

# Omvärldsanalys

## Global katastrofmedicin och internationella insatser

Nationellt Kunskapscentrum i Global katastrofmedicin och internationella insatser på uppdrag av Socialstyrelsen

Tidsperioden 2 oktober 2021 – 1 oktober 2022



**Karolinska  
Institutet**

## Introduktion

Detta är den andra omvärldsanalysen inom kunskapsområdet som produceras av Nationellt kunskapscentrum i global katastrofmedicin och internationella insatser, på uppdrag av Socialstyrelsen. Syftet med analysen är att upprätthålla och utveckla expertis, samt att förse målgruppen med en aggregerad lägesbild och lägesanalys, inklusive förslag till inriktning gällande svensk katastrofmedicinsk beredskap inom kunskapsområdet. Omvärldsanalysen utgår från kunskapscentrumets leveranser (omvärldsbevakningar från det gångna året och forskningsöversikten), samt deltagande i nationella och internationella expertnätverk. Omvärldsanalysen inkluderar händelser och insatser under tidsperioden 2 oktober 2021 – 1 oktober 2022. Författarna svarar för innehåll och slutsatser.

### **Aktuellt inom, och intresse för, kunskapsområdet global katastrofmedicin och internationella insatser**

I den senaste omvärldsanalysen skrev vi om att kunskapsområdet global katastrofmedicin och internationella insatser till följd av covid-19-pandemin fått en ny betydelse för svensk katastrofmedicinsk beredskap. Vi beskrev hur erfarenheter från globalt kris- eller katastrofmedicinskt arbete kan stärka den svenska beredskapen, som till exempel att lärdomar från insatser under Ebola utbrottet 2014–16 i Västafrika kunde tillämpas under covid-19 pandemin i Sverige. Pandemin har visat att utbildning, forskning och policyarbete inom området

global katastrofmedicin och internationella insatser kan vara av central betydelse för att bygga beredskap inför kommande hälsokriser. Under bevakningsperioden har kunskapsområdet återigen fått ny relevans och aktualitet i samband med Rysslands invasion av Ukraina. Anfallskriget mot Ukraina förändrade bilden av de säkerhetspolitiska förutsättningarna i Europa. Frågor om civil beredskap och totalförsvaret har dramatiskt aktualiserat behovet av ett fungerande system inom samtliga delar av samhället. Nedan beskriver vi hur covid-19-pandemin, Rysslands invasion av Ukraina och andra aktuella händelser har påverkat kunskapsområdet under bevakningsperioden.

### **Ett ökande intresse för kunskapsområdet till följd av covid-19-pandemin**

#### *Ökat fokus på pandemiberedskap*

Det finns en ökad medvetenhet för att världen under de kommande åren kommer att drabbas av fler smittsamma sjukdomsutbrott som kan leda till pandemier. Vid [The Global Pandemic Preparedness Summit](#) i mars i år sa generaldirektören för Världshälsoorganisationen (WHO) Tedros Adhanom Ghebreyesus: "Covid-19 kommer inte att vara den sista sjukdomen X. Epidemier och pandemier är ett faktum i naturen, som i vår tid förvärras av urbanisering, intrång i livsmiljöer, klimatkrisen och osäkerhet." Efter pandemin finns det ett tydligare samförstånd om behovet av en förbättrad global hälsoarkitektur för förebyggande, beredskap och insatser vid pandemier. I den senaste omvärldsanalysen skrev vi om nya globala initiativ som hade startats på området pandemiberedskap:

- Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (HERA).

Den europeiska myndigheten inrättades till följd av covid-19-pandemin och ska föregripa hot och potentiella hälsokriser genom att samla in information och bygga upp nödvändig insatskapacitet. HERA inrättades som ett nytt generaldirektorat vid EU-kommissionen den 16 september 2021.

I linje med HERA [arbetsplan för 2022](#), presenterade myndigheten en prioriteringslista över de tre största hoten mot hälsan som kräver samordning av åtgärder på EU-nivå. HERAs styrelse enades om en förteckning som omfattar tre hotkategorier av livshotande- eller på annat sätt allvarligt skadliga hälsorisker som har potential att spridas i medlemsstaterna: 1) patogener med hög pandemipotential, 2) kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot, och 3) hot till följd av antimikrobiell resistens.

Identifieringen av de [viktigaste hoten](#) inleder en process på EU-nivå för att säkerställa utveckling, produktionskapacitet och att skala upp tillverkning, upphandling och eventuell lagring av läkemedel, diagnostik, medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning samt andra medicinska motåtgärder för att säkerställa att de är tillgängliga vid behov.

- WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence

WHO:s nya nav för pandemier, med geografisk placering i Berlin, har uppdraget att förse världen med bättre data, analyser och beslut för att upptäcka och reagera på hälsokriser. Sedan september 2021 har hubben systematiskt börjat bygga upp en portfölj av projekt för att påskynda befintliga insatser och utveckla ny verksamhet. Följande är ett urval av planerade [verksamheter](#):

- Samhällsbyggande: EIOS (Epidemic Intelligence from Open Sources initiative) – ett pågående WHO-lett initiativ genom vilket hubben erbjuder integrerade lösningar till en växande global gemenskap med fokus på att dela information om alla hot/faror mot folkhälsan.

- Sammankoppling av data: Knowledge Representation and Reasoning (KR<sup>2</sup>) – ett projekt som utforskar nya sätt att koppla samman information och begrepp för att tydliggöra samband och öka analyskraft.
- Samordning av globala insatser: International Pathogen Surveillance Network (IPSN) – ett WHO-lett initiativ för att ta itu med kunskapsluckor och behov i den lokala till globala genomiska övervakningen för snabba och lämpliga folkhälsoåtgärder för patogener med pandemisk potential.

### *Större fokus på beredskap från ett "all-hazards" perspektiv*

Samtidigt som pandemier nu står i fokus finns även en ökad medvetenhet om att det måste byggas en beredskap för alla risker, ett så kallat all-hazards perspektiv. Begreppet innebär att även om hot/faror har olika ursprung (naturliga, tekniska eller samhällseliga) utmanar de ofta hälso- och sjukvårdssystemen på liknande sätt. Riskminimering, beredskap för kriser, insatser och återhämtning i samhället genomförs vanligtvis enligt liknande modell oavsett orsak. Nästa globala hälsokris kan vara något helt annat och när vi bygger för framtiden så måste vi bygga ett samhälle som kan stå emot alla typer av hot/faror. Här bör hälsosystemet ha förmåga att stå emot chocker som de olika hoten skapar. Mer kunskap behövs kring hur man bygger hälsosystemets motståndskraft och förmågor (resiliens) för detta. Pandemin har visat på vikten av att kunna hantera ett ökande antal covid-19 sjuka samtidigt som den vanliga vården ska kunna fortsätta att ges. Begreppet vårdskuld, aktuellt även i Sverige, är en tydlig illustration av detta problem.

Ett exempel på kunskapsinitiativ som har startats baserat på erfarenheter från covid-19-pandemin med en all-hazards approach är [Centrum för hälsokriser vid KI](#). Under våren 2022, bara någon vecka efter Rysslands invasion av Ukraina, inleddes verksamheten med att stötta WHO med expertresurser i Ukraina. Centrumets målsättning att bygga nästa generations

katastrofexperter genom att stimulera interdisciplinär forskning inom hälsokrisområdet och katalysera att nya utbildningar tas fram. Experter med kompetens om hur olika typer av "hazards" har knutits till centrumet och deras kompetens kan sekonderas till organisationer och myndigheter.

### *Hantering av apkoppsutbrottet i ljuset av covid-19 pandemin*

Den 23 juli 2022 förklarade WHO:s generaldirektör Tedros Adhanom Ghebreyesus att det nuvarande utbrottet av apkoppor är ett internationellt akut nödläge för folkhälsan (s.k. PHEIC). Han åsidosatte därmed WHO:s *Emergency Committee*, som med 9 mot 6 röster beslutade att inte rekommendera ett PHEIC. De som var emot framförde dels att det fanns tidiga tecken på att smittspridningen hade stabiliserats eller gått ner i vissa länder, dels att den absoluta merparten av fall hade observerats hos män som har sex med män och flera sexuella partners, vilket gör att insatser kan riktas till just denna grupp. [Flera aktörer och forskare](#) hävdade å andra sidan att beslutet var motiverat, med fall i mer än 70 länder, utan tydliga epidemiologiska kopplingar. De hävdade att fönstret för kontroll av apkoppor höll på att stängas och att det behövdes en välfinansierad global plan för att begränsa sjukdomen.

### *Lärdomar från covid-19*

Trots påstådda "lärdomar" från covid-19-pandemin om behovet av tidig begränsning av spridning, rätt budskap och en snabb lansering av diagnostik, vacciner och terapier, har vi sett liknande brister i samband med utbrottet av apkoppor. En jämlik hantering av utbrottet globalt hindras av att diagnostik, vaccin och behandlingar återigen är [koncentrerade till höginkomstländer](#). Politiska åtgärder för att höja alarmnivån och utöka tillgången till ovanstående områden har varit långsamma och fragmentariska. Vidare har [kommunikationen](#) om risk- och

begränsningsåtgärder varit genomsyrad av [förvirring och försiktighet](#).

I Sverige släpptes Coronakommissionens [slutrapport](#) strax efter att Ryssland invaderade Ukraina och rapportens resultat liksom rekommendationer "drunknade" i mediebruset. Det är anmärkningsvärt hur lite uppmärksamhet slutrapportens slutsatser har fått.

### **Ett ökande intresse för kunskapsområdet i Sverige till följd av Rysslands invasion av Ukraina**

På grund av den ryska invasionen av Ukraina förändrades också bilden av de säkerhetspolitiska förutsättningarna. Det innebär att frågor om civil beredskap och totalförsvar på ett nytt sätt än tidigare har kommit i fokus för fler aktörer i Europa.

EU och Sverige har tydligt uttryckt sin solidaritet med Ukraina och erbjudit olika former av civilskydds- och humanitärt stöd. I våra senaste omvärldsbevakningar skrev vi om olika internationella insatser i krisen. Nedan följer exempel på insatser som har varit nya eller specifika just för kriget i Ukraina.

#### *Privata läkarinsatser och donering av läkemedel*

Parallellt med stora internationella insatser dök det upp många nya privata läkarinitiativ för att hjälpa till i Ukraina. Många har velat dra sitt strå till stacken för att hjälpa de människor som har tvingats på flykt på grund av invasionen. I mars skrev [Läkartidningen](#) till exempel om den privata hjälpinsatsen Razom. Insatsen bestod dels av materiel som skickades till Ukraina, dels av frivilliginsatser av svensk vårdpersonal. Arbetet gjordes möjligt genom ett stort kontaktnät som hundratalet personer i Stockholmsområdet hade genom familj och vänner i Ukraina och Polen.

Under de första veckorna efter invasionen kontaktade många privatpersoner Läkemedelsverket och undrade om det var

möjligt att skänka egna mediciner. Läkemedelsverket [avrådde](#) från detta eftersom det kan innebära både hälsorisker och omfattande administration hos mottagarna. Läkemedelsindustriföreningen LIF [rekommenderade](#) att läkemedelsbolag gör samordnade donationer med myndigheter såsom EU-kommissionen och HERA eller att skänka pengar till etablerade hjälporganisationer.

I april donerade flera av Sveriges regioner läkemedel till Ukraina. Socialstyrelsen gick ut med en förfrågan till regionerna om de hade möjlighet att stödja sjukvården i Ukraina med läkemedel och sjukvårdsutrustning. Själva transporten samordnas av Läkemedelsverket och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Det blir intressant att följa upp hur de donerade läkemedlen användes och hur det koordinerades på plats. Vilka kommer lärdomarna bli inför nästa hälsokris?

Det kan vara en svår balansgång mellan att inte vilja "ta kål på solidariteten" genom att kritisk granska nya initiativ medan man samtidigt vill betona vikten av behovsanalyser och en ökad professionalisering av humanitära insatser. Ukraina har, utifrån resurserna, ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem. Det finns relativt gott om läkare (3/1000 personer jämfört med Sveriges 4/1000) och sjukvården är dimensionerad utifrån sjukdomsbelastningen som framför allt består av kroniska sjukdomar. Kriget har inneburit en kraftig belastning i vissa delar av landet och mängden skadade är betydlig. Men vårdpersonalen på sjukhusen i landet är kapabla och har hittills hjälpligt klarat av att hantera vården.

Även om stöd med internationella läkarinsatser och donering av läkemedel kan vara värdefulla, handlar behovet idag mer om specialister som kan hantera komplexa skador, inom exempelvis rekonstruktiv extremitetskirurgi och rehabilitering. Internationella insatser bör främst bidra med koordinering, material och utbildning, och deras roll är främst att upprätthålla och stärka det befintliga systemet. Det är en annorlunda



situation jämfört med katastrofinsatser i låginkomstländer där utgångsläget är en bristfällig sjukvård. På längre sikt kan det dock utvecklas behov där internationell personal kan bidra direkt. Men sådana insatser måste vara efterfrågade och ske koordinerat samt hålla internationella standarder. En mekanism för detta är [WHO:s Emergency Medical Teams \(EMT\)](#).

### *Fokus ifrån andra humanitära kontexter*

Det är förståeligt att det internationella fokuset ligger på återkomsten av väpnade konflikter i Europa. Men vid sidan av denna kris pågår allvarliga humanitära kriser runt om i världen som förvärras av prisökningarna på olja och livsmedel. Det kommer att få betydande konsekvenser för miljontals människor som är beroende av humanitärt stöd, om det internationella samfundet försummar konflikternas mer omfattande risker genom att enbart reagera på den omedelbara krisen i Ukraina.

Under de senaste åren har fyra givare stått för den stora majoriteten av [finansieringen](#) till följd av FN:s vädjanden om humanitärt stöd. År 2021 stod USA, Tyskland, Storbritannien och EU för nästan 70 procent av det globala svaret på FN:s årliga vädjan.

I EU:s och Storbritanniens fall tillförs inga nya resurser för Ukraina vilket innebär att annat humanitärt stöd kommer att minska i takt med att medel omdirigeras. I EU:s fall omfattar budgeten en sjuårsperiod, vilket gör det möjligt för Europeiska kommissionen att tidigarelägga sin budget från de följande åren för att hantera krisen i Ukraina. I Storbritanniens fall kan detta dock innebära ytterligare nedskärningar i länder som Sydsudan och Syrien, utöver de nedskärningar som redan genomförts sedan 2020. I USA är det nya stödet till Ukraina betydande men den återstående humanitära budgeten har skurits ned med 1 miljard dollar jämfört med 2021. I mars offentliggjorde den tyska regeringen ett nytt budgetförslag för 2022 som godkänner en omfördelning av 39 miljoner euro till Ukraina och

dess grannländer. Det verkar därför som om de fyra största finansiärerna kommer att ge mindre humanitärt stöd till andra länder än Ukraina under 2022 än vad de har gjort under de senaste åren.

Givarna måste se till att deras humanitära stöd inte begränsas till de brådskande behoven i Ukraina och att redan existerande kriser inte får ett "uppmärksamhetsunderskott".

Men frågan sträcker sig bortom finansieringen. Under de första dagarna av kriget i Ukraina omplacerades insatspersonal från hela världen för att möta skarorna av utmattade flyktingar som flydde från Rysslands invasion. Den sakkunskap som denna personal tillhandahöll var avgörande och viktig i den extraordinära flyktingsituationen. Trots detta kan den massiva personalflyttningen ha visat sig vara problematisk eftersom insatspersonal som lämnats kvar i andra delar av världen [har sagt](#) att frånvaron av deras kollegor – i kombination med stigande kostnader och krympande resurser – har gjort att de inte har kunnat arbeta med full kapacitet.

Humanitära insatser i Ukraina handlar också om strategiskt bistånd. Länder som ger hjälp till Ukraina gör det inte bara av altruistiska skäl, utan snarare för att skydda sin egen säkerhet och sin position i internationell politik. Rysslands attack mot Ukraina ses av västliga biståndsgivare som en attack på den existerande demokratiska världsordningen.

Med det ökande antalet komplexa humanitära kriser i världen [säger experter](#) att den humanitära sektorns nuvarande tillvägagångssätt för att bemöta kriser blir alltmer ohållbart – för att inte tala om att det kan vara farligt med snabba omfördelningar av humanitära bidrag och personalflyttningar.

*Nytt med fler internationella insatser i medelinkomstländer*

De senaste åren, med början i konflikten i Syrien och nu exemplifierat av kriget i Ukraina, har inneburit ett skifte för

internationella insatser. Från att ha varit fokuserat mot låginkomstländer är nu medelinkomstländer mer i fokus. Det har inneburit ett systemskifte för typ av insats, då behov och förmågor varierar stort mellan dessa kontexter. Ett låginkomstland domineras av yngre befolkning (hälften av befolkningen under 20 år), smittsamma sjukdomar, förlossningskomplikationer och undernäring i en kontext som lider brist på resurser och sjukvårdskapacitet. Som exempel finns det i DR Kongo 0,07 läkare/1000 personer och sjukvårdsutgifterna är 18 USD/capita (vilket kan jämföras med Sveriges 6 000 USD/capita). Medelinkomstländer domineras däremot av en äldre befolkning med framför allt kroniska sjukdomar och ofta ett hälsosystem som har utbildad personal. Insatser vid katastrofer i låginkomstländer är på det sättet fundamentalt olika och global katastrofmedicin har i och med skiftet fått andra förutsättningar. Omställningen till den nya kontexten är för en organisation som till exempel Läkare utan Gränser fundamental. Det är inte längre behovet av internationella läkare och sjuksköterskor som dominerar, utan snarare mediciner och diagnostik samt tillgång till vård för äldre kroniskt sjuka som är prioritet. Det går inte att ta över och ersätta ett befintligt hälsosystem i stället handlar det främst om att finna luckor där behov finns och där stöd är välkommet och efterfrågat. Man måste därför kunna arbeta inom systemet på ett helt nytt sätt. Det gör att varje katastrof måste bedömas utifrån kontext för att definiera tydligt anpassade insatser utifrån behov.

## **Trender och framåtblickande**

Nedan följer exempel på andra processer som kommer påverka och förändra kunskapsområdet globalt och i Sverige.

### **Skärningspunkten mellan katastrofmedicin, klimatförändringar och hälsa**

Klimatförändringar påverkar människors hälsa och välbefinnande. Effekterna på folkhälsan väntas öka både globalt

och i Sverige, framför allt genom att förstärka redan befintliga risker och sårbarheter.

I februari i år presenterade FN:s klimatpanel IPCC en ny [rapport](#) med resultat från forskningen om observerade effekter av klimatförändringen på hälsa och välbefinnande. Panelens slutsatser baseras på en utvärdering av underliggande evidens och dess överensstämmelse. Konfidensnivåer beskrivs med hjälp av fem nivåer: mycket låg (dvs. högst otroligt), låg (dvs. mindre troligt), medelhög (dvs. troligt), hög (dvs. mycket troligt) och mycket hög (dvs. högst troligt). Nedan listas några av de viktigaste sammanfattningarna från rapporten.

- Klimatförändringen har haft negativ påverkan på människors fysiska hälsa på global skala (högst troligt) och på människors psykiska hälsa i de regioner för vilka utvärdering har genomförts (högst troligt).
- I alla regioner har extrema värmerelaterade händelser resulterat i mänsklig dödlighet och sjuklighet (högst troligt).
- Förekomsten av klimatrelaterade livsmedelsburna och vattenburna sjukdomar har ökat (högst troligt).
- Frekvensen hos vektorburna sjukdomar har ökat genom att utbredningsområdena utökats och/eller genom ökad reproduktion av sjukdomsvektorer (mycket troligt).
- Sjukdomar som drabbar djur och människor, inklusive zoonoser, uppkommer nu i nya områden (mycket troligt).
- Riskerna för vatten- och livsmedelsburna sjukdomar orsakade av klimatkänsliga vattenlevande patogener, inklusive *Vibrio* spp. (mycket troligt), och av toxiska substanser från skadliga cyanobakterier i sötvatten (troligt) har ökat regionalt.
- Även om diarrésjukdomar har minskat globalt, har förekomsten av diarrésjukdomar, inklusive kolera (högst troligt) och andra gastrointestinala sjukdomar (mycket troligt) ökat på grund av högre temperaturer, ökad nederbörd och ökade översvämningar.

- I utvärderade regioner associeras vissa utmaningar för mental hälsa med ökande temperaturer (mycket troligt), trauma från extrema väder- och klimathändelser (högst troligt) och förlust av försörjningsmöjligheter och kultur (mycket troligt).
- Ökad exponering för rök från bränder, atmosfäriskt damm, och luftburna allergener är kopplat till hjärt- och lungsjukdomar (mycket troligt).
- Hälsovård har störts av extrema händelser såsom översvämningar (mycket troligt).

Några av de största direkta hoten utgörs av brist på mat och rent vatten, värmeböljor samt ändrade sjukdomspanorama. Men de sekundära effekterna kan bli minst lika allvarliga med en ökad risk för konflikter på grund av brist på mat, vatten och odlingsbar jord, och ökad migration. Effekterna på människors psykiska hälsa kan också bli mer betydande, främst för de som direkt drabbas vid extrema väderhändelser men också i form av ökad oro och ångest över vad ett ändrat klimat kan medföra.

Effekterna globalt är mycket ojämnt fördelade, och temperaturökningen kommer drabba låginkomstländer hårdast. Icke desto mindre ser vi redan nu negativa effekter av klimatförändringar på folkhälsan i Europa och Sverige.

Folkhälsomyndigheten har i sin [handlingsplan](#) identifierat värmeböljor och fästingburna sjukdomar som de största klimatrelaterade riskerna för folkhälsan i Sverige både sett till allvarlighetsgrad och sannolikhet. Sommaren 2022 och dess höga temperaturer både i Europa och runt om i världen har varit ytterligare en tydlig påminnelse om att vi behöver hantera extremväder såsom värmeböljor i vår vardag. [Det nationella expertrådet för klimatanpassning](#) varnar i en rapport från februari också om att det behövs en bättre samverkan och samordning mellan myndigheter när det gäller kunskap och information om hälsokonsekvenser av framför allt värmeböljor. De skriver att Sverige saknar kunskap om konsekvenserna för

befolkningens hälsa i händelser av värmeböljor, översvämningar, torka och andra klimatrelaterad händelser.

I [rapporten](#) skriver rådet även om transnationella klimateffekter. Där nämns att Sveriges beroenden och utsatthet för klimatrisker utanför våra gränser behöver ses över då effekterna kan påverka folkhälsan. Klimatförändringar i andra länder kan påverka Sveriges tillgång till importerade livsmedel, bränslen, läkemedel och vaccin. Effekterna kan även påverka människors rörelsemönster världen över på ett sätt som har konsekvenser för människors hälsa, såsom ökad risk för oförutsedd spridning av nya infektionssjukdomar från områden där ett ändrat klimat lokalt bidragit till ökad smittspridning.

Sammanfattningsvis kommer klimatförändringarna vara en av de tyngsta drivkrafterna för framtida instabilitet och konflikter. Även i ett tioårigt tidsperspektiv förväntas klimatförändringarna bidra till ökad instabilitet i flera regioner genom påverkan på livsmedelsproduktion, vattenbrist och ökad förekomst av extremväder.

### **Fler komplexa kriser i världen**

En analys av [FN:s globala humanitära översiktsrapport](#) från 2017 till 2022 visar tydligt på den ökande trenden för människor i nöd. År 2022 kommer 274 miljoner människor att behöva humanitärt bistånd och skydd. Detta antal är en betydande ökning från 235 miljoner människor för ett år sedan, vilket redan var den högsta siffran på flera årtionden. Covid-19-pandemin har förvärrat situationen på de mest utsatta platserna men trenden föregår pandemin och drivs av konflikter och klimatförändringar.

Under de senaste årtiondena har humanitära kriser också blivit mer komplicerade, mer långvariga och svårare att hantera. Kriser innebär alltid utmaningar men de blir än mer komplicerade när de kombineras med politiska kriser,

klimatförändringar och konflikter. Det är vad inom den humanitära sektorn kallas för "komplexa humanitära kriser".

FN anser att en komplex humanitär kris är en kris som har flera orsaker. Ett sammanbrott i myndighetssystemet eller otillräcklig kapacitet förhindrar ofta adekvata insatser från regeringen som är ytterst ansvarig för att tillgodose behoven hos de drabbade i ett land.

Kännetecknen för komplexa humanitära kriser är bland annat följande.

- Ett stort antal civila offer, fördrivna befolkningar, mänskligt lidande i stor skala.
- Det behövs ett betydande internationellt bistånd och insatsen går utöver det mandat eller den kapacitet som ett enskilt organ har.
- Leverans av humanitärt bistånd hindras eller förhindras av parterna i konflikten.
- Höga säkerhetsrisker för personal som tillhandahåller humanitärt bistånd.

Nedan följer exempel på olika typer av komplexa humanitära kriser med avseende på egenskaper, omfattning och humanitära behov som vi har skrivit om i de senaste omvärldsbevakningarna.

### Haiti

Landet är regelbundet utsatt för naturkatastrofer och effekterna av klimatförändringarna och står inför återkommande socioekonomiska och politiska utmaningar. År 2022 behövde 43 procent av befolkningen humanitärt bistånd. Det pågående våldet mellan olika gänggrupperingar i Haiti har förvärrat internflykt och begränsat det humanitära tillträdet.

### Afghanistan

Afghanistan har genomlidit årtionden av krig, återkommande naturkatastrofer, kronisk fattigdom, torka och osäker

livsmedelsförsörjning, vilket har lett till att mer än hälften av landets befolkning är i behov av humanitärt bistånd. FN varnar för att fattigdomen kan bli nästan allomfattande och drabba upp till 97 procent av befolkningen och att 1,1 miljoner barn under fem år lider av den allvarligaste formen av undernäring. En nationell torka förklarades officiellt i juni 2021 och är den värsta på över 30 år. Afghanistans humanitära kris har politiska och ekonomiska rötter som förvärrades när talibanerna tog över makten i augusti 2021. Jordbävningen som drabbade sydöstra Afghanistan i juni 2022 visade hur en plötsligt inträffad katastrof kan förvärra en redan komplex humanitär kris.

### Etiopien

Etiopien har gjort betydande framsteg i utvecklingen under det senaste decenniet. Kombinationen av den senaste tidens upptrappade och brutala interna konflikt, klimatchocker, kränkningar av de mänskliga rättigheterna, sjukdomsutbrott och de socioekonomiska konsekvenserna av covid-19 har dock lett till att de humanitära förhållandena har försämrats. År 2022 behövde 25,9 miljoner människor humanitärt bistånd och landet är på gränsen till hungersnöd i juli 2022. Situationen i regionen Tigray förvärras dag från dag, runt fyra miljoner är på flykt, en halv miljon människor saknar mat och är beroende av hjälpsändningar som har allt svårare att nå den drabbade befolkningen som blir alltmer isolerad. Bristfällig information och svårigheter för journalister att ta sig in i Tigray gör att det saknas uppdaterad information men allt talar för att den humanitära situationen blir alltmer desperat.

Situationen i Tigray har på ett obehagligt sätt hamnat i skuggan av kriget i Ukraina och är en smärtsam indikator på att världen har svårt att hantera flera kriser samtidigt. Särskilt svårt blir det när kriserna är politiskt komplexa och det inte finns några tydliga lösningar i sikte.



## Centrala perspektiv och begrepp inom kunskapsområdet

Vi har observerat ett antal begrepp som under de senaste åren har börjat användas mer när det bedrivs forskning och policyarbete inom kunskapsområdet. I första avsnittet av denna rapport beskrev vi exempelvis det engelskspråkiga begreppet "all hazards" (alla typer av hot/faror) som har blivit ett centralt begrepp för att beskriva hur katastrofmedicinsk beredskap måste innefatta förmågor att hantera alla möjliga hot och de hälso- och sjukvårdsproblem som kan följa. Nedan beskriver vi två ytterligare begrepp inom kunskapsområdet som används ofta för att beskriva och förstå katastrofmedicinska processer. Begreppen behöver ännu tydliggöras och översättas till en svensk kontext.

### *Hälsosystemresiliens (health system resilience)*

[OECD](#) beskriver hälsosystemresiliens som hälso- och sjukvårdssystemens förmåga att inte bara planera för chocker, som till exempel pandemier, utan också att minimera de negativa konsekvenserna av sådana störningar. Dvs. att återhämta sig så snabbt som möjligt och anpassa sig genom att dra lärdomar av erfarenheterna för att bli bättre förberedda.

Förbättrad motståndskraft kan leda till att hälso- och sjukvårdssystem och samhällen får en ökad förmåga att reagera snabbare och effektivare på nya utmaningar. Att säkerställa ett motståndskraftigt hälso- och sjukvårdssystem kommer vara en utmaning för många stater under de kommande åren. Detta kräver välgrundade data och analyser, evidensbaserade investeringsbeslut samt en noggrann omformning av hälso- och sjukvårdssystemen.

Det finns ett växande intresse och en växande evidensbas för begreppet och tillämpningen av "health system resilience", vilket har utlösts av nyligen inträffade och pågående kriser på folkhälsoområdet. Efter Ebolautbrotten och covid-19-pandemin

har diskussionen om resiliens blivit allmänt spridd inom det internationella hälsosamfundet och ämnet har fått stor uppmärksamhet under åren. I maj tog exempelvis världshälsoorganisationen (WHO) fram en [guide](#) med titeln "Health systems resilience toolkit". Den ska fungera som ett kompendium av tekniska resurser för att hjälpa länder att stärka motståndskraften i sina hälso- och sjukvårdssystem och ger teknisk grund och klarhet om konceptualisering och operationalisering av hälsosystemresiliens.

### *Beredskapskapacitet (surge capacity)*

Surge capacity syftar på möjligheten att öka kapaciteten vid katastrofer och stora olyckor. Covid-19-pandemin har ytterligare aktualiserat behovet av att det bör finnas en beredskapskapacitet för att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter (surge capacity) till länders hälso- och sjukvård vid masskadehändelser och andra kriser.

Även om det inte finns någon enskild definition eller mätstandard för surge capacity finns det en allmän överenskommelse om dess nyckelkomponenter som kallas "de fyra S:en": "staff", "stuff", "structure" och "system". Med "staff" avses personal, med "stuff" materiel och utrustning, med "structure" inrättningar och med "system" management strategier och processer.

Med utgångspunkt i dessa komponenter kan surge capacity beskrivas som förmågan att ha/få tillgång till tillräcklig personal, materiel och utrustning, strukturer och system. Detta är en grund för att kunna ge tillräcklig vård och tillgodose de omedelbara behoven då en ökad tillströmning av patienter sker vid en allvarlig händelse eller katastrof.

Begreppet belyser därmed vikten av att inte bara ha tillräckligt med personal, utan det behövs organisatoriska stöd, resurser och ett system som tillser att personal har tillgång till resurser och beredskapskompetens så att systemet fungerar vid

“normaltillstånd”, för att ha förmåga till skala upp vid katastrof-händelser. En förutsättning för en välfungerande beredskap är att personalen har organisatoriskt stöd att hantera etiskt svåra situationer och etisk stress, begrepp som fått enorm uppmärksamhet under covid-19 pandemin.

### **Emergency Medical Teams (EMT)-initiativet**

Kunskapscentrum för global katastrofmedicin har beskrivit EMT-initiativet i flera omvärldsbevakningar. Nedan följer en uppdatering om initiativet med perspektiv och insikter från det [globala EMT-mötet](#) som ägde rum i Armenien den 5–7 oktober.

WHO:s Emergency Response Framework har tre hörnpelare för sitt operativa arbete i katastrofer. 1) Att genom “global health cluster” samordna internationella organisationer som verkar inom hälsosektorn, 2) att vid utbrott skicka experter via Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) och 3) Emergency Medical Teams (EMT) systemet som bidrar med “surge capacity” för klinisk vård i katastrofer.

Det nystartade Centrum för hälsokriser vid KI är medlemmar i GOARN och har under året fått flera förfrågningar om att bidra med stöd, exempelvis med Infection Prevention and Control experter till Ebolautbrottet i Uganda. Avseende EMT utvecklas den mekanismen snabbt och blir en allt viktigare aktör vid katastrofer, bland annat i Ukraina. Under hösten har Kunskapscentrum för global katastrofmedicin på uppdrag av WHO genomfört workshops för att stötta hälsomyndigheternas i Ukraina att utveckla 21 egna EMT, typ 1/mobila vårdcentraler som nu används i de nyligen befriade områdena i östra delen av landet.

I början av oktober genomfördes det femte globala EMT-mötet i Armenien. Drygt 500 deltagare från 110 länder samlades i Jerevan för att dela erfarenheter och diskutera strategier inför de kommande fem åren. Flera intressanta förslag avhandlades, såsom vikten av snabba och systematiska analyser av kontext

och behov för att skräddarsy insatser. En tydlig metodologi behövs men resultatet, som kan styra insats storlek och typ, måste vara tillgängligt inom timmar efter att en katastrof skett. Det ställer höga krav på analyserna som måste vara operativa men också kunna ta hänsyn till politik och kontext. KcKM bidrar genom sin forskning och det nära WHO-samarbetet till att utveckla analysmetoderna. Fokus för EMT-mekanismen har skiftat från en global responsmekanism för fältsjukhus till att systematiskt stödja regioner och länder att bygga sina egna förmågor till klinisk "surge capacity" vid kriser och katastrofer. Behovet av internationella fältsjukhus har ytterligare minskat och de som skickas måste vara interoperabla, dvs. vara redo att verka brett och över flera sektorer och inkludera akutvård av kroniska sjukdomar. Det går att tänka sig att EMT med geriatrisk kompetens framgent kan vara aktuella, då denna grupp är extra sårbar och kan behöva specifik vård. Medan det generella behovet har minskat kvarstår behov av spetskompetens.