Omvärldsanalys

Global katastrofmedicin och internationella insatser

Kunskapscentrum inom global katastrofmedicin och internationella insatser på uppdrag av Socialstyrelsen

Tidsperioden oktober 2025 – oktober 2026

Karolinska Institutet

Innehåll

Introduktion 3
Omvärldsanalys och trender 5
Dominerande och bortglömda hälsokriser 5
Normaliseringen av attacker mot sjukvården i väpnade konflikter 6
Ebolautbrottet 2026: nya medicinska utmaningar men återkommande operativa brister 8
Epidemi- och pandemiberedskap under press 10
Ökade försvarsutgifter samtidigt som hälsobiståndet minskar 12
Den varmaste sommaren hittills i Västeuropa 14
Internationella medicinska insatser efter jordbävningar: bredare vårdbehov och politiska utmaningar 15
Framåtblickande perspektiv för den svenska katastrofmedicinska beredskapen 17

Introduktion

Detta är den sjätte 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, förse målgruppen med en samlad lägesbild och lägesanalys, samt ge 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 2025 – oktober 2026. 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 Ebolautbrottet 2014–16 i Västafrika och i Demokratiska Republiken 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 fullskaliga invasion av Ukraina. Anfallskriget mot Ukraina förändrade bilden av de säkerhetspolitiska förutsättningarna i Europa. Det har inneburit att frågor om civil beredskap och totalförsvar 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 var framför allt situationen i Gaza och Sudan i fokus. Omvärldsanalysen fokuserade på ökningen av antalet konflikter i världen och analyserade hälsoinsatserna.

Under bevakningsperioden för den femte omvärldsanalysen, stod konflikter åter i centrum, och hur alternativa humanitära insatser (exempelvis nödhjälp från luften) 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.

Årets omvärldsanalys följer upp utvecklingen i några av de största och mest långvariga hälsokriserna, som vi har skrivit om tidigare. En analys blir därmed att det som initialt betecknats som en kort kris utvecklats till långvariga kriser som ställer helt andra krav på hälso- och sjukvården än att enbart snabbt kunna hantera masskadehändelser. Vikten av uthållighet över tid för att upprätthålla den vanliga vården är en av de främsta lärdomar utifrån samtida kriser. Rapporten beskriver även om trender och tendenser, som ökningen av attacker mot sjukvården, erfarenheter från ebolautbrottet i Demokratiska Republiken Kongo 2026 som fortsätter att sprida sig och konsekvenserna av minskat internationellt hälso- och humanitärt bistånd. Rapporten behandlar också den extrema värmen i Europa, erfarenheter från medicinska insatser efter jordbävningar som har skett under bevakningsperioden samt tecken på att epidemi- och pandemiberedskapen åter har prioriterats ned och att pandemierfarenheterna riskeras tappas bort.

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.

Omvärldsanalysen bör läsas tillsammans med årets omvärldsbevakning och forskningsöversikt. De tre rapporterna har olika fokus: omvärldsbevakningen följer aktuella händelser, forskningsöversikten sammanställer ny forskning och omvärldsanalysen analyserar utvecklingens möjliga konsekvenser för global och svensk katastrofmedicinsk beredskap.

Omvärldsanalys och trender

Dominerande och bortglömda hälsokriser

De hälsokriser som har fått mest uppmärksamhet under 2026 är sannolikt de i Ukraina, Gaza, Sudan och Demokratiska republiken Kongo. Men under en kort period har även jordbävningen i Venezuela och Colombia varit aktuella i media. Samtidigt kvarstår mycket stora humanitära behov i flera mindre uppmärksammade kriser, exempelvis Haiti och Jemen.

Jämfört med omvärldsanalysen 2025 har den globala krisbilden förändrats relativt lite. Flera av de konflikter och humanitära nödlägen som vi beskrev som mest allvarliga har fortsatt att fördjupas och blivit långvariga. Trots omfattande humanitära insatser är behoven globalt fortsatt mycket stora, samtidigt som internationell uppmärksamhet och finansiering i många fall inte motsvarar behoven. Under 2025 finansierades endast 35 procent av de FN-samordnade humanitära appellerna, vilket innebar det största registrerade finansieringsgapet hittills. Detta gäller inte minst de så kallade bortglömda kriserna, där långvariga konflikter, instabilitet och svaga hälsosystem fortsätter att driva stora hälsobehov utan att få motsvarande medial eller politisk uppmärksamhet. Humanitära insatser i bland annat Niger, Jemen, Burkina Faso, Mali och Afghanistan är kraftigt underfinansierade.

Utvecklingen visar behovet av att svenska beslut om humanitär finansiering och internationella insatser fortsatt bör grundas på dokumenterade hälsobehov, inte enbart på vilka kriser som för tillfället får störst politisk och medial uppmärksamhet. För UD och Sida innebär det ett behov av långsiktig och flexibel finansiering även till långvariga och underfinansierade kriser.

I de senaste två omvärldsanalyserna skrev vi om utmaningarna med att genomföra hälsoinsatser i aktuella pågående konflikter. Den

pågående krisen i Gaza illustrerade några av de främsta utmaningar med att bedriva medicinska insatser i konfliktmiljöer, där hjälpinsatserna motarbetas genom systematiska attacker mot sjukvården samt en ökande militarisering och politisering av humanitärt bistånd. I oktober 2025 tillkännagavs en vapenvila i Gaza, men den humanitära situationen förblir fortfarande mycket allvarlig. Människorättsorganisationer har argumenterat att vapenvilan inte har lett till någon verklig återhämtning för hälsosystemet i Gaza. Trots att de mest intensiva striderna har minskat kvarstår omfattande brist på basala förnödenheter, läkemedel, utrustning och personal. Ett år efter att vapenvilan utlystes i Gaza lever invånarna fortfarande under ständig israelisk beskjutning. Attacker sker både nära och långt från den så kallade ”gula linjen”, vilket väcker allvarliga frågor om fortsatta överträdelser av internationell rätt, däribland misstänkta krigsförbrytelser.

Erfarenheterna från Gaza visar att återuppbyggnad av hälso- och sjukvård efter väpnad konflikt är betydligt mer komplex än återuppbyggnad av fysisk infrastruktur. Förlusten av vårdpersonal, utslagningen av befintlig specialistvård och långvariga störningar i försörjnings- och remisskedjor kan skapa en hälsokris som kvarstår långt efter att striderna har minskat. Utvecklingen understryker vikten av internationella mekanismer till stöd för och skydd av sjukvård i konflikt samt långsiktigt stöd till återuppbyggnad av lokala hälso- och sjukvårdssystem.

Normaliseringen av attacker mot sjukvården i väpnade konflikter

Trots att den humanitära rätten slår fast att sjukvården ska skyddas i krig har vårdinrättningar alltmer blivit måltavlor i krig och konflikter. I den senaste omvärldsanalysen skrev vi om hur antalet attacker mot sjukvård har ökat de senaste åren. Denna trend har fortsatt även under bevakningsperioden för denna rapport. Organisationen Insecurity Insight kartlade 2 064 fall av våld mot, eller hindrande av, hälso- och sjukvård i 42 länder mellan den 1 januari och augusti 2026. Det är anmärkningsvärt att nästan 70 % av de rapporterade incidenterna tillskrevs statliga aktörer, där de ryska försvarsstyrkorna och Israels försvarsmakt stod för över hälften av de 1 202 registrerade incidenterna.

Flera organisationer (bl.a. Insecurity insight, Medecins du Monde) släppte under 2026 rapporter som analyserade attacker mot sjukvården under perioden 2016–2025, eftersom det nu är tio år sedan antagandet av FN:s säkerhetsrådsresolution 2286. Resolutionen antogs av FN:s säkerhetsråd den 3 maj 2016 och fokuserar på skydd av sjukvårdspersonal, patienter, sjukvårdsinrättningar och medicinska transporter i väpnade konflikter. Rapporterna belyser hur våld mot hälso- och sjukvården håller på att normaliseras, med allvarliga konsekvenser för civila och för genomförandet av hälsoinsatser. Rapporterna innehåller analyser av förövare, angreppsmetoder och nya risker, däribland den växande roll som ny teknik spelar i konfliktområden. De innehåller även rekommendationer till regeringar, internationella organisationer och humanitära aktörer som syftar till att stärka skyddet av hälso- och sjukvården. Sammantaget tyder utvecklingen på att skyddet av hälso- och sjukvården enligt internationell humanitär rätt försvagas i praktiken. Trenden tyder inte bara på bristande efterlevnad av internationella normer utan även på att sjukvård i allt högre grad används som ett strategiskt mål i väpnade konflikter.

Under bevakningsperioden har så kallade ”double-tap”-attacker uppmärksammats i flera pågående konflikter. Begreppet avser angrepp där en plats först beskjuts eller bombas och därefter angrips på nytt när räddningspersonal eller andra hjälparbetare har anlänt för att hjälpa de drabbade. Taktiken har dokumenterats i samband med ryska angrepp i Ukraina, men även i Libanon och Gaza. När det andra angreppet avsiktligt riktas mot sjukvårds- eller räddningspersonal kan det utgöra en allvarlig överträdelse av internationell humanitär rätt och, beroende på omständigheterna, ett krigsbrott. I Sverige har Rysslands användning av ”double-tap”-attacker analyserats, och bedömningen har gjorts att räddningstjänstens kompetens behöver utvecklas för att möta denna typ av hot i krig. Det genomförs exempelvis övningar i Sverige där brandmän tränas i att arbeta under krigsliknande förhållanden och där hotet från ”double-tap”-attacker ingår.

Hoten mot sjukvården är dock inte enbart fysiska. Sjukvården utsätts i allt större utsträckning även för cyberattacker, som kan slå ut journalsystem, kommunikationssystem och medicinteknisk utrustning. Det kan fördröja vård, försvåra samordningen mellan olika aktörer och äventyra patientsäkerheten. Cyberattacker behöver därför, liksom

fysiska angrepp, ingå i planeringen för en fungerande sjukvård under kris och krig.

För svensk beredskap visar utvecklingen att planeringen för hälso- och sjukvård i krig måste ta hänsyn till både fysiska och digitala angrepp. Planeringen kan inte längre utgå från en avslutad skadehändelse, en säker skadeplats eller att centrala digitala system alltid är tillgängliga. Hälso- och sjukvården, ambulanssjukvården och räddningstjänsten behöver gemensamt öva hur livräddande insatser och evakuering ska genomföras när det finns risk för upprepade angrepp, när mottagande vårdinrättningar kan attackeras eller när kritiska digitala system har slagits ut. Sverige bör också prioritera skyddet av sjukvården i sin utrikespolitik, genom att verka för bättre dokumentation, oberoende utredningar och ansvarsutkrävande vid överträdelser av internationell humanitär rätt. Ansvar måste utkrävas för att den negativa spiralen av ökande attacker ska kunna brytas.

Ebolautbrottet 2026: nya medicinska utmaningar men återkommande operativa brister

Ebolautbrottet 2026 skiljer sig från tidigare större utbrott i det att det orsakas av Bundibugyo-viruset, mot vilket det i nuläget saknas både godkänt vaccin och specifik behandling. Smittan spreds också betydligt snabbare än under tidigare utbrott i Demokratiska republiken Kongo och hade i oktober 2026 orsakat över 9 700 bekräftade fall och 4 600 dödsfall i landet, med ytterligare fall i Uganda, samt nyligen även i Kenya och Nigeria. Utbrottet komplicerat ytterligare på grund av extrem fattigdom och att utbrottets epicentrum ligger i ett konfliktområde med miliser, internflyktingar och ett sen tidigare mycket svagt och resursfattigt hälsosystem.

Flera operativa aktörer har pekat på att minskad internationell hälsofinansiering kan ha försvagat förutsättningarna för utbrottsbekämpningen. International Rescue Committee (IRC) uppger att organisationen efter bortfallet av amerikansk finansiering reducerade sin verksamhet från fem till två hälsoområden i Ituri, där utbrottet började. Enligt IRC innebar detta bland annat en försvagning av sjukdomsövervakning, infektionskontroll och annan lokal hälsokapacitet, vilket kan ha bidragit till att smittspridningen upptäcktes senare. WHO har identifierat brist på utbildad personal,

finansiering och organisationer med förmåga att driva ebolabehandlingscenter som hinder för att snabbt bygga ut behandlingskapaciteten under utbrottet. Erfarenheten visar att akut finansiering efter det att ett utbrott har eskalerat inte kan ersätta den permanenta lokala beredskapskapacitet som krävs för övervakning, laboratoriediagnostik, kontaktspårning och infektionskontroll. Det går dock inte att fastställa hur stor del av utbrottets omfattning kan tillskrivas finansieringsneddragningarna, eftersom såklart andra faktorer såsom den ihållande osäkerheten i Demokratiska republiken Kongo, som präglas av fattigdom, hög befolkningstäthet och förekomst av ett omfattande nätverk av informella medicinska anläggningar. Det i sig komplicerar övervakningen av utbrottet samt optimal hantering av smittade. Vidare pågår det i nordöstra delarna av Demokratiska republiken Kongo en omfattande förflyttning av befolkningen på grund av formell och informell handel och gruvdrift med mineraler (som behövs för vår gröna omställning i Europa) som påverkar utbrottets spridning.

Bristande förtroende för myndigheter och ebolabehandlingscenter har varit ett centralt återkommande tema under ebolautbrottet 2026. Media har rapporterat hur ebolabehandlingscenter har bränts ner, personal har attackerats och patienter har flytt ur isoleringstälten. En undersökning som International Rescue Committee (IRC) genomförde bland 80 personer i tre hälsozoner visade att nästan samtliga kände till ebola, men att 85 procent uppgav att misstro mot insatspersonalen skulle hindra dem från att söka vård. Hälften ansåg att förtroendet för hälsomyndigheter och insatsaktörer hade försämrats sedan utbrottet började, och 45 procent pekade ut begravningar som den största källan till motsättningar. De som svarande på undersökningen beskrev bland annat en föreställning om att ebolabehandlingscentren förknippades med död snarare än tillfrisknande, vilket förstärktes av att få överlevare hade återvänt synligt till de drabbade samhällena. Liknande problem präglade ebolautbrottet i Västafrika 2014–2016 samt tidigare utbrottet i Demokratiska republiken Kongo 2018–2020, då rädsla för isolering, bristande insyn i behandlingscentren och osäkerhet om vad som hände med den smittade och avlidna bidrog till att människor undvek vården. Att dessa mönster återkommer behöver inte betyda att lärdomarna från tidigare insatser är okända, men att samverkan med det omgivande samhället måste stärkas och integreras tidigt och systematiskt i utbrottsbekämpningen särskilt i

ett område med pågående konflikt. Snabba akutinsatser bör bygga på ett nära samarbete med lokalbefolkningen, även om det kan vara tidskrävande i vissa områden. Motståndet under det pågående utbrottet har kopplats till den långsamma inledning av insatsen, kommunikation som förbiser befolkningens övriga behov, och otillräcklig delaktighet för lokala samhällsorganisationer. Att utbrottet pågick i flera månader innan det upptäcktes är ännu ett tecken på hur allvarligt det kan bli när den officiella vården saknar resurser och befolkningens förtroende.

Ebolautbrottet aktualiserar även en återkommande kritik mot begreppet global hälsosäkerhet. Kritiken är att internationell uppmärksamhet och beredskap ofta styrs mer av risken för att en smitta ska nå höginkomstländer än av sjukdomsbördan där utbrottet pågår. Ebolautbrottet i Demokratiska republiken Kongo har orsakat tusentals dödsfall samtidigt som insatsen har hämmats av brist på personal, finansiering och organisationer med kapacitet att bedriva ebolavård. Samtidigt fick ett misstänkt, men aldrig bekräftat, pestfall vid ett ryskt forskningsinstitut stor internationell uppmärksamhet. Skillnaden illustrerar hur geografisk och politisk närhet, liksom risken för internationell spridning, påverkar vilka hälsohot som uppfattas som säkerhetsfrågor. Ebolautbrottet visar även hur samma sjukdom kan växla mellan att betraktas som en ”försummad sjukdom i Afrika” och ett internationellt säkerhetshot, när den börjar korsa gränser eller uppfattas kunna nå höginkomstländer. En mer jämlik syn på global hälsosäkerhet bör utgå från människors faktiska hälsobehov och från långsiktiga investeringar i lokala hälsosystem, inte enbart från andra staters behov av att skydda sig mot importerad smitta. Där ingår också investeringar i infrastruktur för forskning och utveckling av vaccin och medicinsk behandling mellan utbrotts-toppar, samt strukturer för att tillgängliggöra dessa i de områden där behovet är som störst.

Epidemi- och pandemiberedskap under press

Pandemiberedskap har några år efter covid-19 fått minskad politisk prioritet, inte minst i USA. Sedan januari 2025 har nedskärningar, uppsägningar, kommunikationsbegränsningar och återkommande ledningsbyten försvagat landets Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Enligt en enkät där över 600 nuvarande och tidigare CDC-anställda tillfrågades, uppgav mer än 99 procent av dem att förändringarna hade minskat myndighetens förmåga att

hantera allvarliga hälsohot. CDC hade sedan januari 2025 tappat drygt en fjärdedel av sin federala personalstyrka, samtidigt som vakanta ledningsfunktioner, hög arbetsbelastning och förlust av specialistkompetens hade försvagat kapaciteten för bland annat epidemiologisk övervakning. Utvecklingen illustrerar en bredare risk för hur, när det omedelbara hotet har avtagit, nedprioriteras den långsiktiga beredskapen ned, trots att den är beroende av personal, laboratorier, övervakningssystem och internationella nätverk som tar lång tid att bygga upp men snabbt kan monteras ned. Neddragningarna är särskilt omfattande i USA, men konsekvenserna är också internationella eftersom CDC:s experter och resurser även används för att bekämpa och övervaka utbrott utanför landet, exempelvis Ebolautbrott. En försvagad utbrottskapacitet i USA skulle kunna innebära att nya smitthot upptäcks senare och får större möjlighet att spridas, vilket också påverkar europeisk hälsosäkerhet.

I Europa skulle utvecklingen inom pandemiberedskap kunna beskrivas som motsägelsefull. Efter covid-19 har EU byggt upp nya institutioner och instrument, bland annat HERA, gett ECDC ett förstärkt mandat samt genomfört gemensamma satsningar på utveckling, produktion, upphandling och lagerhållning av vacciner, läkemedel, diagnostiska tester och skyddsutrustning. Storbritannien presenterade exempelvis 2026 en ny pandemistrategi med omkring en miljard pund i investeringar i hälsoskydd och beredskapskapacitet. Samtidigt finns tydliga tecken på politisk och finansiell nedprioritering. EU4Healths flerårsbudget har minskats med närmare en miljard euro, och under 2026 försenades planerade investeringar i bland annat vaccinproduktionsberedskap och diagnostik genom en budgetkonflikt. Tyskland har samtidigt minskat finansieringen av WHO:s centrum för pandemisk och epidemisk övervakning i Berlin. WHO centret lanserades 2021, mitt under covid-19-pandemin, som ett prioriterat initiativ av Tysklands dåvarande förbundskansler Angela Merkel och WHO:s generaldirektör, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus. Europa har inte upphört att investera i pandemiberedskap, utan nya strukturer har byggts upp samtidigt som den långsiktiga finansieringen blir allt mer osäker och konkurrerar med försvar, säkerhet och andra politiska prioriteringar.

Sveriges förmåga att bedöma gränsöverskridande hälsohot är beroende av internationell övervakning och informationsdelning genom bland annat WHO:s internationella hälsoreglemente och EU:s

varningssystem. En försvagning av andra länders eller internationella organisationers övervaknings- och rapporteringskapacitet riskerar därför att försämra det gemensamma informationsunderlag som Sverige använder för att bedöma nya smitthot.

Förhandlingarna om ett gällande och rättsligt bindande pandemiavtal, som vi skrev om i den senaste omvärldsanalysen, har hamnat i ett dödläge, eftersom medlemsstaterna fortfarande är oeniga om detaljerna i systemet för tillgång till patogener och fördelning av nyttor, Pathogen Access and Benefit-Sharing (PABS). Den omstridda PABS-bilagan ska reglera hur biologiska prover och genetiska sekvensdata delas samt hur de nyttor som följer av användningen fördelas. Bilagan måste färdigförhandlas innan det bredare pandemi kan ratificeras av medlemsstaterna och träda i kraft.

Samtidigt som det internationella samarbetet kring framtida pandemier har försvårats utgör antimikrobiell resistens (AMR) ett mer långsamt växande men potentiellt mer omfattande globalt hälsohot. En studie publicerad i The Lancet uppskattar att bakteriell antimikrobiell resistens kan orsaka omkring 39 miljoner dödsfall globalt mellan 2025 och 2050 om utvecklingen fortsätter enligt nuvarande prognoser. Antalet dödsfall som direkt kan tillskrivas resistens beräknas öka från 1,14 miljoner år 2021 till 1,91 miljoner år 2050. Till skillnad från en pandemi, som kan utlösa omedelbar politisk mobilisering, utvecklas antimikrobiell resistens gradvis och riskerar därför att få mindre uppmärksamhet trots en mycket stor samlad dödlighet. AMR försvårar dessutom behandlingen av vanliga infektioner och underminerar förutsättningarna för kirurgi, intensivvård, cancerbehandling och annan modern sjukvård. Den strategiska utmaningen är därmed att bygga beredskap både för plötsliga pandemier och för långsamt växande hälsohot.

Ökade försvarsutgifter samtidigt som hälsobiståndet minskar

Som vi skrev i förra årets omvärldsanalys så prioriteras offentliga resurser i allt högre grad till nationellt försvar, samtidigt som det globala utvecklingsbiståndet minskar kraftigt. Enligt siffror från OECD, minskade mellan 2024 och 2025 det offentliga globala utvecklingsbiståndet (ODA) från OECD-DAC:s medlemsländer med 23,1 procent, vilket är den största minskning som hittills har registrerats. USA, Tyskland, Storbritannien, Japan och Frankrike

svarade tillsammans för 95,7 procent av nedgången. OECD uppskattar att biståndet kommer att minska med ytterligare 6,9 procent under 2026, vilket innebär en global biståndsminskning för tredje året i följd. Hälsobiståndet påverkas oproportionerligt mycket och beräknas minska med mellan 29 och 46 procent mellan 2024 och 2026. Särskilt kraftig väntas nedgången bli för stödet till befolkningshälsa och reproduktiv hälsa, som beräknas minska med 54,2 procent. Även det humanitära biståndet väntas minska betydligt, med 40,3 procent. Även om siffrorna i sig inte visar att ökade försvarsutgifter är den direkta orsaken till biståndsnedskärningarna, pekar den samtidiga utvecklingen på en förändrad politisk prioritering med potentiellt stora konsekvenser för global hälsa och internationella hälsoinsatser. Utvecklingen står i tydlig kontrast till de globala militärutgifterna, som under 2025 nådde en historiskt hög nivå på 2,89 biljoner amerikanska dollar efter elva år i följd av ökningar, enligt Stockholms internationella fredsforskningsinstitut (SIPRI).

Under bevakningsperioden har det publicerats rapporter kring hur minskat bistånd har fått direkta konsekvenser för människors tillgång till vård och behandling i pågående hälsokriser. En studie som publicerade i The Lancet 2025, undersökte konsekvenserna av de amerikanska neddragningarna inom USAID. Forskarna bakom studien beräknar att besparingarna kommer orsaka över 14 miljoner dödsfall fram till år 2030. Cirka 4,5 miljoner av dem kommer vara barn under fem år. USA:s neddragningar får särskilt stora konsekvenser eftersom de har haft en så viktig roll inom biståndet men även EU-ländernas, inklusive Sveriges, neddragningar bidrar till de samlade globala konsekvenserna.

Läkare utan Gränser (MSF) har också dokumenterat nedskärningars konsekvenser. Exempelvis i Sudan upphörde stödet från en annan humanitär organisation till 45 lokala vårdcentraler i Centrala Darfur. Nedstängningarna har inneburit att fler patienter hänvisas till de få kvarvarande vårdinrättningarna, däribland verksamheter som stöds av MSF. I Somalia har lokala primärvårds- och nutritionsverksamheter stängt eller fått brist på läkemedel och mat som används som del av behandlingar. Det har lett till att undernärda barn kommer senare och i allvarligare tillstånd till MSF-stödda sjukhus. I östra Tchad har minskad finansiering till andra humanitära aktörer lett till reducerade matransoner och brist på nutritionsprodukter, medan MSF fortsatt att

ta emot och behandla patienter. Exemplen visar hur neddragningar hos en aktör får följdverkningar i hela vårdsystemet: patienter förlorar tillgången till lokal och förebyggande vård, samtidigt som kvarvarande vårdinrättningar får ta emot fler och sjukare patienter.

Nedskärningarna omfattar dock inte bara finansieringen av direkta hälsoinsatser, utan även den långsiktiga utvecklingsforskningen. År 2023 drogs Vetenskapsrådets särskilda finansiering och riktade utlysning för utvecklingsforskning in. Samma år mer än halverades Sidas anslag för forskningssamarbeten, från drygt 900 miljoner kronor till omkring 440 miljoner kronor. Enligt uppgifter från Sida som återges i denna artikel hade anslaget 2026 minskat ytterligare till 246 miljoner kronor, och myndigheten avslutade under året ett tiotal forskningssamarbeten till följd av de minskade anslagen. Svenska forskare har varnat för att detta kan försena utvecklingen och införandet av vacciner, diagnostik och behandlingar mot bland annat malaria, hiv och ebola samt försvaga forskningsmiljöer och internationella samarbeten som har tagit lång tid att bygga upp. Effekterna blir inte nödvändigtvis omedelbart synliga: flera av dagens medicinska framsteg bygger på investeringar som gjordes för 10–15 år sedan.

Den varmaste sommaren hittills i Västeuropa

I Copernicus sammanställning från 2 oktober 2026 fastställs det att sommaren 2026 var den varmaste som registrerats i Västeuropa. Medeltemperaturen under juni–augusti var 21,7 °C, vilket var 2,5 °C över genomsnittet för 1991–2020 och högre än det tidigare rekordet från 2003. Sommaren 2026 präglades av en rad extrema värmeböljor över Västeuropa, där både månads- och årstemperaturrekord slogs upprepade gånger i många länder från och med maj.

Flera myndigheter i Europa valde att publicera uppskattningar av dödligheten i samband med de mest intensiva värmeböljorna i nära realtid. I en ny studie från Imperial College London har forskare kombinerat probabilistisk klimatattribution med stads- och åldersspecifika samband mellan temperatur och dödlighet för att uppskatta värmerelaterad dödlighet i 854 europeiska städer under sommarmånaderna (juni–augusti) och jämfört med kontrafaktiska klimatförhållanden som representerar en värld utan människoskapad uppvärmning. Forskarna uppskattar att det inträffade 50 391 värmerelaterade överdödsfall under sommaren i de 854 städerna

som inkluderades i studien, varav cirka två tredjedelar kan hänföras till den antropogena klimatförändringen. Dessa resultat visar att värmeböljor har blivit ett återkommande europeiskt hälso- och beredskapshot som kan orsaka omfattande dödlighet.

Många europeiska städer hanterar fortfarande extrem värme som en tillfällig säsongsrisk, men studierna pekar på behovet av att bygga mer permanent och robust beredskap. Det kan exempelvis handla om kapacitet för personalförstärkning inom hälso- och sjukvården, samt förebyggande skyddsåtgärder inom äldreomsorgen, socialpsykiatrin och verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Södra och västra Europa hade de högsta temperaturerna och dödstalen, men studien visade även en betydande påverkan i historiskt svalare delar av norra Europa. I Storbritannien uppskattades exempelvis omkring 4 500 värmerelaterade dödsfall i de 135 stadsmiljöer som ingick i studien. Även om den absoluta hälsobördan fortfarande är störst i delar av södra Europa kan sårbarheten vara betydande även i Norden, eftersom befolkningen, byggnadsbeståndet samt vård- och omsorgssystemen är anpassade till ett historiskt svalare klimat.

I Almedalen i år presenterade det nationella expertrådet för klimatanpassning Sveriges första nationella klimat- och sårbarhetsanalys. Klimatriskanalysen identifierar värmebölja som den mest kritiska klimatrelaterade faran för människors hälsa. Mot slutet av seklet bedöms värmeböljor dominera de kritiska hälsoriskerna, både genom direkta effekter av extrem värme och genom kopplingar till exempelvis sämre luftkvalitet och en mer påfrestande arbetsmiljö.

Internationella medicinska insatser efter jordbävningar: bredare vårdbehov och politiska utmaningar

Erfarenheterna från de senaste internationella insatserna efter stora jordbävningar visar att Emergency Medical Teams (EMT) behöver kunna möta betydligt bredare behov än enbart akut traumavård. Efter jordbävningarna i Venezuela den 24 juni 2026 samordnade landets hälsoministerium de nationella och internationella teamen med stöd av PAHO/WHO genom en särskild medicinsk informations- och samordningscell, CICOM. EMT-insatsen omfattade bland annat trauma- och kirurgisk vård, intensivvård och rehabilitering, samtidigt som mobila enheter och fältsjukhus avlastade skadade

vårdinrättningar. Insatsen behövde emellertid snabbt breddas till att även omfatta kontinuitet i vården av kroniska sjukdomar, epidemiologisk övervakning, vaccination, psykisk hälsa, mödra- och reproduktiv hälsa samt förebyggande av smittspridning i tillfälliga boenden.

Detta visar att den medicinska belastningen efter en jordbävning ofta kvarstår och förändras långt efter den första vågen av skadade. Liknande erfarenheter gjordes efter jordbävningarna i Turkiet 2023, där 38 EMT:er anlände, men där endast omkring 20 procent av teamens samlade patientkontakter avsåg trauma och merparten av vårdbehoven var indirekt relaterade eller inte direkt relaterade till jordbävningen. De viktigaste lärdomarna är därför behovet av: stark nationell ledning och en tidigt aktiverad EMT-samordningsfunktion, bättre realtidsinformation om vårdbehov och tillgänglig kapacitet, självförsörjande team som inte belastar värdlandets logistik, samt modulära och flexibla vårdförmågor som kan ställas om från kirurgi och akut omhändertagande till primärvård, rehabilitering, psykisk hälsa och stöd till det ordinarie hälsosystemets återhämtning.

Jordbävningsinsatserna i Venezuela och Colombia 2026 visar att internationell medicinsk katastrofhjälp också har en tydlig politisk dimension. I Venezuela fyllde internationella Emergency Medical Teams och andra utländska resurser kritiska luckor i en nationell insats som under lång tid präglats av långvarig ekonomisk kris, kompetensflykt, brist på material och läkemedel och svaga offentliga institutioner. Tre veckor efter jordbävningarna i Venezuela var 16 EMT:er operativa och hade genomfört över 14 000 patientbesök. Insatsen samordnades av venezuelanska hälsomyndigheter med stöd av PAHO/WHO, vars roll blev viktig för att kartlägga behov, fördela internationella resurser och skapa en tekniskt neutral kanal i ett politiskt polariserat kontext.

Colombia valde däremot att basera insatsen på nationell kapacitet, begränsa mottagandet av utländska räddningsteam och främst efterfråga specifik materiel och tekniskt stöd. Internationella EMT:er hölls i beredskap och skulle endast mobiliseras efter nationell begäran. Kontrasten visar hur mottagandet av internationell hjälp kan användas både för att demonstrera nationell suveränitet och handlingskraft och för att kompensera för brister i statlig kapacitet. Den visar också att EMT-insatser behöver navigera frågor om tillträde, informationskontroll, diplomatiska relationer och humanitär

neutralitet. En viktig lärdom är därför att internationella medicinska team måste vara behovsstyrda och integrerade i en nationellt ledd samordningsstruktur, men samtidigt ha tillräckligt oberoende och transparent rapportering för att prioriteringar inte ska underordnas politiska intressen.

Framåtblickande perspektiv för den svenska katastrofmedicinska beredskapen

Vår omvärldsanalys tyder på att även svensk hälso- och sjukvårdsberedskap under de kommande tio åren kommer att formas av oförutsebara globala omvärldsfaktorer och trender. Men det finns också förutsebara utvecklingstrender som svensk hälso-och sjukvård kan beakta i beredskapsplaneringen. Till de faktorer som redan kan förutses hör exempelvis en åldrande befolkning, fler personer som lever med kroniska sjukdomar, brist på personal, särskilt under semesterperioder, och ökad risk för extremväder. Hälso- och sjukvården kan behöva hantera ett ökat inflöde av patienter under perioder då bemanning, vårdplatser och andra resurser redan är begränsade. Planeringen måste bygga på uthållighet i systemet och säkerställa att det finns förmåga att fortsätta fungera trots knappa resurser.

Andra faktorer är betydligt svårare att förutse. Politiska prioriteringar kring global hälsa, utvecklingssamarbete och internationell forskning kan snabbt förändras. Geopolitiska spänningar, väpnade konflikter och ekonomiska kriser kan påverka försörjningskedjor, internationellt samarbete och tillgången till läkemedel och kunskap. Nya pandemier, smittoutbrott och andra hälsohot kommer att uppstå, men det är osäkert när de inträffar, vilka egenskaper de får och vilka delar av samhället som drabbas hårdast.

Denna kombination av kända utvecklingstendenser och osäkra händelser innebär att beredskapen inte kan utgå från enskilda, avgränsade krisscenarier. Länder som Sverige behöver förbereda sig för utdragna kriser där flera hot uppträder samtidigt eller följer på varandra. En extrem värmebölja kan exempelvis sammanfalla med personalbrist, störningar i elförsörjningen och ett nytt utbrott av en smittsam sjukdom. Beredskap behöver handla om förmågan att

anpassa verksamheten och upprätthålla prioriterad vård över tid, inte enbart om att snabbt mobilisera resurser under den inledande fasen av en händelse.

Internationell samverkan kommer också att vara avgörande. Sverige behöver kunna möta nya hälsohot och lära sig av händelser i andra länder. Samtidigt behöver vi vara förberedda på att internationellt samarbete, finansiering och informationsutbyte kan försvagas under perioder av geopolitisk eller ekonomisk oro. Den svenska beredskapen behöver därför kombinera starka internationella nätverk. Ett konkret exempel på hur internationell samverkan kan stärka beredskapen är EU:s satsning på rescEU stockpiling, där medlemsstaterna gemensamt bygger upp lager av medicinsk utrustning, läkemedel och annan kritisk materiel för användning vid större kriser. För Sverige innebär sådana mekanismer ett komplement till den nationella beredskapen och en möjlighet att både bidra med och få tillgång till resurser när behoven överstiger den egna kapaciteten. Framtidens beredskap kommer sannolikt kräva en kombination av nationell robusthet och fördjupat internationellt samarbete.

En central del är även att stärka den etiska beredskapen. Vid omfattande eller långvarig resursbrist kan vårdens behov överstiga tillgången till personal, intensivvårdsplatser, läkemedel, diagnostik eller andra kritiska resurser. Vårdpersonal och beslutsfattare kan då behöva göra svåra prioriteringar under tidspress och med begränsad information. Etiska principer och prioriteringsordningar behöver därför vara kända, diskuterade och övade innan en kris inträffar. De måste vara anpassade till verkligheten och kliniskt applicerbara, samt ge stöd till och skydd för de som arbetar direkt kliniskt. Övningar bör inte bara pröva vilka beslut som fattas, utan också vem som har mandat att fatta dem, hur besluten dokumenteras, hur de kommuniceras till patienter och närstående samt hur personal får stöd när prioriteringarna leder till svåra konsekvenser.