

Omvärldsanalys

Global katastrofmedicin och internationella insatser

Kunskapscentrum inom global
katastrofmedicin och internationella insatser
på uppdrag av Socialstyrelsen

Tidsperioden oktober 2024 – oktober 2025



**Karolinska
Institutet**

Innehåll

Introduktion.....	3
Globala konflikttrender	4
Ökning av våld mot civila.....	4
Attacker mot sjukvården ökar globalt	5
Hälsoinsatser i pågående konflikter	7
Humanitära hälsoresponser i Gaza.....	7
Militarisering av humanitära insatser	8
Leveranser av nödhjälp från luften	9
Medicinska evakueringar	9
Trender inom globalt humanitärt bistånd	10
Globala hälsobiståndet minskar.....	11
Humanitära systemet kräver omstrukturering.....	11
Nytt pandemiföredrag	13

Introduktion

Detta är den femte omvärldsanalysen inom kunskapsområdet som produceras av Kunskapscentrum inom global katastrofmedicin och internationella insatser, på uppdrag av Socialstyrelsen. Kunskapscentrumet tillhör forskargruppen Globalkatastrofmedicin – hälsobehov och insatser, vid institutionen för global folkhälsa på Karolinska Institutet.

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 (tidigare omvärldsbevakningar och forskningsöversikter), samt nationella och internationella expertnätverk som vi deltagit i eller tagit del av. Omvärldsanalysen inkluderar händelser och insatser under tidsperioden oktober 2024 – oktober 2025. Författarna svarar för innehåll och slutsatser.

I den första omvärldsanalysen (oktober 2021) skrev vi om att kunskapsområdet global katastrofmedicin och internationella insatser fått en ny betydelse för svensk katastrofmedicinsk beredskap till följd av covid-19-pandemin. Vi beskrev hur erfarenheter från globalt kris- eller katastrofmedicinskt arbete kan stärka den svenska beredskapen, som att lärdomar från insatser under Ebola utbrottet 2014–16 i Västafrika och i DR Kongo 2018–2020 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 för den andra omvärldsanalysen (oktober 2022) fick kunskapsområdet återigen ny relevans och aktualitet i

samband med Rysslands invasion av Ukraina. Anfallskriget mot Ukraina förändrade bilden av de säkerhetspolitiska förutsättningarna i Europa. Det har inneburit att frågor om civil beredskap och totalförsvaret på ett nytt sätt än tidigare har kommit i fokus för fler aktörer i Europa.

Under bevakningsperioden för den tredje omvärldsanalysen (oktober 2023) fick Sveriges ansökan om Natomedlemskap stor uppmärksamhet, samt att det har lagts mer fokus på hälso- och sjukvården som en del av totalförsvaret.

Under bevakningsperioden för den fjärde omvärldsanalysen har framför allt situationen i Gaza och Sudan varit i fokus. Omvärldsanalysen fokuserade på ökningen av antalet konflikter i världen och analyserade hälsoinsatserna.

Under denna bevakningsperiod (den femte omvärldsanalysen), har konflikter åter stått i centrum, och hur alternativa humanitära insatser har vuxit fram i konfliktmiljöer där beprövade sätt att ge nödhjälp inte kunnat genomföras. Analysen belyser också den pågående debatten om behovet av att omstrukturera den humanitära sektorn.

Tidigare omvärldsanalyser vars innehåll fortfarande är relevanta för att beskriva området global katastrofmedicin och internationella insatser går att hitta på vår [hemsida](#). Vi skickar också gärna äldre omvärldsanalyser till intresserade direkt via mejl. Kontakta oss på kckatastrofmedicin.gph@ki.se.

Globala konflikttrender

Ökning av våld mot civila

Aldrig tidigare har antalet väpnade konflikter varit så högt världen över. I förra årets omvärldsanalys skrev vi om hur antalet väpnade konflikter i världen nådde en historiskt hög nivå under 2023. Under bevakningsperioden ökade antalet konflikter och krig ytterligare. [Statistik](#) från Uppsala Conflict Data Program (UCDP) registrerade 61 aktiva konflikter där minst en stat var inblandad under 2024, en ökning från 59 året innan och det högsta antalet sedan statistiken började registreras 1946.

Men trots den kraftiga ökningen i antalet konflikter och krig, visar deras [statistik](#) också att det totala antalet dödsfall minskade något under 2024. Konflikten i Ukraina fortsätter att vara den mest dödliga i världen, med uppskattningsvis 76 000 stridsrelaterade dödsfall

under 2024. I Mellanöstern har Israels krig i Gaza och mot Hizbollah i Libanon lett till ett stort antal döda, särskilt bland civila. Enligt [statistik](#) från UCDP uppgick antalet döda i dessa två konflikter till omkring 26 000, varav 94 procent var civila eller av okänd identitet. I Gaza har endast två procent av dödsfallen kunnat klassificeras som medlemmar av en stridande part, medan 48 procent noterats som civila.

Enligt UCDP har det blivit allt svårare att skilja civila från medlemmar i väpnade grupper. Utmaningen är särskilt stor i sammanhang där gränsen mellan civil och stridande är otydlig, eller där våldet är urskillningslöst – exempelvis vid flygbombningar i tätbefolkade områden. Under 2024 ökade våldet som riktas mot civila avsevärt. Enligt UCDP [registrerades](#) totalt 13 900 civila dödsfall till följd av sådana riktade attacker – en ökning med 31 procent jämfört med året innan. Bristen på respekt för internationell humanitär rätt (IHL) fortsätter att vara den enskilt största utmaningen för att skydda civila i väpnade konflikter, enligt [Internationella rödakorskommittén](#).

Den globala ökningen av konflikter utgör en allvarlig och oroande trend. Vissa hälsokonsekvenser, såsom förstörda vårdinrättningar och skadade civila, är en tydlig konsekvens, medan andra mer indirekta effekter är svårare att fånga och förstå utsträckningen av. Samhällen som drabbas av konflikt är särskilt sårbara för en rad folkhälsohot, däribland sjukdomsutbrott, könsbaserat våld, psykisk ohälsa, bristande mödra- och barnhälsovård samt osäker livsmedelsförsörjning. Icke-smittsamma kroniska sjukdomar utgör dessutom ett växande, men ofta förbiset, hot i konfliktmiljöer. Tillstånd som hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes förvärrar de utmaningar som redan utsatta befolkningsgrupper står inför och belastar ytterligare redan instabila hälsosystem. Trots att kroniska sjukdomar blir allt vanligare även i konfliktdrabbade områden, hamnar de ofta i skymundan när resurserna måste fördelas mellan konkurrerande behov – från infektionssjukdomar till mödravård och traumavård, där det sistnämnda oftast får mer medialt genomslag och resurser kanaliseras till masskadehändelser.

Attacker mot sjukvården ökar globalt

I den senaste omvärldsanalysen skrev vi om att attacker mot sjukvården ökar globalt. Under 2023 dokumenterades det högsta antalet attacker under de senaste tio åren. Denna trend har förvärrats det senaste året. Aldrig tidigare har Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC), en koalition bestående av flera NGO:er, registrerat så många [rapporterade incidenter](#) av våld mot hälso- och sjukvård i

konflikter som under 2024. SHCC identifierade 3 623 incidenter under 2024, vilket innebär en ökning med 15 % jämfört med 2023 och en ökning med 62 % jämfört med 2022. Denna ökning drevs av intensivt och ihållande våld mot hälso- och sjukvård i Libanon, Myanmar, det ockuperade palestinska territoriet, Sudan och Ukraina. Men ökningen kan också delvis förklaras av att fler länder har rapporterat incidenter.

[Ny forskning](#) pekar på ett grundläggande skifte som verkar ha ägt rum under det senaste decenniet. Typen av förövare vid attacker mot hälso- och sjukvård har förändrats där skillnaden handlar om statliga eller icke-statliga aktörer. Utifrån den data som finns, fanns det före 2010 en tydlig trend att väpnade grupper utan statlig koppling var de huvudsakliga förövarna. Idag ser vi många krig där den främsta, om inte uteslutande, förövaren är kopplad till stater – vare sig det handlar om militär, paramilitär, polis eller annan form av statlig styrka.

Humanitära organisationer har under bevakningsperioden uppmärksammat hur allvarliga säkerhetsincidenter mot personal och patienter har ökat markant. I Läkare utan Gränser rapport [Sjukvård under Attack](#), en analys av organisationens säkerhetsstatistik 2024, beskrivs att i takt med att attackerna blir fler och mer hänsynslösa, det blir allt svårare för Läkare utan Gränser att utföra sina insatser. Men det är inte bara hälsopersonal som utsätts för allt fler risker. Olika humanitära organisationer har [varnat](#) för att 2025 är på väg att bli det farligaste året hittills för biståndsarbetare generellt. Under de senaste fem åren har de farligaste länderna för hjälparbetare varit det ockuperade palestinska territoriet, följt av Sydsudan och Sudan. 2024 var redan det dödligaste året som registrerats, med 383 hjälparbetare dödade.

De frågor som aktualiserats i samband med fler attacker mot sjukvården och humanitär personal globalt är om krigets lagar har förlorat sin relevans – eftersom de inte respekteras. Just nu ser det ut som att trenden med ökade attacker mot hälso- och sjukvården kommer att fortsätta, även om pågående konflikter och krig skulle ta slut. Användningen av kraftigt explosiva vapen där man inte gör åtskillnad mellan civila och militära strukturer, och där vårdinrättningar medvetet attackeras, har blivit ett slags "nytt normaltillstånd". Avsaknaden av ansvarsutkrävande och bristande respekt för folkrätten är ett centralt problem, som gör att attackerna mot hälso- och sjukvården fortsätter och att de begås med strafffrihet. Ansvar kan utkrävas i form av rättsliga åtal, men sådana processer tar lång tid och avslutas vanligtvis först efter att

konflikten är över. Mer omedelbara sätt att agera, utöver att systematiskt dokumentera attackerna, är ofta beroende av politisk vilja. I den senaste omvärldsanalysen listade vi några rekommendationer från [Safeguarding Health in Conflict Coalition \(SHCC\)](#) om hur problemet kan bekämpas, som går att läsa [här](#). Kunskapscentrums medarbetare fick i september 2025 vid ett möte med utrikesminister Maria Malmgård Stenergard påtala det orimliga i att attacker mot sjukvård sker och att Sverige bör ta större ansvar för att fastställa ansvar för detta.

Hälsoinsatser i pågående konflikter

Nedan följer en beskrivning av den humanitära hälsoresponser i Gaza för att illustrera utmaningarna med att genomföra hälsoinsatser i aktuella pågående konflikter. Se [tidigare](#) omvärldsanalys för beskrivningar av hälsoinsatser i andra konfliktmiljöer, som till exempel i Ukraina och Sudan. Den pågående krisen i Gaza illustrerar några av de främsta utmaningar med att bedriva medicinska insatser i konfliktmiljöer, som ovannämnda attacker mot sjukvården samt en militarisering och politisering av humanitärt bistånd.

Humanitära hälsoresponser i Gaza

Sedan oktober 2023 har befolkningen i Gaza utsatts för en oavbruten och eskalerande konflikt. Civil infrastruktur, inklusive sjukhus, primärvårdscentraler och andra vårdinrättningar, har skadats allvarligt eller förstörts, vilket har gjort att majoriteten av dem inte längre är i bruk. Samtidigt har allvarlig brist på läkemedel, medicinsk utrustning, elektricitet, vatten och bränsle, i kombination med bristen på säkerhet för personal, lamslagit Gazas hälso- och sjukvårdssystem och hindrat befolkningen från tillgång till nödvändig vård.

I augusti 2025 publicerade den FN-stödda Integrated Food Security Phase Classification (IPC) [en rapport](#) som konstaterar att svält råder i Gaza stad med omnejd. Svält innebär enligt IPC att det finns en extrem brist på mat och att människor är oförmögna att göra något åt det. För klassificeringen krävs "extremt kritiska nivåer av akut undernäring och dödlighet". Svälten i Gaza är ett resultat av en komplex samverkan mellan långvarig blockad, systematisk förstörelse av civil infrastruktur och begränsad tillgång till humanitär nödhjälp. Israel har vid upprepade tillfällen stoppat eller kraftigt begränsat inflödet av humanitärt bistånd. Utöver blockaden har humanitära aktörer också mött [byråkratiska restriktioner](#) som till exempel nya förfaranden som har krävt att hjälporganisationer delar känslig

information om sin personal. Organisationer som Läkare utan gränser och Emergency Medical Teams (EMT) har i viss utsträckning kunnat bedriva mobila kliniker i Rafah, men har mött många [utmaningar](#).

I stället för att kunna säkra livräddande humanitär hjälp genom den etablerade vägen via lastbilar över landgränserna har det uppkommit alternativa sätt som har kritiserats för att vara ineffektiva och bryta mot humanitär rätt, men ändå kallas "humanitära". Nedan följer två exempel:

Militarisering av humanitära insatser

Under bevakningsperioden har flera humanitära aktörer och organisationer som arbetar för mänskliga rättigheter uppmärksammat en militarisering av humanitärt bistånd, främst i samband med den nya stiftelsen [Gaza Humanitarian Foundation](#) (GHF).

Enligt internationell humanitär rätt har Israel, som ockupationsmakt, bindande skyldigheter gentemot den befolkning som står under dess kontroll. Enligt Genèvekonventionen och Haagreglementet ska civila i ockuperade områden skyddas och ges tillgång till grundläggande tjänster. Humanitära hjälpinsatser ska skyddas och underlättas, men måste också strikt respektera principerna om humanitet, neutralitet, opartiskhet och oberoende. Stiftelsen GHF inrättades av Israel med stöd från USA för att ta över funktioner som tidigare utfördes av FN-organ, framför allt UNRWA – FN:s hjälporganisation för palestinska flyktingar. I mars 2025 [tvingades](#) FN stänga ned sitt matdistributionssystem, som tidigare omfattade omkring 400 utdelningsplatser.

Enligt information från GHF själva hade stiftelsen som mål att tillhandahålla mat, vatten, medicin, skydd och återuppbyggnadsstöd till "dem som drabbats av konflikten i Gazaremsan". I militariserade zoner delade GHF ut mat till Gazaborna, men har numera ställt in sin verksamhet på grund av förlorad finansiering, omfattande kritik och [krav på avveckling](#) från FN-expert och humanitära organisationer.

Matutdelningarna av GHF var militariserade, med militär personal och privata säkerhetsföretag som övervakade distributionen, vilket strider mot internationell humanitär rätt. Enligt [flera rapporter](#) var de också kaotiska och farliga; säkerhetsstyrkorna sköt mot civila som sökte nödhjälp, vilket resulterade i dödsfall och skadade. Läkare Utan Gränser kliniker tog under våren emot 1 380 skadade (71 barn), varav 28 döda, efter våld vid GHF:s matutdelningar. Organisationen beskrev matutdelningen som ["orkestrerat dödande – inte nödhjälp"](#).

Internationella rödakorskommitténs (ICRC) fältsjukhus [rapporterade i juli](#) över 2 000 vapenrelaterade skador vid över 21 separata masskadehändelser vid matutdelningsplatserna, samt över 200 dödsfall.

Det är en oroande trend att privata aktörer som agerar utifrån andra principer eller drivkrafter kallar sig för "humanitära aktörer". Enligt internationell humanitär rätt får nödhjälp aldrig kontrolleras av en krigförande part för att främja sina militära mål. Det har blivit tydligt att de humanitära principerna utmanas alltmer. Organisationer som Röda Korset har [varnat](#) för när humanitära principer används godtyckligt eller ignoreras, så riskerar det att även radera förtroendet för oberoende humanitära aktörer.

Leveranser av nödhjälp från luften

En annan omstridd typ av insats som har återupptagits i Gaza under bevakningsperioden är sändningar av mat från luften med fallskärmar. Under sommaren har flera länder (bland andra EU-länder som [Spanien](#), [Tyskland](#) och [Danmark](#)) bidragit med att leverera nödhjälp via luften. Metoden att släppa mat från luften genomfördes i Gaza under 2024, men avslutades på grund av [rapporter](#) om hur människor krossades av matpaket. Enligt [FN:s livsmedelsprogram](#) är kostnaderna för luftburna leveranser (flygplan, bränsle, personal) upp till sju gånger högre än för vägtransport. Samtidigt skulle en lastbilskonvoj kunna leverera mer mat än ett dussintal flygningar. Dessa överväganden, tillsammans med de risker som är förknippade (särskilt i tätbefolkade områden där människor riskerar att träffas av lasten eller skadas när folkmassor rusar mot nedsläppsområdet), gör att luftburna leveranser av erfarna humanitära aktörer endast bör vara en sista utväg, när alla andra transportsätt är omöjliga för att leverera mat till människor i nöd.

Medicinska evakueringar

Internationell medicinsk evakuering har länge använts i samband med katastrofer och krig. I den senaste omvärldsanalysen skrev vi om medicinska evakueringar av patienter från Gaza. Denna fråga har återigen aktualiserats under bevakningsperioden när det har debatterats om Sverige skall ta emot patienter. 2024 skrev EU-kommissionen till EU:s medlemsländer, inklusive Sverige, med en begäran om att ta emot patienter från Gaza. EU:s koordinationscenter för kriser och katastrofer, [ERCC](#), arbetar tillsammans EU:s medlemsstater, WHO och andra relevanta partners för att möjliggöra evakueringsaktioner. I oktober skrev WHO:s Europakontor i ett

pressmeddelande att över [1000 patienter](#) från Gaza hade medicinskt evakuerats till länder inom WHO:s europeiska region, men att uppskattningsvis [3800 barn](#) fortfarande väntar på akut specialiserad vård utanför Gaza. Den [vanligaste diagnosen](#) bland evakuerade patienter från Gaza är traumaskador, följt av cancer.

[Läkare och vårdpersonal](#) vid olika sjukhus och organisationer, [Svenska Läkarsällskapet](#) och [Läkare utan Gränser](#) har under bevakningsperioden uppmanat den svenska regeringen att möjliggöra för att Sverige bör ta emot skadade från Gaza och argumenterat för att kapaciteten finns. Den tidigare sjukvårdsministern har på den uppmaningen svarat med att möjligheten att ta emot medicinskt evakuerade patienter behöver [analyseras närmare](#) och hänvisat till bristande resurser inom den svenska vården.

Ett perspektiv som sällan har nämnts i debatten är att det svenska humanitära biståndet, enligt [Regeringens strategi 2021–2025](#), ska utgå från globala humanitära behov och de humanitära principerna om humanitet, neutralitet, oberoende och opartiskhet. Eftersom Sverige har tagit emot patienter från Ukraina genom EU:s kriscenter (ERCC), väcker det frågor om hur behovsanalyser genomförs för den specifika humanitära insatsen "medicinsk evakuering". Debatten kring medicinsk evakuering kan också ses som ett exempel på att det svenska biståndet är inne i en förändringsperiod. Biståndet kopplas starkare till svenska utrikes- och inrikespolitiska intressen med en tydligare ambition att koncentrera biståndet med vikt på närområdet.

Trender inom globalt humanitärt bistånd

Området "Hälsoinsatser vid katastrofer" kan ses som en del av globalt humanitärt bistånd. På vårt kunskapscentrum analyserar vi både humanitära insatser i resursknappa delar av världen (låg- och lägre medelinkomstländer där ca 10 respektive 40 % av världens befolkning bor) och katastrofmedicinska insatser i mer resursrika länder (högre medelinkomst- och höginkomstländer där 35 respektive 15 % av världens befolkning bor). Nedan följer en analys över några pågående trender och utvecklingar inom den humanitära sektorn som kan påverka internationella hälsoinsatser.

Globala hälsobiståndet minskar

Det globala utvecklingsbiståndet till hälsosektorn minskade med 21 % mellan 2024 och 2025, vilket nästan helt beror på ett 67-procentigt bortfall av USA:s finansiering – över 9 miljarder dollar – enligt [data](#) från Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Sedan Donald Trump svors in som USA:s president för en andra mandatperiod i januari, har stora delar av USA:s bistånd strypts, liksom finansieringen av internationella organisationer som arbetar med global hälsa och akut nödhjälp. USA:s regeringsbeslut om att granska och nedmontera United States Agency for International Development (USAID) samt att lämna Världshälsoorganisationen (WHO) skakade om det globala hälsosamfundet eftersom de länge har varit den största finansiären av globala hälsoprogram.

Det är olika program som berörs. Sedan beslutet har nästan [3 miljarder dollar av de 6 miljarder USD](#) som USA lovat till [Globala fonden](#) för att bekämpa aids, tuberkulos och malaria för perioden 2023 till 2025 ännu inte betalats ut. Globala fonden har länge spelat en viktig roll i kampen mot hiv, tuberkulos och malaria i länder med underfinansierade hälsosystem. I Afrika, Asien, Latinamerika och på andra håll har dessa bidrag hjälpt till att köpa läkemedel och diagnostiska tester, betala vårdpersonal och upprätthålla insatser för sjukdomsförebyggande arbete. USA har tidigare också varit en av de största finansiärerna av Gavi, vaccinalliansen, och bidragit med [cirka 13 procent](#) av organisationens budget. I år beslutade den amerikanska regeringen att dra tillbaka sitt finansieringslöfte.

Men det är inte bara USA som skär ned på det internationella biståndet. Flera europeiska länder har minskat sina biståndsbudgetar, vilket riskerar att drabba globala hälsoprogram hårt. Tyskland har, trots att landet har lovat att bidra med en miljard euro till Globala fonden och blivit WHO:s största givare, minskat sitt totala utvecklingsbistånd. Frankrike och Storbritannien, som också är stora finansiärer, har tillsammans med höginkomstländer minskat sina biståndsbudgetar. EU:s medlemsstater förklarar minskningarna i biståndsbudgeter med att de står inför konkurrerande påtryckningar från kriget i Ukraina och ökade säkerhetshot efter de senaste ryska provokationerna inom och nära Natos gränser.

Humanitära systemet kräver omstrukturering

Ovanstående förändringar gör att det humanitära systemet tvingats starta en omfattande reform. Den drivs bland annat av förändrade geopolitiska prioriteringar, ökade finansiella påfrestningar och, i vissa

fall, en växande skepsis mot multilaterala strukturer. USA:s beslut att formellt lämna och avsluta sitt stöd till Världshälsoorganisationen (WHO) och flera andra FN-organ har ytterligare förstärkt denna utveckling. En ny nationell strategi för global hälsa håller nu på att omsättas, möjligen genom förändrade former och prioriteringar. En bred global debatt pågår numera om systemets effektivitet, relevans och ändamålsenlighet. Samtidigt pågår en omstrukturering av aktörer, roller och mandat inom det humanitära systemet. Parallellt har de traditionellt de största givarna aviserat omfattande förändringar i sina framtida åtaganden. Behovet av humanitärt stöd minskar dock inte, tvärtom så ökar antalet utsatta och i behov globalt.

FN:s kontor för samordning av humanitära frågor (UNOCHA) lanserade i mars 2025 initiativet *Humanitarian Reset*, med målsättningen att stärka effektivitet, samordning och ansvarsutkrävande inom det humanitära systemet. Reformen bygger vidare på tidigare förändringsprocesser, såsom *the Grand Bargain*, och omfattar förslag om sammanslagning av överlappande funktioner, gemensam användning av infrastruktur, ökad lokalisering samt ett mer decentraliserat beslutsfattande. Ambitionen är att skapa ett mer sammanhållet, resurseffektivt och flexibelt system, samtidigt som den administrativa bördan ska minskas. Enligt UN OCHA är mer än 362 miljoner människor i akut behov av humanitärt stöd i världen ([siffror](#) från 2024).

Även inom Världshälsoorganisationen (WHO) pågår en omfattande institutionell [omstrukturering](#). Organisationen har reducerat antalet programområden från tio till fyra, där krisberedskapsprogrammet (*Health Emergencies Programme*) fortsatt utgör ett kärnområde. Den högsta ledningsstrukturen har rationaliserats, och mandatstrukturen har omfokuserats mot organisationens kärnuppdrag och normgivande roll. Under årets andra hälft har omstruktureringen även omfattat WHO:s regionkontor, vilka nu befinner sig i olika faser av genomgripande intern reform.

Uppfattningarna om dessa reformer är delade. Wellcome Trust har lagt fram ett [djärvt förslag om reform av det globala hälsosystemet](#). Det råder bred samsyn om behovet, men reformer utan tydligt ansvarstagande riskerar att fördjupa mänskligt lidande. En alltför hastig omstrukturering kan urholka det institutionella minnet, minska den tekniska kompetensen och underminera rättvisan i resursfördelningen. Samtidigt utgör fragmenterad finansiering och konkurrerande styrningsmodeller ett hot mot kvalitet och samanhållning. Den centrala utmaningen ligger i att utforma ett

system som är mer effektivt, transparent och ansvarsutkrävande – utan att detta sker på bekostnad av beredskap, tillgång till humanitär assistans eller global solidaritet.

Nytt pandemiföredrag

Mot bakgrund av de brister och ojämlikheter som uppdagades under covid-19 pandemin beslutade Världshälsoorganisationens (WHO) 194 medlemsstater i december 2021 att utarbeta ett nytt internationellt instrument för att stärka arbetet med pandemiförebyggande, beredskap och insatser. Syftet var att säkerställa att samhällen och länder världen över står bättre rustade att förebygga och hantera framtida pandemihot på ett rättvist och samordnat sätt. Under bevakningsperioden för denna omvärldsanalys avslutades förhandlingarna om internationella hälsoreglementet (IHR) och ett paket med ändringsförslag kunde antas. Efter tre års förhandlingar kunde WHO:s generalförsamling den 20 maj 2025 (WHA78) enas om att anta ett globalt pandemifördrag.

Efter fjorton formella förhandlingsrundor och ett stort antal informella samråd, ledda av ett mellanstatligt förhandlingsorgan (Intergovernmental Negotiating Body, INB), nåddes konsensus. Resultatet var [WHO:s pandemiföredrag](#). Resolutionen inrättade även en mellanstatlig arbetsgrupp för att slutföra de procedurmässiga arrangemangen och bana väg för undertecknande och ratificering.

Pandemiföredraget utgör ett globalt åtagande att åtgärda identifierade svagheter och främja rättvisa, solidaritet och snabb samverkan över gränser, bland annat genom att:

- stärka nationella och globala system för förebyggande, beredskap och insats,
- etablera samordnade och förutsägbara finansieringsmekanismer, samt
- säkerställa rättvis tillgång till vacciner, behandlingar, diagnostik och andra nödvändiga hälsoprodukter.

Det kompletterar de [internationella hälsoreglementet \(IHR\)](#) och andra mekanismer för informations-, kunskaps- och teknikdelning. Kärnan i föredraget är ett politiskt åtagande på högsta nivå och ett helhetsgrepp där hela samhället och alla sektorer involveras, understött av långsiktiga finansiella investeringar.

Reaktionerna på pandemiföredraget har varit blandade. Många betraktar det som ett viktigt steg mot en mer sammanhållen global hälsoarkitektur och ett uttryck för gemensam handlingsvilja efter covid-19. Andra ifrågasätter dess genomförbarhet, graden av nationellt ansvarstagande och om formuleringarna kring rättvisa och solidaritet är tillräckligt starka för att leda till reell förändring. Trots detta utgör pandemiföredraget en milstolpe i det globala arbetet för att hantera framtida pandemihot.