internationella statliga åtagandena för genomförandet av Agenda 2030 ger en unik möjlighet till kraftsamling och handling för att förverkliga ett rättssäkert och tryggt asylmottagande samt en hållbar integration och förbättrat socialt deltagande bland flyktingar. För att uppnå detta är det

väsentligt att uppmärksamma och motverka lidanden, sårbarheter och risker för psykisk ohälsa hos denna grupp. Lika viktigt är det att fortsatt lyfta fram betydelsen av åtgärder för främjandet av den psykiska hälsan hos människor med erfarenheter av flykt och trauma som en resurs och förutsättning för hållbar samhällsutveckling.

Fredrik Saboonchi
Professor i folkhälsovetenskap, Röda Korsets Högskola

Frida Metso
Leg. psykolog, Röda Korsets Högskola, tidigare biträdande verksamhetschef, Röda Korsets Center för torterade flyktingar



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH PSYKISK HÄLSA:



3 GOD HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.



8 ANSTÄNDIGA ARBETSVILLKOR OCH EKONOMISK TILLVÄXT

8 Verka för varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk tillväxt, full och produktiv sysselsättning med anständiga arbetsvillkor för alla.



10 MINSKAD OJÄMLIKHET

10.7 Underlätta en ordnad, säker, reglerad och ansvarsfull migration och rörlighet av personer, inklusive genom planerad och väl fungerande migrationspolitik.



AV MALIN GRAPE

KAPITEL 8

KAN VI HANTERA ANTIBIOTIKA-RESISTENSEN INNAN DET ÄR FÖRSENT?

Antibiotikaresistens har av Världshälsoorganisationen WHO, Världsbanken, och FN konstaterats vara ett hot mot den globala folkhälsan, världsekonomin och samhällsutvecklingen. Sedan Fleming, Chain, och Florey fick nobelpriset år 1945 för sin upptäckt av penicillinet, har miljontals liv räddats. Under dessa drygt 70 år har produktionen och användningen av antibiotika varit enorm, även inom lantbruket, och överanvändningen har lett till situationen vi befinner oss i idag. Sjukdomar som tidigare var dödliga blev möjliga att bota, men hotar nu återigen att innebära mycket riskabla tillstånd för patienter världen över på grund av en alltmer utbredd antibiotikaresistens.

RESISTENS ÄR BAKTERIERNAS försvar mot ämnen som hotar deras överlevnad, i detta fall antibiotika. Bakterierna tillägnar sig

förmågan till resistens genom mutationer eller genom att de tar upp gener som kodar för resistens ifrån sin omgivning och därmed ger dem skydd mot antibiotikans effekter. Den kraftiga ökningen av antibiotikaresistens drivs av evolutionen och är ett naturligt förekommande fenomen till följd av människans enorma fel- och överanvändning – till nivåer som nu hotar den globala folkhälsan. Det kommer aldrig att vara möjligt att bli av med antibiotikaresistens men den nuvarande snabba utvecklingen måste bromsas.

Att antibiotika överanvänts beror både på en övertro på dess effekter och en underskattning av problemen detta medför. På många håll i världen idag finns inget förbud mot att sälja antibiotika utan recept, och även i länder

med sådan lagstiftning är det fortfarande inte ovanligt att antibiotika kan köpas direkt över disk, både på apotek och på den lokala marknaden.

Inga nya antibiotika utvecklas

Under några decennier utvecklades nya antibiotika i jämn takt. När resistens uppstod och spreds mot ett läkemedel fanns i regel snart ett nytt alternativ på marknaden. Detta fram till år 2000 då det senaste antibiotikumet med helt ny verkningsmekanism godkändes av den amerikanska läkemedelsmyndigheten. Därefter har det varit alarmerande tomt. Anledningarna till att forskning och utveckling av nya antibiotika minskat är delvis att det rent vetenskapligt blivit svårare. De självklara angreppspunkterna på bakterierna är redan uttömda och bakteriecellerna är svårgenomträngliga för många molekyler.

Med den kunskap vi har idag om resistens och vikten av att bevara fungerande antibiotika till kommande generationer så blir det allt viktigt att begränsa användningen av nya antibiotika till då alla andra behandlingsalternativ är uttömda. Hur begränsningen i användning av nya antibiotika ska kunna ske samtidigt som tillgång säkras till de fall då de verkligen behövs är dock ännu inte klart. Detta är en fråga som måste lösas på global nivå med syftet att både minimera all onödig antibiotikaanvändning och försäkra

de fattigaste länderna effektiva läkemedel för behandling av bakterieinfektioner.

Antibiotika används inte bara inom medicinen utan omkring två tredjedelar av all antibiotika i världen används till livsmedelsproducerande djur. Den största delen används för att främja snabbare tillväxt och kompensera för bristande hygien i djurhållningen. En del antibiotika hamnar också i miljön, via sjukhusavlopp och vid produktion av antibiotika. I syfte att begränsa all onödig användning införde Sverige redan 1986 ett förbud mot användning av antibiotika till djur för tillväxtfrämjande syfte, samma beslut fattades inom EU år 2006. Tillämpningen av lagstiftningen varierar dock mycket mellan olika EU-länder där gränsdragningen mellan förebyggande användning och behandling ter sig mycket svag. I länder som USA, Brasilien och Kina där alla har omfattande djuruppfödning, medför kunskapsbristen att storskalig antibiotikaanvändning inom livsmedelsproduktionen tillåts fortgå mer eller mindre oreglerat.

Vem påverkas av antibiotikaresistens?

Antibiotika används inte bara för att bota infektioner utan också i förebyggande syfte till särskilt känsliga patienter eller vid behandlingar som innebär en ökad infektionsrisk. Operationer och vård av för tidigt födda barn med outvecklat immunförsvar är typiska exempel där antibiotika spelar en viktig roll i

förebyggande syfte, liksom cellgiftsbehandlingar där patientens immunförsvar försämras. Mycket av den moderna medicinens framsteg baseras på möjligheten att kunna förebygga och bota infektioner som annars skulle innebära stora risker för sköra och infektionskänsliga patienter.

”Resistensen är utbredd och läget är på många håll allvarligt, men det finns också vita fläckar på kartan där situationen är helt okänd”

Eftersom antibiotikaresistens förekommer hos bakterier som orsakar en rad olika infektioner är det svårt att få ett samlat mått på vilka effekter resistensens utbredning har på människors hälsa och på samhället i stort. Att det medför en ökad sjuklighet och dödlighet och med detta också ekonomiska kostnader står klart. Kostnaderna för antibiotikaresistens för vårt samhälle är idag okända, men det uppskattas att cirka 700 000 dödsfall årligen kan tillskrivas antibiotikaresistens, och i exempelvis Thailand beräknades de direkta och indirekta samhällskostnaderna för resistens uppgå till ca 1,5 miljarder US dollar.

Hur vanligt förekommande bakteriers resistens mot antibiotika är i världen idag går inte att säga. På många håll saknas nämligen kunskap om utbredningen av resistens hos

vanliga bakterier. Fragmenterad information i form av enstaka forskningsstudier kan samlas in liksom data från den regelbundna övervakning som görs, företrädesvis i de resursstarka delarna av världen för att ge en bild av läget. Detta gjorde WHO i en rapport som publicerades år 2014 (1) där det framgick tydligt att resistensen är utbredd och att läget på många håll är allvarligt, men också att det finns vita fläckar på kartan där situationen är helt okänd.

Lösningar krävs lokalt som globalt

Att prioritera insatser mot ett så komplicerat hot som antibiotikaresistens samtidigt som resurser måste fördelas till uppbyggnad av hälsosystem, bekämpning sjukdomar eller ökande livsstilssjukdomar såsom diabetes är utmanande, inte minst eftersom effekterna av sådana investeringar svårigen låter sig mätas och kommuniceras. Arbetet mot ökad antibiotikaresistens blir än mer avgörande för hållbarheten av många framgångar inom hälsoområdet som redan nåtts, exempelvis inom ramen för Milleniemålen liksom för framtida satsningar. Bland de nya målen i Agenda 2030 är det inte bara det tredje målet om hälsa som har en koppling till kampen mot antibiotikaresistens utan såväl mål 2 om hållbar livsmedelsproduktion, mål 6 om vatten och sanitet och mål 17 om globalt partnerskap nära kopplade till de utmaningar som antibiotikaresistens och arbetet mot dess

spridning innebär. Trots detta nämns inte antibiotikaresistens bland de 169 delmålen i Agenda 2030.

Fattiga är de som drabbas hårdast och i många länder dör idag människor av infektioner som tillgång till effektiva antibiotika hade kunnat bota. Svaga sjukvårdssystem, bristande vatten och sanitet och på många håll en hög förekomst av resistenta bakterier i människors tarmflora innebär ett förfärande perspektiv på det faktum att 1,8 miljarder människor i världen idag använder dricks-vatten som är förorenat med avföring.

Kortfattat så behöver antibiotikaresistensproblematiken angripas från två håll, dels måste antibiotikaresistens förebyggas i så stor utsträckning som möjligt, dels måste nya behandlingar mot bakteriella infektioner utvecklas. Det förebyggande arbetet handlar både om att minska behovet av antibiotika genom exempelvis vaccinationer och vårdhygieniska åtgärder för minskad smittspridning inom vården samt att när antibiotika ändå behövs, använda den på ett sätt som minimerar resistensutveckling och spridning.

Den enorma kunskapsluckan kring hur utbredd antibiotikaresistens är, avses avhjälpas genom att alla länder går med i och rapporterar in resistensdata i ett nytt globalt övervakningssystem som WHO har utvecklat. Syftet är både att upptäcka nya

händelser, följa trender och att bättre prioritera åtgärder och följa dess effekter både på global, nationell och lokal nivå. Bara genom att få kännedom om hur stort ett problem är kan välinformerade prioriteringar göras och beslut om handling som gör skillnad fattas.

Sverige kan bidra med goda exempel

Bland framgångsfaktorer för det svenska arbetet märks särskilt en väl fungerande övervakning av resistens och antibiotikaanvändning på nationell och lokal nivå som återkopplas tillbaka till sjukvården för att hela tiden optimera förskrivningen. Dessutom finns föreskrifter om basala hygienrutiner som gäller för all vård- och omsorgspersonal för att minska smittspridning inom vården. Det finns god kunskap om antibiotikaresistens inom både sjukvård och veterinärmedicin, och vi får successivt en bättre uppfattning också om vilka kostnader resistensen medför. Den svenska djurhållningen för livsmedelsproduktion präglas av förebyggande arbete enligt principen ”friska djur behöver inte antibiotika” och Sverige är ett av de länder som använder minst antibiotika till djur i världen. God samverkan mellan olika sektorer och mellan lokal och nationell nivå har hela tiden genomsyrat utvecklingen och framgångarna i det svenska antibiotikaarbetet. Sverige har mycket att bidra med i kampen mot antibiotikaresistens på den internationella arenan. Vi har en hög trovär-

dighet som grundar sig på en lång och gedigen erfarenhet av framgångsrikt arbete och kan både driva debatten och stötta genom bistånd och olika former av bilaterala samarbeten för kapacitetsuppbyggnad.

”Sverige har gedigen erfarenhet av framgångsrikt arbete och kan driva på debatten och stötta genom bistånd”

Efter att WHO:s medlemsstater år 2015 antog en global handlingsplan mot antimikrobiell resistens har också FN lyft frågan vid ett högnivåmöte under generalförsamlingen år 2016. Det är tydligt att politiska åtaganden behövs långt utanför hälsosektorn för att det ska finnas en chans att hantera problemet och det är nu som länderna i samverkan globalt och över sektorsgränserna måste visa att de menar allvar. Till Världshälsoförsamlingen år 2017 ska alla länder ha tagit fram nationella tvärssektoriella handlingsplaner och den stora utmaningen blir förstås att omgående omsätta dessa i praktik. Antibiotikaresistensen ökar överallt i världen, även här i Sverige trots ett systematiskt förebyggande arbete. Det som snarast krävs på nationell som global nivå är ett stopp för försäljning av antibiotika utan recept och användning till djur annat än för att behandla infektioner.

God övervakning, medvetenhet och beteendeförändring hos profession såväl som allmänhet behövs både vad gäller användning av antibiotika och hygienrutiner för att minska smittspridning. Stimulans av innovation av nya behandlingar såväl som diagnostik kräver däremot insatser som enskilda länder inte själva kan bära. Detsamma gäller för nya affärsmodeller och globala system för att säkra tillgång till effektiva antibiotika samtidigt som onödig användning förhindras. Här måste det globala samfundet gå samman för att gemensamt finna en lösning. Möjligheten att kunna förebygga och behandla bakteriella infektioner är en global utmaning som inte hör framtiden till utan kräver betydande insatser redan idag.

Malin Grape
Enhetschef för antibiotika och vårdhygien, avdelningen för epidemiologi och utvärdering, Folkhälsomyndigheten



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH ANTIBIOTIKARESISTENS:

\$26 Vi kommer likaså att öka takten i de framsteg som görs med att bekämpa malaria, hiv/aids, tuberkulos, hepatit, Ebola och andra smittsamma sjukdomar och epidemier, inbegripet att ta itu med en växande antibiotikaresistens [...]



AV MEENA DAIVADANAM

KAPITEL 9

SJUKDOMAR SOM INTE SMITTAR

Den osynliga folkhälsoutmaningen

Icke smittsamma sjukdomar innefattar allt från psykiska sjukdomar till sjukdomar förenade med åldrande, exempelvis Alzheimers sjukdom. I den nuvarande globala hälsokontexten är fyra områden särskilt allvarliga och prioriterade; diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, cancer och luftvägssjukdomar. Dessa sjukdomstillstånd har gemensamma riskfaktorer såsom tobaksbruk, ohälsosam kost, fysisk inaktivitet och skadlig alkoholkonsumtion. Den mest dramatiska ökningen bland dessa sjukdomar beräknas att ske vad gäller typ 2-diabetes i Afrika söder om Sahara. Här räknar man med en ökning från 20 miljoner år 2013 till 41 miljoner år 2035, vilket innebär en ökning med över 100 procent. 80 procent av alla människor med diabetes lever i låg- och medelinkomstländer. Även i Europa lever 7 procent av befolkningen med typ 2-diabetes, varav 37 procent uppskattas vara odiagnostiserade.

ICKE SMITTSAMMA sjukdomar kallas även livsstilssjukdomar, och samlas under den engelska förkortningen NCDs, "non-communicable diseases". Förkortningen innefattar sjukdomar som inte överförs mellan människor och som syftar till våra levnadsvanor samt psykiska funktionshinder, som många gånger är osynliga hälsohot. I september 2011 höll FN:s generalförsamling ett högnivå-möte med fokus på att övervaka och förebygga NCDs. Mötet ledde till att diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, cancer och kroniska luftvägssjukdomar fick ökad global uppmärksamhet, då de uppskattas stå för den största andelen dödsfall i världen med 68 procent (1).

Den fysiska miljöns påverkan

NCDs är ett allvarligt hot mot den globala utvecklingsagendan, inte minst Agenda 2030. Övernäring kopplad till typ 2-diabetes och andra relaterade NCDs har visat sig vara ett resultat av ohälsosam livsstil där ansvaret många gånger läggs på individen. NCDs fick inte en uttrycklig plats i de åtta Millenniemålen, men däremot har medvetenheten om riskerna med fetma ökat under de senaste åren. Samtidigt har de skadliga effekterna av bearbetade och processade livsmedel, livsmedelsreklam och marknadsföring inte fått mycket uppmärksamhet i den politiska debatten. En säker fysisk miljö kan främja en aktiv livsstil, vilket många saknar tillgång till. Dessutom saknas ofta möjlighet till att ändra miljön och de faktorer i samhället som bidrar till NCDs generellt. En förskjutning i terminologi från ”livsstilsrelaterade” faktorer till ”livsvillkorsrelaterade” faktorer har föreslagits (2). Därmed flyttas ansvaret från individen till samhället.

Det är inte ovanligt att undernäring och fetma förekommer sida vid sida i samma samhälle eller till och med i samma hushåll. Barn i låg- och medelinkomstländer är mer utsatta för undernäring. Samtidigt kan de utsättas för höga halter av fett, socker, salt samt energitäta och näringsfattiga livsmedel som tenderar att vara billigare men av sämre näringskvalitet. Dessa kostmönster i kombination med

låg fysisk aktivitet kan resultera i kraftig ökning av barnfetma medan undernärningsproblemen förblir olösta. Ökad kunskap om NCDs kan således bidra till att driva utvecklingsmål i samhället.

”Det är inte ovanligt att undernäring och fetma förekommer sida vid sida i samma hushåll”

Belastning för individ och samhälle

Det har visat sig att hälso- och sjukvården inte är tillräckligt rustad för att hantera den globala NCD-epidemin. Dessutom är vårdpersonal över hela världen mer inriktad på vård än på förebyggande åtgärder. De nationella hälso- och sjukvårdssystemen i många låg- och medelinkomstländer är resurssvaga och vårdservicen är ofta till förmån för dem som bor i städerna. I dessa områden är hälso- och sjukvårdssystemen huvudsakligen utformade för att hantera den höga bördan av infektionssjukdomar och andra relaterade sjukdomstillstånd, det vill säga vård av akuta infektioner, undernäring samt mödra- och barnhälsovård. Personer med hög risk för att utveckla NCDs (som pre-diabetes, pre-hypertension eller pre-cancerlesjoner) bortses i stor utsträckning på grund av den låga kapaciteten för preventiva åtgärder inom vården. Höginkomstländer med väletablerad hälso-

och sjukvård skiljer sig dessvärre inte vad det gäller detta. Svenska hälsovårdssystemet har historiskt sett lagt stor vikt vid ”lika vård för alla”, men den traditionella sjukvården, där även primärvården ligger inom vårdinrättningarna, tillåter inte tillräckligt fokus på tidig upptäckt och förebyggande av NCDs, som exempelvis typ 2-diabetes. Med tanke på den åldrande befolkningen i Sverige och den livsstil som associeras med NCDs, förväntas typ 2-diabetes och andra NCDs öka. Detta särskilt bland missgynnade och sårbara befolkningsgrupper, vilket i sin tur sannolikt kommer att öka belastningen på både diagnostiska och terapeutiska medicinska tjänster.

”Hälso- och sjukvården är inte tillräckligt rustad för att hantera den globala NCD-epidemin”

Alla sjukdomar, inklusive NCDs, kan utvärderas i relation till deras kostnad och belastning på hälsosystemet samt utgifter för den enskilde individen och familjen. För individen innebär det utgifter för sin sjukdom, men personer med NCDs drabbas dessutom av nedsatt inkomst på grund av nedsatt arbetsförmåga och måste samtidigt hantera regelbunden, långsiktig och ofta dyr rehabilitering. Detta innebär en enorm ekonomisk börda och stress för patienter och deras familjer. År 2007 uppskattades 150 miljoner människor ha drabbats av katastrofala hälsoutgifter (när

årliga hälsoutgifter överstiger livsmedelsutgifter med 40 procent) på grund av nödvändig sjukvård. Över 90 procent av dessa människor bodde i låginkomstländer (3). I brist på universell hälso- och sjukvård, sjukförsäkring eller andra sociala skyddsåtgärder tillgriper individer och familjer ofta nödfinansiering genom exempelvis försäljning av sina tillgångar eller upplåning från privata eller informella långgivare, ofta till höga räntor som i sin tur leder till en hög skuldsättning. Hjärt-kärlsjukdomar drabbar patienter i genomsnitt 10-15 år tidigare i låg- och medelinkomstländer än i höginkomstländer, vilket både påverkar låg- och medelinkomstländers arbetskraftskapacitet samt den ekonomiska tillväxten.

Prevention är nyckeln

Att investera i förebyggande åtgärder kan minska dödligheten, sjukligheten och kostnaderna för NCDs. Världshälsoorganisationen (WHO), har utvecklat ett ”åtgärdspaket” (Best Buys) (4), åtgärder som är kostnadseffektiva, genomförbara, lämpliga och inom ramar för de lokala hälsosystemen. Åtgärderna handlar om att förebygga och övervaka NCDs genom bland annat:

- Höja skatter på tobak och alkohol
- Minska saltmängden i livsmedel
- Byta ut transfetter mot mer hälsosamma fetter

- Främja hälsosam kost och fysisk aktivitet
- Upptäcka och behandla NCDs i ett tidigt skede

Kostnaden för att genomföra ett sådant ”paket” för lokala hälsosystem är relativt lågt och motsvarar fyra procent av de nuvarande hälsoutgifterna i låginkomstländer, två procent i lägre medelinkomstländer och mindre än en procent i de övre medelinkomstländerna. Åtgärderna är ett bra första steg till folkhälsoutmaningarna, men alla länder ska vara medvetna om att det inte räcker. WHO:s åtgärdspaket täcker in reducering av salt och transfetter, men nämner däremot inte socker eller sötade drycker.

Integrerade metoder och digitalisering

Det finns många fördelar med att integrera olika arbetssätt och tillvägagångssätt för att förebygga samt bota NCDs. Trots det talar en överväldigande del av hälso- och sjukvård i världen om komplexiteten i exempelvis den diagnoscentrerade vården. Begrepp som ”personcentrerad vård” och ”holistisk vård” blir alltmer vedertagna trots en brist på gemensam uppfattning för begreppen som lämnar dem öppna för tolkning. Infektions-sjukdomar, mödra- och barnhälsovård och undernäring har tydliga orsakssamband med NCDs som hälsovårdssystemen måste ta itu med simultant. Idag är vården vertikal, vilket innebär att patienter ofta söker vård för en

sjukdom eller åkomma i taget. På detta vis ignoreras sambanden mellan olika sjukdomar, vilket leder till att integrerade arbetsmetoder inte utvecklas. Antalet personer som lever med en, två eller flera sjukdomstillstånd ökar snabbt vilket betyder att utmaningarna för samordningen av vård blir svårare. Här finns potential för primärvården att utveckla och erbjuda integrerade hälsovårdstjänster för att förbättra upptäckten av odiagnostiserade fall, förebygga att flera sjukdomstillstånd uppstår samtidigt och därmed förbättra människors hälsa.

Att använda samhällsresurser för att stärka vården är en annan potentiell strategi. Många länder i Afrika söder om Sahara har framgångsrikt utvecklat riktade tillvägagångssätt eller stärkt samhällets tillvägagångssätt att etablera vårdstrukturer på gräsrotsnivå, där inga rutinsystem existerar för exempelvis barnsjukdomar. Detta blir emellertid en utmaning i många höginkomstländer, däribland Sverige, med den nuvarande hälsovårdsstrukturen där patienterna är kunder och inte längre tillhör den vårdcentral de bor närmast.

Digital folkhälsa är ett relativt nytt folkhälsoområde som utgör en annan potentiell resurs där mer integrerad vård, egenvård och beslutsstöd kan levereras genom användningen av ny informationsteknik. Digital folkhälsa kombinerar så kallad e-hälsa; tillgång till

internet och internetbaserade program och plattformar, samt mHealth-program; användningen av mobila enheter, plattformar och applikationer för att effektivt samordna hälsotjänster, integrera vård, ge förebyggande information, samt ge stöd till människor med kroniska tillstånd. För människor med typ 2-diabetes och vanliga psykiska besvär har e-hälsa och mHealth-program bland annat visat sig förbättra deras psykiska hälsotillstånd. Tillämpningen av e-hälsointerventioner är ovanliga i resurssvaga områden men mHealth-program används i allt större utsträckning för vård och hantering av NCDs, särskilt genom SMS-tjänster.

Ömsesidigt lärande och innovation

Eftersom NCDs belastar olika länder och människor på olika inkomstnivåer på olika sätt är möjligheterna att lära av varandra enorma. Det traditionella utvecklingsparadigmet har fokuserat på flödet av kunskap, färdigheter och idéer (eller innovationer) från ”norr” till ”söder”. Vidare har globala tvärvetenskapliga rörelser även tillvaratagit potentialen för ”omvänd innovation”, där innovationer som utvecklas i låg- och medelinkomstländer kunnat leda till kostnadseffektiva lösningar i höginkomstländer. Hursomhelst, tiden är nu inne för ”ömsesidigt lärande”, vare sig vi är redo för det eller

inte! NCDs med sina globala utmaningar visar tydligt att innovationer bör ske i båda riktningarna.

Meena Daivadanam
Universitetslektor, institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet, samt anknuten till institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH ICKE SMITTSAMMA SJUKDOMAR



2.2 Senast 2030 avskaffa alla former av undernäring [...] och undervikt bland barn [...] samt tillgodose tonårsflickors, gravidas, ammande kvinnors samt äldre personers näringsbehov.



3.4 Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar [...] samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.



3.5 Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.



AV STEFAN LINDGREN

KAPITEL 10

BRAIN-DRAIN TILL BRAIN-CIRCULATION?*En nyckelfråga för global hälsokompetens*

Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal är global. I resurssvaga områden är den reell och ofta till och med katastrofal. I resursstarka länder och regioner är däremot den faktiska tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal större än någonsin tidigare, men ändå finns det en upplevd brist. En utgångspunkt från svensk sida bör vara att stimulera svenska läkare och studenter att arbeta och studera i internationella vårdkontexter för att bidra till ömsesidigt lärandet, samtidigt som vi tillvaratar immigranternas kompetens och ger dem möjlighet till arbete och professionell utveckling och att integreras i vårt samhälle.

EFTERFRÅGAN PÅ hälso- och sjukvård tenderar att stiga ju högre BNP ett land har, vilket får till följd att de rika länderna konsumerar

en dominerande andel av världens samlade resurser. Flera faktorer bidrar till hög global rörlighet av medborgare, patienter, studenter och hälso- och sjukvårdspersonal. Det krävs därför ett internationellt åtgärdsprogram för att motverka växande hälsoklyftor. För att bli framgångsrikt måste detta visa på de synergieffekter internationell samverkan kring kompetensutveckling och rörlighet av hälso- och sjukvårdspersonal kan medföra. Tyvärr är de politiska hindren omfattande, med grunden i ett ökat fokus på det egna landets behov och förväntningar. Däremot finns möjligheter att genom internationell samverkan motverka kompetensflykt, eller så kallad "brain-drain", från resurssvaga länder när beslutet att lämna

i huvudsak baseras på yrkesmässiga omständigheter.

Faktorer som leder till kompetensflykt

Det ligger en stor utmaning i att ställa kostnader för hälsofrämjande insatser i resurssvaga områden i relation till kostnader för hälso- och sjukvård i resursstarka områden. Rent vatten, ren luft, moderna och uppvärmda bostäder samt näringsrik och tillräcklig mat är tillsammans med en gynnsam klimattutveckling grundläggande för folkhälsan. Här finns goda möjligheter till tydliga och riktade globala hjälpinsatser och samverkan. Hindren utgörs främst av krig och konflikter samt olika typer av totalitära politiska system. Kunskapsflykt från områden med brist på resurser beror både på faktorer som lockar iväg studenter och yrkesutbildade, så kallade ”pull” faktorer, och omständigheter som hindrar dem från att vara kvar, så kallade ”push” faktorer. Till de sistnämnda hör krig och konflikter, odemokratiska system, fattigdom, brist på säkerhet, dålig skolgång med mera. Detta kan främst åtgärdas genom förändringar i den lokala miljön och kräver politiskt agerande och global samverkan. Möjligheterna att påverka pull-faktorerna är större. De kan beskrivas från fem utgångspunkter; utbildning, personlig utveckling och karriär, primärvård och systemutveckling.

Välgval inom utbildningen

Vårdyrkena innebär behov av yrkeslivslångt lärande. Det kan oftast indelas i tre faser; grundutbildning, vidareutbildning samt fortbildning. Dessa utbildningsfaser uppvisar stora globala skillnader, både beträffande kvalitet och uppläggning, vilket försvårar den internationella rörligheten. En internationell samordning, vilket delvis skett inom Europa genom Bologna-processen, en överenskommelse om gemensam struktur för de högre utbildningarna i Europa, kan förbättra situationen. Den viktigaste åtgärden för att uppnå internationell samordning är formell granskning i form av ackreditering. Det innebär ett erkännande av kvaliteten vid de utbildningar som ackrediterats av den godkända organisationen och därmed en kvalitetsstämpel även av studenterna. Men ackrediteringen måste vara av god kvalitet och baseras på en internationellt erkänd och transparent process. World Federation for Medical Education (WFME) har skapat en modell för att granska nationella och regionala ackrediteringsorganisationer med legal status för att de ska få internationellt erkännande. Om vi kan uppnå ett heltäckande sådant system skulle det innebära att hindren för anställningsbarhet och fortsatt utbildning eller arbete för individer med utländsk utbildning minskar eller till och med undanröjs. Därmed ökar också möjligheterna att återvända till hemlandet

för fortsatt verksamhet efter kompletterande internationell utbildning eller arbete.

En annan åtgärd är att motverka ökande specialisering inom hälso- och sjukvården genom att stärka de grundläggande utbildningarnas förankring i primärvården, för att motivera studenterna att välja en sådan framtida karriär och för att ge dem goda förebilder. Med ett minskat fokus på smala sjukhusbaserade specialiteter ökar sannolikheten för att studenterna väljer en generalistinriktning, vilket även ökar deras möjligheter och benägenhet att tjänstgöra inom sådana verksamheter i resurssvaga länder.

Att ta till vara på kompetens

Hälso- och sjukvårdspersonal har starka drivkrafter att utvecklas i yrket. De möjligheterna är ofta begränsade i resurssvaga länder vilket kan leda till beslut om att lämna landet. Om livskvaliteten samtidigt är låg är möjligheterna att av andra skäl påverka framtida beslut begränsade. Men när de yrkesmässiga drivkrafterna dominerar är en internationell samordning av utbildningar en åtgärd som ökar möjligheterna att återvända till ursprungslandet med ett meritvärde av en kompletterande utbildning eller arbete. Det är således av flera skäl viktigt att ta till vara och vidareutveckla kompetensen hos den stora grupp immigranter med akademiska vårdyrkesutbildningar och yrkeserfarenheter

som kommer till Sverige. Genom att erbjuda möjligheter till arbete kan immigranter, under förutsättning av adekvat kompetens, bidra till personalförsörjningen, men också till utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården och forskningsmiljöerna, så kallad ”brain-gain”. Detsamma gäller de som söker sig till Sverige för tidsbestämda perioder av kompetensutveckling och forskning. Ett ännu viktigare skäl att erbjuda kompetensutveckling och arbete till immigranter från resurssvaga områden är att det kan ge dem förutsättningar att senare återvända till sina hemländer. Det är därför angeläget att etablera samarbete med ursprungslandet för att uppnå önskvärda synergieffekter. Genom att omdirigera ”brain-drain” till ”brain-circulation” bidrar Sverige till att tydliggöra den ömsesidiga vinsten och nyttan med samverkan.

”Genom att omdirigera ”brain-drain” till ”brain-circulation” bidrar Sverige till att tydliggöra den ömsesidiga vinsten och nyttan med samverkan”

Att ta hand om dem som av egen vilja bestämmer sig för att komma hit är väsensskilt från en aktiv rekrytering från resurssvaga länder, något vi helt bör avstå från av internationella solidaritetsskäl. Ett annat sätt att bidra till ”brain-circulation” är att uppmuntra läkare

och läkarstuderande till att delta i internationella projekt som del i sitt arbete och under sina studier. Till exempel inom ramen för Läkare utan gränser och deras arbete för att stötta vård i kris- och konfliktområden. Det förutsätter en global samverkansattityd hos arbetsgivare och utbildningsansvariga, istället för att ensidigt se till de egna resursbehoven.

Bred kompetens inom sjukvården

Det råder internationell samsyn kring att fungerande hälso- och sjukvårdssystem måste bygga på en välfungerande och rätt dimensionerad primärvård. Här ska alla vanliga hälsoproblem kunna hanteras och här måste vården för dem med långvariga sjukdomstillstånd samordnas och erbjuda kontinuitet. Här bör också kompetens att förstå betydelsen av andra ohälsofaktorer i samhället som arbetslöshet, bristande ekonomiska resurser och bostadsbrist byggas upp då det är en förutsättning för samverkan med andra samhällsaktörer. Primärvård bemannas i huvudsak med hälso- och sjukvårdspersonal med generalistkompetens. Fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika vårdyrkesgrupper och specialiteter beror på resurstillgång, kultur och traditioner, men måste alltid bygga på flexibilitet. Det finns många goda exempel i världen på hur traditionella läkararbetsuppgifter kan fördelas på andra och till och med nya vårdyrkeskategorier med bibehållen kva-

litet. Det är viktigt att primärvårdens status höjs, inte minst inom läkarkåren. Målet för en läkarstuderande bör vara att uppnå den generalistkompetens som erfordras för arbete i primärvården, snarare än i en högspecialiserad yrkesroll. Det förutsätter att dessa miljöer får stort utrymme i utbildningarna, att studenterna möter goda förebilder och att det finns möjligheter att bedriva forskning och utvecklingsarbete. En sådan inriktning i resurssvaga länder som ändå har ett utvecklat hälso- och sjukvårdssystem ökar möjligheterna för att vårdyrkespersonalen finner attraktiva karriärer i sina egna regioner. Motsvarande inriktning för studenter i länder som Sverige ökar möjligheterna att välja ett framtida arbete i resurssvaga regioner.

Systemutveckling i resurssvaga länder

En viktig del i Agenda 2030 är att bistå resurssvaga regioner i utvecklingen av sina system. Det kan inte enbart ske genom bistånd. Det kräver även stöd för dessa regioner att utbilda och utveckla egen kompetens. Internationell ”brain-circulation” ger möjligheter även i detta avseende. Internationell utbildning och riktad kompetensutveckling till nyckelpersoner som sedan använder den kompetensen för att utveckla systemen i sina hemländer är en framgångsfaktor. Det finns flera exempel på hur projekt med internationella resurser och deltagare även från från

resurssvaga regioner resulterat i bestående systemförbättringar i dessa områden.

”Sverige bör tillvarata och utveckla den vårdyrkeskompetens som av olika skäl väljer att söka sig till oss”

Kunskapsflykt har således en rad orsaker. Många av dem är politiska och medför låg livskvalitet och förutsätter politiska och ekonomiska lösningar. Andra är kopplade till omständigheter som berör utbildning och yrkesutövning. Global samordning och kvalitetssäkring av utbildningar samt ökad betoning och resursförstärkning av primärvård ökar möjligheterna till en önskvärd ”brain-circulation”. Med åtföljande global kompetensökning minskar därmed hotet om en ensidig ”brain-drain” från resurssvaga regioner. Sverige bör tillvarata och utveckla den vårdyrkeskompetens som av olika skäl väljer att söka sig till oss. Dels för att ge dessa personer möjlighet till arbete och integration i det svenska samhället, vilket ställer krav på adekvat kompetensprövning samt en effektiv och snabb administrativ process och introduktion till anställning. Men också som en komponent i ”brain-circulation”; att göra det möjligt för dem att fördjupa sin kompetens genom fortsatt utbildning och arbete i Sverige för att senare kunna återvända till sina hem-

länder. Däremot bör vi i enlighet med WHO:s ofta upprepade ställningstaganden helt avstå från aktiv rekrytering från resurssvaga regioner, och dessutom arbeta för att inte heller andra länder agerar så.

Stefan Lindgren
Professor och överläkare, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus, samt ordförande i Svenska Läkaresällskapet



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling

AGENDA 2030 OCH GLOBAL HÄLSOKOMPETENS:

3 GOD HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE



3.c Väsentligt stärka finansieringen av hälso- och sjukvården liksom insatserna för att rekrytera, utveckla, utbilda och behålla hälso- och sjukvårdspersonal i utvecklingsländerna, särskilt i de minst utvecklade länderna [...]

17 GENOMFÖRANDE OCH PARTNERSKAP



17.6 Stärka nord-syd samarbetet, syd-syd samarbetet och det regionala och internationella trepartssamarbetet kring och tillgången till vetenskap, teknik och innovation samt öka kunskaps- utbytet på gemensamt överenskomna villkor, [...]



AV JAY WENGER

KAPITEL 11

POLIO – PÅ GRÄNSEN TILL UTROTAT

Vad har vi kvar att göra?

Världen är nära en av de viktigaste folkhälsomålen i historien – att utrota polio. År 2016 förklarades färre barn än något annat år, med bara 37 fall i några delar av världen. Det globala polioprogrammet, GPEI, använder innovativa metoder för att nå och vaccinera alla barn, vilket leder oss närmare vårt slutliga mål. Det finns fortfarande utmaningar på vägen framåt, från att nå de mest utsatta barnen till att skapa tillräcklig finansiering för programmet. Sverige har spelat en viktig roll i framstegen mot att utrota polio och kommer nu även att vara avgörande för att stötta arbetet som kvarstår.

FORSKARE RUNT OM I VÄRLDEN hade precis börjat lära sig om polio, också kallat poliomyelit eller barnförslamning, när den svenska barnläkaren Ivar Wickman, år 1905, upptäckte

hur smittsamt viruset var. Han gav även en klinisk bild av sjukdomen, och kategoriserade symptom som smittade kan drabbas av – allt från inga symtom till förslamning.

Under samma år drabbades både Sverige och Norge av rikstäckande epidemier, och Sverige drabbades sedan återkommande av polioutbrott fram till 1950-talet, då poliovaccinet kom. Vaccinet har lett till en dramatisk minskning av poliofall i världen, och Sverige rapporterade sitt sista fall år 1977, samma år som världen såg sitt sista fall av smittkoppor (den enda mänskliga sjukdomen någonsin utrotad).

Det var inte förrän Världshälsoförsamlingen år 1988 antog en resolution för att utrota polio som världen började ta sjukdomen på allvar. 350 000 barn om året förlamades då av polio, i fler än 125 länder. Resolutionen ledde även till bildandet av initiativet Global Polio Eradication Initiative, GPEI, ett samarbete mellan Rotary International, USA:s Center for Disease Control and Prevention, UNICEF, Världshälsoorganisationen WHO, och Bill and Melinda Gates Foundation, vars uppdrag blev att samordna globala polioprogram för att utrota sjukdomen och vaccinera alla barn.

”Vi har sett en dramatisk minskning med nära 99,9 procent av poliofall i hela världen”

Ett mångårigt och innovativt arbete

Sedan 1980-talet har vi sett en dramatisk minskning med nära 99,9 procent av poliofall i hela världen, och är idag på gränsen till en poliofri värld. På grund av satsningarna med ett tydligt mål att utrota polio, beräknas 16 miljoner barn ha skyddats från kronisk förlamning. Under 2016 var färre barn förlamade av polio än under något annat år, med endast 37 nya fall i hela världen. I nuläget återstår inhemsk spridning av polio i endast ett fåtal områden i de tre länderna Pakistan, Afgha-

nistan och Nigeria. I Indien, som en gång betraktades som en av de svåraste platserna i världen att utrota polio, har inga poliofall rapporterats på över sex år.

Polioutbrotten i Mellanöstern och på Afrikas horn år 2013, samt återupptäckten i Nigeria förra året, har varit dystra påminnelser om att risken för återkomst är ett verkligt hot. Vi har idag ett gyllene tillfälle att lämna polio till historien, och markera den första stora milstolpen i ljuset av Agenda 2030.

Innovation för att möta utmaningar

Det globala arbetet med att utrota polio har stått inför stora utmaningar under de senaste tre decennierna. Länder med starka hälso-system och stabila politiska klimat har snabbt kunnat utrota sjukdomen – men på andra håll har bristande hälsoinfrastruktur, konflikter, fattigdom och svag styrning, bidragit till att utrotningsarbetet är långt ifrån okomplicerat.

För att övervinna dessa hinder, har GPEI kontinuerligt utvecklat innovativa lösningar för att se till att fler barn vaccineras. Dessa lärdomarna har inte bara bevisats vara värdefulla för att nå framsteg mot polio, utan har dessutom visats vara innovativa metoder för att förhindra andra dödliga sjukdomar, såsom mässling och ebola.

Seger i Indien

Att utrota polio i Indien blev tidigt avfärdat som en omöjlig bedrift. Men under 2014, blev Indien tillsammans med hela WHO:s Sydostasienregion, klassat som poliofritt efter tre år utan ett enda fall.

Indiens framgångar berodde på ett antal faktorer som tillsammans la grunden till utrotningen. Politiskt och ekonomiskt ledarskap på nationell, statlig och lokal nivå innebar att hela landet engagerade sig i arbetet. Nya vaccin bidrog till att människor blev immuna mot viruset. Helt nya insatser bidrog också till arbetet som att vaccinera barn på skolbussar, tåg och på transitplatser. Tack vare två miljoner frivilliga vaccinatorer skyddades 170 miljoner barn över hela landet från viruset.

”Politiskt och ekonomiskt ledarskap på nationell, statlig och lokal nivå innebar att hela landet engagerade sig i arbetet”

Under fem år tillbringade jag mycket tid i Indien, då många människor i det globala hälsosamfundet sade att ”polio kan inte utrotas här.” Utmaningarna på plats var enorma, men tack vare de insatser som nämns ovan, blev det verklighet. Genom kontinuerlig uppföljning och analys av vaccinationskampanjerna, syftade programmet till att alla barn vaccine-

rades. I slutändan nåddes vartendaste barn, även de som stod utanför det traditionella sjukvårdssystemet - vare sig de bodde undan-gömda i Mumbais slumområde, flyttade från ö till ö i norra Indiens flodområden, eller tillhörde de hundratusentals säsongsmigrantfamiljerna som arbetade med jordbruk och bygge över hela landet. Indien har gett oss ytterligare bevis på att det är möjligt att utrota polio. Indiens framgångar har beskrivits som en av de största framgångarna i den offentliga sjukdomshistorien. Det multipartnerskap, som backats upp av starkt och konsekvent politiskt och ekonomiskt stöd, både nationellt och från givarländer, var ett viktigt och tydligt exempel på hur världen gemensamt kan uppnå högt ställda utvecklingsmål.

Framgångar i Nigeria, Pakistan och Afghanistan

Medan förhållanden och kontext varierar från land till land, har framgångsfaktorerna från Indien tillämpats i bland annat Nigeria, Pakistan och Afghanistan. Precis som i Indien, har ett engagerat civilsamhälle och religiösa ledare i alla tre länder bidragit till det förtroende som byggts upp kring polioprogrammen, samt uppmuntrat föräldrar till att acceptera att deras barn vaccineras. Detta har gjort det möjligt för programmet att nå långt fler barn med vaccin än väntat, inte minst de som bor på

avlägsna platser på landsbygden, och som inte nås av den traditionella sjukvården.

Etableringen av Polio Emergency Operations Centres i Nigeria, en innovation inom GPEI, har också gett partners möjlighet att träffas, analysera programinformation och gemensamt planera vaccinationskampanjer som snabbt och effektivt hjälper till att identifiera och stoppa nya utbrott. I både Pakistan och Afghanistan, mellan vilka poliovirus färdats fram och tillbaka, har lärdomarna från Nigeria applicerats, och etablering av egna Polio Emergency Operations Centres.

Förra årets poliofall inträffade främst i osäkra områden eller bland migrerande befolkningar som inte sjukvården når. Att nå ut med vaccin till barn, inklusive de barn som reser över gränsen mellan Afghanistan och Pakistan, är avgörande för att stoppa polio från att sprida sig ytterligare mellan länderna. Lika viktigt är att stärka tillsynen så att vi kan upptäcka cirkulerande poliovirus.

För att avsluta det återstående arbetet kommer betydligt större finansiellt stöd att krävas. Det finns dem som ifrågasätter varför insatserna för att utrota polio uppgår till nästan en miljard US dollar per år, när det bara återstår 37 rapporterade fall i världen. Peng-

arna går inte till att bota de 37 fall, utan till att skydda och förhindra att miljontals barn ska smittas. När polio väl är utrotat kommer dels inget barn någonsin i onödan att lida av denna förebyggbara sjukdom, men stödet från generösa givare som Norge, Storbritannien, och Tyskland, kan omdirigeras till andra sjukdomar som bidrar till att förbättra barns hälsa. För närvarande uppskattas det att det globala polioprogrammet behöver ungefär 1,5 miljarder US dollar till för att utrota polio en gång för alla.

Om vi inte utrotar polio för gott, kan viruset till och med spridas och återuppstå i länder som Sverige, som inte har sett ett poliofall på årtionden. En nyligen genomförd studie visade att om polioprogrammet skulle avslutas och likaså vaccineringsverksamheten, skulle sjukdomen än en gång spridas globalt – med upp till 200 000 nya fall per år, inom 10 år.

Sverige har sedan tidigt spelat en viktig roll i kampen mot polio. Idag har Sverige möjligheten att fortsätta hjälpa till i det sista arbetet fram till att världen återigen kan glädjas åt en utrotat sjukdom. Om vi lyckas med detta visar det hur mycket som kan uppnås när länder prioriterar att förbättra människors hälsa genom finansiellt stöd och effektiva strategier tillsammans med politisk vilja och

engagemang på alla samhällsnivåer. Och viktigast av allt – vi kan skydda alla barn från den här sjukdomen, vilket i sin tur bidrar till en friskare värld för alla.

Jay Wenger

Director of Polio Eradication, Bill och Melinda Gates Foundation

FAKTA:

- Poliofallen har minskat med 99,9 procent sedan 1988
- Sedan 1988 har 16 miljoner barn räddats från kronisk förlamning.
- 200,000 poliofall per år förutses inom ett decennium, om GPEI avslutas utan att polio är utrotat
- Cirka 1,5 miljarder US dollar behövs för att utrota polio för gott



GLOBALA MÅLEN
för hållbar utveckling



AGENDA 2030 OCH POLIO:

3.3 Senast 2030 utrota epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar.



AV TOBIAS ALFVÉN

KAPITEL 12

HÄLSOFORSKNINGENS BETYDELSE OCH ROLL

För en politik för hållbar utveckling

I september år 2015 antogs Agenda 2030 och 17 globala mål för hållbar utveckling, ramverket för hur världens länder vill att utvecklingen i världen ska gestalta sig. Hälsa har en viktig plats bland målen, likaså forskning. Med ambitiösa delmål för bland annat mödra- och barnhälsa, infektionssjukdomar, och icke-smittsamma sjukdomar, och i en allt mer orolig tid vi lever i och där kunskapsberoendet ökar, blir forskningens betydelse och roll allt mer angelägen. De svenska forskningsanslagen har dock minskat, en trend som oroar forskarsamhället.

FÖR ATT NÅ DE AMBITIÖSA målen i Agenda 2030 räcker det inte med att fortsätta i samma hjulspår som tidigare. Forskning, teknologi, innovation och forskningskapacitet är också ett särskilt område för Addis Ababa Action

Agenda, den agenda som identifierar nödvändiga åtgärder för att de mest resurssvaga länderna ska klara genomförandet av Agenda 2030 (1). Agendan betonar att kapacitetsutveckling inom forskning, teknik och innovation måste vara baserad i respektive land. Forskning behövs för att förstå och utforma lösningar för agendans olika mål. Resurssvaga länder behöver även den analytiska kapacitet och överblick av kunskapsläget som forskare skolas i. Men detta gäller inte bara resurssvaga länder. Vi måste alla utveckla vår forskning för att uppnå målen i Agenda 2030.

Inom hälsoområdet måste vi bli bättre på att arbeta förebyggande tillsammans med andra sektorer och vi måste ta fram bättre diagnos-

tik, bättre mediciner, bättre och effektivare sätt att nå de med störst behov. Vi måste också vara beredda att möta nya eller nygamla hälsohot, vare sig det gäller Ebola, Zika eller klimatförändringar. Behoven är väldiga, men också möjligheterna. För att lyckas krävs det att vi satsar resurser, men också att vi vågar satsa på innovativ och tvärvetenskaplig forskning, även inom komplexa områden.

Anslagen minskar i en orolig tid

Forskningen och forskares roll är ännu viktigare idag än tidigare. I en tid av ”alternativa fakta” räcker det inte med att ta fram ny kunskap. Forskarsamhället måste dela med oss av den kunskap vi har och diskutera frågorna utanför den relativt homogena värld som vi forskare består av. Valet av USA:s president Trump och Storbritanniens Brexit visar tydligt på riskerna med att sanningar blir relativa. Det är även oroande att USA har en president som tror att vaccin orsakar autism (2) och att kineserna hittat på klimatförändringarna (3), och en vice-president som ifrågasätter sambandet mellan rökning och förtidig död (4). Har vi den forskning som krävs för att vi ska uppnå Agenda 2030? Och har vi en politik som kan stödja den forskning som krävs?

Sverige har ända sedan 1970-talet haft en aktiv politik för att stödja forskning som främjar utveckling. Andelen av biståndsbudgeten som går till forskning har dock minskat. Från

år 2013-2017 har andelen sjunkit från 4,8 procent till 3,6 procent (5). Tidigare har så mycket som åtta procent av biståndsbudgeten gått till forskning framhåller Lisa Roman på Sida, i nättidskriften Biståndsdebatten (6). I artikeln påpekar hon även att ”Det finns [...] ingen övergripande utvärdering eller något politiskt ställningstagande som motiverar att forskningsanslaget minskar.” Tvärtom talar Agenda 2030 och de utmaningar vi står inför med kunskapsberoendet som ökar, att forskningsstödet borde utgöra en större del av svenskt bistånd.

”I en tid av *alternativa fakta* räcker det inte med att ta fram ny kunskap”

I det internationella biståndet utgör stöd till forskning och särskilt forskning genomförd av forskare i låginkomstländer en mycket begränsad del. Under 2016 skar många OECD-länder dessutom ner sitt bistånd, vilket innebar att stödet till internationella organisationer som forskar inom områden särskilt relevanta för resurssvaga länder minskade. Samtidigt ökar andelen projektstöd där finansierare avgör forskningens inriktning och som inte sällan gynnar forskare från finansierarnas egna länder (5). Forskning är generellt en underfinansierad verksamhet, och får ofta stå tillbaka för mer akuta behov.

Svensk hälsoforskning i framkant

Ett exempel på framgångsrikt svenskt forskningsstöd är det bilaterala samarbetet med flera låginkomstländer. Sverige har under 15 år genom Sida stöttat uppbyggnaden av forskningskapacitet i Uganda och samarbete mellan ugandiska och svenska forskare. Satsningen har varit bred, och hälsa en viktig del i detta. Ett stort antal ugandiska doktorander har genomgått sin utbildning den vägen, och forskningen har lett till många viktiga genombrott, exempelvis nya riktlinjer för behandling av malaria, lunginflammation och diarré hos så kallade byhälsoarbetare, där inte den formella hälsosektorn når ut. På så vis har handläggningen och organiseringen av vård förbättrats i många resurssvaga länder. Även utbildningen som skapats genom dessa samarbeten har varit viktig. Ugandiska kollegor som deltagit finns nu på ledande positioner inom akademi, politik, sjukvård och privat sektor – nästan alla fortfarande i Uganda.

”Forskning är generellt en underfinansierad verksamhet, och får ofta stå tillbaka för mer akuta behov”

Självklart ska lejonparten av biståndsbudgeten gå till arbete i låginkomstländer. Men utan en svensk resursbas med erfarenhet och aktivt forskningssamarbete med kollegor i

låginkomstländer kommer vi att ha svårt att planera, genomföra och utvärdera svenskt forskningsstöd, och även generellt svenskt bistånd. Det krävs kvalificerad kunskap för att planera, genomföra och utvärdera all slags bistånd. Tidigare kanaliserades forskningsanslagen till svenska forskare direkt via Sida, men sedan år 2013 kanaliseras detta via Vetenskapsrådet (VR) men medel fortfarande från biståndsbudgeten. Under 2016 var de totala anslagen från VR för utvecklingsforskning 199 miljoner SEK. Global hälsa stod för 24 procent av det, en andel som minskat från cirka 30 procent år 2013. Endast en liten andel av alla ansökningar beviljas och konkurrensen är mycket hög. Att bedriva forskning inom global hälsa i Sverige är spännande och givande, men det är en tuff kamp för att finna medel för att kunna bedriva forskning. Särskilt svårt är det att finna medel för nya doktorander i Sverige; en nödvändig del i varje större forskningsprojekt.

Ett annat exempel på hur små insatser kan ge stora effekter och att öka den svenska resursbasen, är Sidas Minor Field Study-program (MFS). Studenter kan i slutet av sin högskoleutbildning få stöd (27 000 SEK för år 2017) för att i ett låginkomstland samla in material till sitt examensarbete för en kandidat-, magister- eller masterexamen. MFS innebär att studenten under minst åtta veckor studerar frågor som har betydelse för den ekonomis-

ka, sociala, politiska eller kunskapsmässiga utvecklingen i landet som arbetet utförs i. En MFS-studie kan göras inom alla akademiska områden, från humaniora och samhällsvetenskap till naturvetenskap, teknik och medicin. I egentlig mening är inte detta forskningsstöd, men jag tror att detta stöd ändå har haft en stor betydelse för att bygga den svenska resursbasen kring globala frågor och forskning. Jag har inga officiella siffror, men en majoritet av de som jag känner som sysslar med globala frågor i Sverige idag, har varit på MFS. Det ger studenter en unik möjlighet att få utvecklas och samtidigt lära känna en annan kontext.

”Att bedriva forskning inom global hälsa i Sverige är spännande och givande, men det är en tuff kamp för att finna medel”

Finansiering och konkurrens

Det krävs mer medel för forskning om de stora globala folkhälsofrågorna, och även mindre frågor som kanske bara är viktiga i ett fåtal låginkomstländer. Biståndet är en viktig del i detta, men bara en del. Det krävs även att andra forskare och forskarfinansierare blir mer delaktiga. Hur kan exempelvis Cancerfonden, Hjärtlungfonden och andra stora forskningsfinansierare bli mer aktiva? Och var är de privata givarna? I USA finns exempelvis Bill & Melinda Gates. De har förstått att det

inte räcker att bara finansiera akuta insatser, utan även forskning. Vi har privata aktörer även i Sverige, exempelvis Familjen Einhorn's stiftelse för global hälsoforskning som ger medel till lovande projekt i låginkomstländer, men ännu är det bara en ytterst liten del i Sverige som finansieras på detta sätt.

Det krävs inte bara mer medel, även samarbete. Sverige är för litet för att enskilda fakulteter ska konkurrera om alla bidrag och utveckla kurser på egen hand. Svenska Läkaresällskapet tog förra året initiativ till en första nationell konferens om global hälsa för att samla alla medicinska fakulteter i Sverige för att ge inspiration, utbyta erfarenheter och skapa förutsättningar för ökat samarbete. Nästa år planeras ytterligare en konferens om hur vi bättre lära oss av varandra och våra samarbetspartners runt om i världen. Ett annat initiativ för att stärka global hälsoforskning är SIGHT (Swedish Institute for Global Health Transformation); en ny del inom Kungliga Vetenskapsakademien. SIGHT arbetar för att stärka svensk global hälsoforskning och utbildning med en tvärvetenskaplig ansats.

Sverige gör redan mycket bra, men vi kan mycket mer. I den värld vi lever i idag måste vi ta större ansvar och visa hur den offentliga och privata sektorn, tillsammans med forskarsamhället kan driva frågor och förverkliga Agenda 2030 och de 17 globala målen.

Ett utmärkt exempel på hälsoforskning

Vätskeersättning är något som vi använder varje dag på den barnakut jag arbetar på, liksom på andra mottagningar och hem runt om i världen. Det händer ofta att barn kommer in med kräkningar och diarréer, ofta trötta, bleka och medtagna. Med vätskeersättning; en liten påse som innehåller socker, salt lite zink som blandas ut med 2,5 dl vatten, piggnar de ofta till efter några timmar och kan då gå hem istället för att läggas in med dropp.



Den lilla påsen är ett utmärkt exempel på vad global hälsoforskning kan ha för betydelse. Fram till sent 1970-tal behandlades alla svåra diarrésjukdomar med intravenösvätska, för man hade lärt sig att patienterna blev sämre av vatten eller vatten med salt. Världshälsoorganisationen WHO hade stora logistikprogram med att få ut dropp i resurssvaga länder, och på den tiden var det glasflaskor. Under en koleraepidemi i Bangladesh räckte resurserna inte till och läkare från USA i samarbete med kollegor från Bangladesh som arbetade

i ett koleraläger, inspirerades av grundforskning om jonkanaler i USA, och gjorde ett försök med att blanda socker, salt och vatten. Dödligheten sjönk från 30 till tre procent och plötsligt var vätskeersättning uppfunnen. Vätskeersättning är den uppfinning som näst efter penicillinet räddat flest barnaliv under 1900-talet, och används idag i alla länder.

Detta är även ett lysande exempel på att forskning inte handlar om vi och dem, utan något som vi alla har nytta av. Det krävs grundforskning med långsiktighet, i kombination med bistånd för att ge stöd till idéer som kan utvecklas till den globala succé som vätskeersättning är idag.

Tobias Alfvén
Docent i global hälsa, Karolinska Institutet, barnläkare, Sachsiska barn- och ungdomssjukhuset, samt ordförande i Svenska Läkaresällskapets kommitté för global hälsa



AGENDA 2030 OCH FORSKNING

- 3.b** Stödja forskning om och utveckling av vaccin och läkemedel mot de smittsamma och icke-smittsamma sjukdomar som i första hand drabbar utvecklingsländer [...]
- 9.5** Förbättra forskningen och [...] kapacitet i alla länder, i synnerhet utvecklingsländerna, land annat genom att till 2030 uppmuntra innovation och väsentligt öka det antal personer som arbetar med forskning [...]

REFERENSER

Kapitel 1

- (1) <http://www.johafonden.com/barbroskolan/>

Kapitel 4

- (1) UNAIDS. AIDS by the numbers. AIDS is not over but it could be. November 21, 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/AIDS-by-the-numbers>
- (2) UNAIDS. When women lead, change happens. March 8, 2017. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/when-women-lead-change-happens>
- (3) UNAIDS. Fast track commitments to end AIDS by 2030. August 15th, 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/fast-track-commitments>
- (4) Folkhälsomyndigheten. 2017. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>
- (5) Folkhälsomyndigheten Att leva med hiv –en studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv. 2015. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/att-leva-med-hiv-i-sverige-en-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv/>
- (6) Personal communication with Michel Sidibé, Head of UNAIDS, at RFSU March 27th, 2017

Kapitel 5

- (1) WHO/UNICEF JMP, *Progress on Sanitation and Drinking Water.*, 2015.
- (2) S. House et al., “Violence, Gender & WASH: A Practitioner’s Toolkit – Making Water, Sanitation and Hygiene Safer through Improved Programming and Services” (London: Water Aid/SHARE, 2014).
- (3) WWAP, “The United Nations World Water Development Report 2016: Water and Jobs” (Paris: UNESCO, 2016).
- (4) IWA, “An Avoidable Crisis: WASH Human Resource Capacity Gaps in 15 Developing Economies” (London: International Water Association (IWA), 2014).
- (5) United Nations, “The World’s Women 2015: Trends and Statistics” (New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, 2015).

Kapitel 6

- (1) <https://www.guttmacher.org/gpr/2013/09/abortion-restrictions-us-foreign-aid-history-and-harms-helms-amendment>
- (2) Bendavid E, Avila P, Miller G. United States aid policy and induced abortion in Sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ* 2011; 89:873-880C
- (3) Osäkra och/eller olagliga aborter är ett underrapporterat fenomen på grund av både stigma och på grund av det i vissa länder är straffbart att genomföra och/eller genomgå en abort. Därför varierar skattningar av hur stor del av mödradödligheten som är en konsekvens av osäkra aborter.

Kapitel 7

- (1) UNHCR (2016). Figures at a glance. Hämtat från <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c11.html>
- (2) Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365, 1309–1314
- (3) Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health* 8, 1–14.
- (4) Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes with populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 32, 537–549
- (5) Malm, A., P. Tinghög, and F. Saboonchi. Post-migration stress among refugees—development of a new scale and associations with wellbeing. *European Health Psychologist* 18, no. S (2016): 651.
- (6) Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports*, 18(9), 82.

Kapitel 8

- (1) <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/surveillancereport/en/>

Kapitel 9

- (1) World Health Organization: Health in 2015: From MDGs to SDGs
- (2) Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, et al. (2007) Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)* 26: 972–983.
- (3) McDaid D, Park A-L. Counting all the costs: the economic cost of comorbidities. In: European Parliament Interest Group on Mental Health, Wellbeing and Brain Disorders. London; 2012. <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/06/IG-20121204-D-McDaid.pdf>.
- (4) World Economic Forum and WHO 2011: From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. World Economic Forum: Geneva; WHO 2011.

Kapitel 12

- (1) Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development, 13-16 July 2015, Addis Ababa, Etiopien
- (2) Twitter, @realDonaldTrump 28 mars 2014
- (3) Twitter, @realDonaldTrump 6 november 2012
- (4) http://www.huffingtonpost.com/entry/mike-pence-said-smoking-doesnt-kill_us_58121434e4b064e1b4b0bf93
- (5) Personlig kontakt Sida, 2017
- (6) Mer forskningssamarbete – mer kapacitet. Lisa Román, Biståndsdebatten.se, 2016-08-22
- (7) Sewankambo N et al, Enabling Dynamic Partnerships through Joint Degrees between Low- and High-Income Countries for Capacity Development in Global Health Research: Experience from the Karolinska Institutet/Makerere University Partnership. *PLOS Medicine* Feb 3, 2015

BILDKÄLLOR

Kapitelbilder

- Kapitel 1: Dan Nguyen, Flickr.com (CC BY 2.0)
 Kapitel 2: JOHAFonden
 Kapitel 3: Pexels.com
 Kapitel 4: DFID UK, Flickr.com
 Kapitel 5: Istock
 Kapitel 6: Carly Hagins, Flickr.com (CC BY 2.0)
 Kapitel 7: CAFOD, Flickr.com, Natalia Tsoukala/ Caritas International (CC BY-NC-ND 2.0)
 Kapitel 8: Pexels.com
 Kapitel 9: Pexels.com
 Kapitel 10: US Army Africa, Flickr.com, Sgt. Shejal Pulivarti (CC BY 2.0)
 Kapitel 11: Gates Foundation
 Kapitel 12: Pexels.com

Porträttbilder

- Johan och Rosanna: Lisa Hydén
 Gun-Britt: Global Utmaning
 Sofia: Sveriges Läkarförbund
 Anna Mia: Martin Stenmark
 Moa: SIWI – Stockholm International Water Institute
 Kristina: RFSU
 Fredrik och Frida: Jon Brunberg och privat
 Malin: Lena Katarina Johansson
 Meena: Kristjan Aunver
 Jay: Gates Foundation
 Tobias: Valérie Landais



Global Utmaning är Sveriges ledande oberoende tankesmedja som verkar för hållbar utveckling socialt, ekonomiskt och klimatmässigt.

Vi är en plattform för samverkan mellan forskning, näringsliv, civilsamhälle, förvaltning och politik där erfarenhets- och kunskapsutbyte ligger till grund för policyförslag som accelererar transformationen mot hållbara samhällen. Tankesmedjan är en nod i internationella nätverk som arbetar med strategiska analyser, policylösningar och opinionsbildning genom dialoger, seminarier och rapporter. Vi har ett kvalificerat nätverk av seniora rådgivare med tvärssektoriell kompetens. Global Utmaning är en ideell förening som finansieras genom projektmedel från institutioner och myndigheter samt av våra partners som utgörs av olika organisationer och företag.

www.globalutmaning.se | facebook.com/globalutmaning | twitter.com/globalut

Birger Jarlsgatan 27, 6 tr, 111 45 Stockholm | Info@globalutmaning.se | 08-787 21 50