

## FOKUS: GLOBAL HELSE OG FNs SIKKERHETS­RÅD

 Global helse og sikkerhet – en oversikt over  
kunnskapsgrunnlaget

 Henrik Urdal og Ida Rødningen\*  
*Institutt for fredsforskning (PRIO), Norge*

## Sammendrag

Globale helsespørsmål har mange berøringspunkter med internasjonal fred og sikkerhet, men har blitt viet relativt lite oppmerksomhet i diskusjoner i FNs sikkerhetsråd. Denne artikkelen gir en oversikt over kunnskapsgrunnlaget for sammenhengen mellom helse og internasjonal fred og sikkerhet, og belyser fire hovedgrupper av årsakssammenhenger. For det første kan uhelse føre til væpnet konflikt. For det andre kan helsekriser bidra til å svekke beredskapen mot konflikt. For det tredje kan helseintervensjoner bidra til å stabilisere sårbare samfunn i kjølvannet av konflikt. For det fjerde gjør konflikt det vanskelig å løse helsekriser. Alle disse berører også direkte eller indirekte Norges fire hovedprioriteter som valgt medlem i FNs sikkerhetsråd for perioden 2021–2022. Gjennomgangen av disse fire årsakssammenhengene demonstrerer at globale helsespørsmål på flere områder er klart relevante for global sikkerhet.

**Nøkkelord:** globale helsespørsmål • internasjonal sikkerhet • konflikt • Sikkerhetsrådet

## Introduksjon

Globale helsespørsmål har mange berøringspunkter med internasjonal fred og sikkerhet, men har i liten grad blitt diskutert i FNs sikkerhetsråd. Temaet kom for første gang opp i rådet gjennom diskusjonen om mulige konsekvenser for sosial stabilitet av den globale hiv/aids-epidemien. Diskusjonen ledet til den første helserelevante

\*Kontaktinformasjon: Ida Rødningen, e-post: idarod@prio.org

©2021 Henrik Urdal & Ida Rødningen. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

Citation: Urdal, H. & Rødningen, I. (2021). Global helse og sikkerhet – en oversikt over kunnskapsgrunnlaget. *Internasjonal Politikk*, 79(4), 461–469. <http://dx.doi.org/10.23865/intpol.v79.3648>

sikkerhetsrådsresolusjonen i år 2000 (S/RES/1308). Bekymringen for at globale pandemier kan lede til svekkelse og destabilisering av samfunn dukket opp igjen i forbindelse med senere resolusjoner om ebola 2014 og 2018 (henholdsvis S/RES/2177 og S/RES/2439) og om covid-19 i 2020 (S/RES/2532) og 2021 (S/RES/2565). Parallelt med disse diskusjonene har det vært en økende erkjennelse av at væpnet konflikt kan være et grunnleggende hinder for ambisjonen, uttrykt blant annet gjennom FNs bærekraftsmål, om å bedre global helse. Ikke minst kan helseinfrastruktur svikte som følge av krig og konflikt, og i 2016 vedtok Sikkerhetsrådet en egen resolusjon som fastslo viktigheten av å beskytte medisinsk og humanitært personell i konfliktsituasjoner (S/RES/2286). Det globale utbruddet av covid-19 har videre bidratt til å rette rådets oppmerksomhet mot såkalte humanitære våpenhviler som kan muliggjøre humanitær innsats, medisinsk behandling og vaksiner til utsatte befolkningsgrupper (S/RES/2532; S/RES/2565).

Det har vært en viss skepsis til at nye og «ukonvensjonelle» sikkerhetsspørsmål som pandemier og klimaendringer diskuteres i Sikkerhetsrådet. Ikke minst er det en potensiell risiko for at det brer seg en oppfatning av at helserelatert tematikk løftes inn i sikkerhetsdebatten av taktiske årsaker, der hensikten er å øke den politiske prestisjen og dermed oppmerksomheten temaet får. Videre er det en fare for at dersom debatten om helse og konflikt – i den hensikt å skape et momentum – i for stor grad knyttes til den pågående eller andre pandemier, så vil man miste av synet de bredere sikkerhetspolitiske dimensjonene ved globale helsespørsmål. Denne artikkelen argumenterer for at globale helsespørsmål på flere områder spiller en viktig rolle for global sikkerhet, og skiller mellom fire grunnleggende ulike dimensjoner som er sentrale for Sikkerhetsrådets diskusjon om disse temaene. Vi vil først se på hvordan helserelaterte problemstillinger kan føre til konflikt, før det forklares på hvilke måter helsekriser kan svekke beredskapen mot og håndteringen av konflikt. Deretter følger et avsnitt om hvordan helseintervensjoner kan bidra til stabilisering i sårbare samfunn i etterkant av en konflikt, før siste punkt tar for seg en årsaksammenheng i motsatt retning; nemlig at konflikt gjør det vanskeligere å håndtere og løse helsekriser. Avslutningsvis løftes det også frem at alle disse koblingene berører Norges hovedprioriteringer som valgt medlem av Sikkerhetsrådet 2021–2022, og dermed deres relevans for Norges videre engasjement for å sette global helse på rådets dagsorden.

## Fire hovedkoblinger

I en bredere diskusjon om helse og sikkerhet kan man skille mellom helse som et helt grunnleggende fundament for menneskelig sikkerhet (*human security*), i den forstand at et samfunns helsestatus bidrar til å definere innbyggernes sikkerhet i betydningen overlevelse og velvære, og helsespørsmål forstått som noe som påvirker internasjonal sikkerhet i konvensjonell forstand. Det er den siste betydningen som er vårt anliggende i denne artikkelen. Ettersom helse er et relativt nytt og dermed også

svakt belagt tema på Sikkerhetsrådets agenda, er det viktig å sikre både at helsespørsmålene som tas opp er forankret i reelle sikkerhetspolitiske problemstillinger, og at framstillingen har et solid kunnskapsgrunnlag. Denne artikkelen vil bidra til belyse dette feltet og indikere noen hovedveier for å forstå helse som en faktor som påvirker og påvirkes av internasjonal fred og sikkerhet.

For å bringe klarhet i hva som er kunnskapsgrunnlaget kan det i hovedsak trekkes frem fire faglig belagte sett av årsakssammenhenger mellom global helse og internasjonal fred og sikkerhet.

#### 1. Uhelse kan føre til væpnet konflikt

Aller mest grunnleggende kan vi si at *uhelse*, altså en generelt svak helsesituasjon eller svært store forskjeller i helsetilstand mellom ulike grupper innad i samfunn, kan føre til væpnet konflikt, både på kort og lang sikt. Når det gjelder langsiktige sammenhenger vet vi fra forskningen at risikoen for væpnet konflikt er minst i de landene der man lykkes best i å dekke befolkningens grunnleggende behov. Dette omfatter økonomisk sikkerhet og utdanning, men også helse, for eksempel målt ved lav spedbarnsdødelighet (e.g. Kotsadam et al., 2018).

Tilsvarende vet vi at i land og områder der det er store forskjeller i utviklingsindikatorer mellom etniske og religiøse grupper, det vi refererer til som horisontal ulikhet, er det en betydelig økt konfliktrisiko (Østby, 2008). Dette gjelder også for store ulikheter i helse, som for eksempel systematisk ulikhet i tilgang til mødre- og barn-helsetjenester (Chi et al., 2015; Kotsadam et al., 2018).

Det er vanskelig å isolere effekten av helse fra andre utviklingsindikatorer, som inntekt per innbygger, og innsikt i slike brede sammenhenger gir heller ikke noen spesielt anvendelige politiske verktøy for Sikkerhetsrådet. Men som et narrativ som kan motivere til det å bringe temaet opp i Sikkerhetsrådet, er det godt faglig belegg for å si at land med bedre helse også er mer fredelige, alt annet likt.

Vi kan imidlertid også forestille oss situasjoner hvor uhelse kan føre til væpnet konflikt på kort sikt: akutte situasjoner hvor helsekriser skaper økonomiske og sosiale kriser som raskt og direkte kan påvirke fred og sikkerhet. Det er for tidlig til å si noe generelt om den pågående covid-19-pandemien, men vi vet fra forskningen at særlig perioder med økonomisk turbulens og nedgang er forbundet med økt konfliktrisiko (se eksempelvis Collier & Hoeffler, 2004).

Helsekriser kan svekke tilliten til myndigheter, for eksempel ved svekket tillit til politiske institusjoner og ledere (Eichengreen et al., 2021). Selv om det kan argumenteres for at kriser også kan føre til økt tillit og støtte til politisk lederskap, eller den såkalte «rally-round-the-flag»-effekten først beskrevet av statsviteren John E. Mueller i 1970. Dette er ofte en konsekvens av hendelser som er av internasjonal karakter, og som dessuten er «specific, dramatic, and sharply focused.» (Mueller, 1970, s. 21). Det er ikke unaturlig å se grensekryssende helsekriser som epidemier og pandemier som eksempler på disse, selv om helsekriser, i motsetning til for eksempel terrorangrep, kan være langvarige. Likevel hevdes det at økt tillit ofte er en kortvarig effekt

(Kritzinger et al., 2021), og der helsekriser bidrar til svekket tillit til myndighetene, kan dette skape et potensiale for folkelig mobilisering mot myndighetenes håndtering av krisen. Dette kan i prinsippet gjelde både for reaksjoner mot svak eller utilstrekkelig håndtering, og mot svært inngripende tiltak som oppleves som tvang. Ett eksempel på dette er «uorganisert vold» utøvd av sivile under ebola-utbruddet i Vest-Afrika 2014–2016, hvor en studie fant at opptøyer og vold rettet mot myndighetsinstitusjoner økte med 40 prosent under epidemien (González-Torres & Esposito, 2020), eller protestene vi nå ser i byer verden over i forbindelse med covid-19. Det er veldig plausibelt at slike situasjoner kan utnyttes av opportunistiske grupper, og dermed en mulighet for at protester kan eskalere til krav om regimeskifte, voldelige opptøyer og i ytterste konsekvens også til organisert væpnet motstand (Ives & Lewis, 2019). Risikoen er særlig stor for at helsekriser kan fungere som «katalysator» for voldelig konflikt der det allerede finnes en grunnleggende misnøye. Særlig kan dette knyttes til betydningen av helsekriser for økonomiske kriser, eksempelvis er det observert en sterk økning i voldshendelser i India og Uganda knyttet til tap av arbeid og inntekt under nedstengninger som følge av koronapandemien (Bloem & Salemi, 2021).

## 2. Helsekriser svekker beredskapen mot konflikt

Når det oppstår en helsekrise kan dette bidra til å svekke beredskapen mot og håndtering av konflikt. Ett viktig eksempel på dette er at kriser som gjør fysisk forflytning vanskeligere, som den nåværende pandemien, fører til at det er vanskeligere å bedrive et effektivt diplomati. Dette kan svekke mekanismer som meklings- og fredsforhandlinger. Eksempelvis har meklings- og forhandlingsprosesser for konfliktene i Syria og Jemen måttet foregå virtuelt under covid-19, og selv om en slik omstilling til en viss grad kan øke tilgjengelig og frekvens på fredssamtaler, har det også blant annet ført til svekket konfidensialitet og vanskeliggjort interaksjon (Bramsen & Hagemann, 2021).

Videre kan smittsomme sykdommer bidra til å svekke fredsbevarende styrker, og dermed deres evne til å opprettholde fred og orden (Elbe, 2006, s. 121). Dette har ikke minst vært en bekymring knyttet til hiv/aids i Afrika sør for Sahara, og bakgrunnen for den første helserelaterte resolusjonen, resolusjon S/RES/1308, i år 2000. Spredning av smittsomme sykdommer som hiv/aids kan svekke operasjonell evne innad i styrken, for eksempel ved å svekke styrkens evne til tilstrekkelig trening under vanskelige forhold (Akenroye, 2013, s. 365–366). I tillegg kan slik spredning gjøre soldatene til smittebærere overfor sivilbefolkningen, for eksempel som et resultat av en økning i kjøp og salg av sex (Iqbal & Zorn, 2010, s. 152). Det at sykdommer som hiv/aids spres av fredsbevarende styrker kan også bidra til at innsatsen og dets personell er mindre ønsket av mottakerlandet, og i så måte vanskeliggjør samarbeidet mellom styrken og landet den er deployert i (Akenroye, 2013, s. 369–370). Videre er det heller ikke uten betydning at land som bidrar til fredsbevarende styrker kan stille seg skeptiske til å stille med personell dersom de oppfatter at sjansen er stor for smitte blant soldatene (Elbe, 2003, s. 41). Man kan også se for seg at smittsomme

sykdommer som ebola og covid-19 på alvorlig sett begrenser bevegelses- og handlefriheten til fredsbevarende styrker. I så måte kan man si at en helsekrise ikke bare svekker evnen til håndtering av en konflikt ved hjelp av for eksempel fredsbevarende innsats *under* selve konflikten, men også den *stående beredskapen* som konflikthåndtering skal kunne benytte seg av når konflikten bryter ut. FNs sikkerhetsråds resolusjoner om ebola har til en viss grad anerkjent at utbrudd av ebola utgjør en trussel mot pågående fredsbevarende prosesser, selv om ordlyden har vært heller forsiktig (Haugevik et al., 2021).

### 3. Helseintervensjoner kan bidra til å stabilisere sårbare post-konfliktsamfunn

Det er, som nevnt, godt belagt at ulikhet, også i grunnleggende helsetjenester, kan være en destabiliserende faktor (Østby, 2008, se også Hillesund et al., 2018 og Reid-Henry, 2016). I post-konfliktsamfunn, som en del av fredsbyggingsstrategien, er det derfor viktig å ha fokus på å nå utsatte grupper med humanitær og langsiktig bistand (se bl.a. Kotsadam et al., 2018). Det er enorme forskjeller mellom grupper i en del av de landene der vi ser langvarig konflikt, ikke minst i mange land i Sahel (se Bahgat et al., 2017, for en global kartlegging av utviklingstrekk og Theisen et al., 2020, for en studie om etno-politisk favorisering i mødrehelsetilbud).

Forskningen viser at helsekonsekvensene for mennesker drevet på flukt ikke gjør seg gjeldende i landet de flykter fra, men i mottakerlandet (Iqbal, 2010, kap. 8). Ofte rettes det stor internasjonal humanitær innsats inn mot områder der det befinner seg store flyktningestrømmer. En konsekvens er at helsestatus til migrantbefolkninger i flyktningeleire med god helsedekning paradoksalt kan være bedre enn den flyktningene hadde på sitt hjemsted (se Urdal & Che, 2013, for en oversikt over denne litteraturen). Det er også slik at flyktningene også kan få tilgang til helsetjenester som ikke er tilgjengelig for lokalbefolkningen i området som mottar flyktningene, noe som kan skape konflikter (Orach & De Brouwere, 2004). Derfor er det viktig at man, når man setter inn en innsats rettet mot flyktninger, også innretter de samme tjenestene mot lokalbefolkningen og dermed forebygger ny eller eskalerende konflikt, noe man har sett eksempler på fra Uganda (Orach & De Brouwere, 2004) og Guinea (McGinn, 2000).

Fokus på betydningen av at helseintervensjoner som forstås av internasjonale og humanitære organisasjoner i sårbare, post-konflikt-land kan oppfordres til spesielt å bidra til likebehandling som en måte å forebygge ny konflikt uten at det direkte kan leses som kritikk av interndistribusjon. Måten man nærmer seg spørsmål om for eksempel helseulikhet kan ha betydning for hvordan dette mottas i Sikkerhetsrådet, og dermed om man vil kunne få gjennom en resolusjonstekst.

### 4. Konflikt gjør det vanskeligere å løse helsekriser

Til slutt er det også viktig å nevne en årsakssammenheng i motsatt retning, nemlig at konflikt gjør det vanskeligere å håndtere og løse helsekriser.

Generelt fører konflikt til store helsekonsekvenser. I tillegg til de direkte dødsfallene i konflikt (Pettersson & Öberg, 2020) kommer den indirekte dødeligheten. I mange konflikter er den indirekte dødeligheten større enn antall drepte på slagmarken, og ringvirkningene kan vare lenge etter at konflikten er slutt (Iqbal, 2010, s. 47–48; Li & Wen, 2005; Murray et al., 2002). Studier som statistisk har sett på konflikt i mange land over tid, har blant annet dokumentert en betydelig forekomst og overdødelighet fra smittsomme sykdommer som malaria, tuberkulose og andre luftveissykdommer (Ghobarah et al., 2003, s. 200) samt fra underernæring og sykdom (Druce et al., 2019, s. 3). Noen studier antyder at det er kjønnsforskjeller i konfliktrelatert dødelighet (Plümper & Neumayer, 2006). Menn rammes hardest som stridende under en krig, mens menn og kvinner rammes ulikt av de indirekte konsekvensene. En viktig årsak til høy indirekte dødelighet blant kvinner under konflikt, er økt mødredødelighet (Urdal & Che, 2013; Østby et al., 2018),

Videre bidrar konflikt til at det er vanskeligere å håndtere helsekriser fordi helsepersonell ofte blir drevet på flukt som et resultat av målrettet ødeleggelse, skade eller angrep mot sykehus, ambulanser og annen medisinsk infrastruktur (Rubenstein & Bittle, 2010, s. 329). I noen konflikter rettes også angrep direkte mot helsepersonell i form av drap, trusler, arrestasjoner, kidnapping og så videre (Rubenstein & Bittle, 2010, s. 332). Det hevdes at målrettede angrep mot helsefasiliteter i økende grad blir brukt som en bevisst taktikk av stridende parter i konflikt, og vi har sett eksempler på slike de siste årene i blant annet Syria, Irak, Jemen og Sør-Sudan (Druce et al., 2019). Slike angrep utgjør tydelig brudd på, og mangel på respekt for, blant annet retten til medisinsk nøytralitet for helsepersonell under internasjonal humanitærrett, og blir brukt som virkemiddel for både militær og politisk vinning (Rubenstein & Bittle, 2010, s. 332).

En annen viktig årsak er at konflikt gjør det vanskelig å nå spesielt utsatte befolkningsgrupper. Ett eksempel på dette er vaksinedistribusjon til grupper på flukt under konflikt. På lang sikt vil tvungen migrasjon, som et resultat av voldelig konflikt, redusere den generelle tilgangen til helsetjenester. Under konflikt vil det være utfordringer både med tanke på tilbud, for eksempel på grunn av krevende infrastruktur til transport, lagring og leveranse, og etterspørsel, for eksempel på grunn av mistillit til leverandører, rykter og frykt (Østby et al., under utgivelse). I noen spesielle tilfeller, som polio, overlever sykdommen primært som «konfliktområdesykdom». Vilt poliovirus finnes nå kun i grenseområdene Pakistan-Afghanistan og Nigeria.

## Konklusjon

Disse fire hovedsettene av årsakssammenhenger er godt forankret i forskningen, og bør kunne bidra til å informere og stimulere en videre behandling av helserelatert tematikk i Sikkerhetsrådet. Det er imidlertid viktig også å understreke at enkelte av Sikkerhetsrådets virkemidler potensielt kan ha svært store helsekonsekvenser. Ikke minst gjelder dette indirekte konsekvenser av sanksjonsregimer. Men det er også noen mer direkte konsekvenser, ved at soldater i fredsbevarende operasjoner kan

bidra til å spre smittsomme, særlig seksuelt overførbare sykdommer, noe som nødvendigvis forebyggende tiltak. En slik utvikling kan gjøre det vanskelig å håndtere en pågående situasjon, samt å forebygge nye.

Måten helserelaterte spørsmål fremmes for Sikkerhetsrådet kan ha betydning for hvordan disse tas imot av rådets medlemmer. Ett eksempel er spørsmålet om helseulikhet som diskuteres i artikkelen, og spesielt dersom man skal kunne få vedtatt en helserelatert resolusjonstekst. Dette er ekstra krevende fordi helserelaterte temaer sjelden oppfattes som direkte relevante trusler mot internasjonal fred og sikkerhet i konvensjonell forstand.

Avslutningsvis er det ikke uten betydning for Norge at global helsetematikk også direkte og indirekte berører de fire hovedprioriteringene som valgt medlem i FNs sikkerhetsråd for 2021–2022: beskyttelse av sivile, klima og konflikt, inkludering av kvinner i freds- og sikkerhetsarbeid og fredsdiplomati. Som vist over brukes angrep mot medisinsk personell og infrastruktur i økende grad som taktikk i konflikt, og i visse konflikter later dette til å være en del av en voldelig kampanje rettet mot sivilbefolkningen (Rubenstein & Bittle, 2010, s. 332). Klimaendringer bidrar direkte og indirekte til å drive mennesker på flukt, som kan være med på å vanskeliggjøre, for eksempel, tilgang til helsetjenester. Som diskutert over rammes kvinner og menn ulikt av de indirekte helsekonsekvensene av konflikt på lengre sikt, og det blir mer krevende å utøve effektivt diplomati, herunder fredsdiplomati, når store helsekriser som covid-19 gjør fysisk forflytning vanskeligere. Det er og bør være viktig for Norge å fortsette å sette global helse på agendaen, og å gjøre det ved hjelp av å dra på den solide forskningskompetansen vi har opparbeidet oss.

## Om forfatterne

**Henrik Urdal** er direktør og forsker I ved Institutt for fredsforskning, PRIO. Han har en doktorgrad i statsvitenskap fra Universitetet i Oslo (2007). Urdal har tidligere vært redaktør for *Journal of Peace Research*, og har gjennomført opphold som gjesteforsker ved Harvard Kennedy School og East-West Center. Han har publisert i ledende internasjonale tidsskrifter innenfor statsvitenskap, internasjonal politikk, demografi, internasjonal helse, geografi og utviklingsstudier, og har hatt oppdrag for organisasjoner som Verdensbanken, FN og USAID. Urdals spesialfelt er befolkningsutvikling og konflikt. Han er også en del av sekretariatet for Dialogforum for Norges rolle i FNs sikkerhetsråd 2021–2022.

**Ida Rødningen** er vitenskapelig assistent ved Institutt for fredsforskning, PRIO, hvor hun blant annet jobber på et prosjekt om kvinners deltakelse i FN- og NATO-operasjoner. Hun har en mastergrad i internasjonal sikkerhet fra Institut d'Etudes Politiques, Sciences Po Paris (2019), med fokus på menneskerettigheter og Russland. Rødningen har tidligere vært tilknyttet Den norske Atlanterhavskomiteé, Norges ambassade i Canada og FNs høykommissær for flyktninger i Malaysia. Hun er også en del av sekretariatet for Dialogforum for Norges rolle i FNs sikkerhetsråd 2021–2022.

## Referanser

- Akenroye, A. (2013). Navigating the complexity of HIV/AIDS in African peacekeeping missions: Challenges and prospects. *Journal of International Peacekeeping*, 17(3–4), 361–381. <https://doi.org/10.1163/18754112-1704010>
- Bahgat, K., Dupuy, K., Gates, S., Nygård, H. M., Rustad, S. A., Strand, H., Urdal, H., Østby, G., Barrett, G. & Hillesund, S. (2017). *Inequality and armed conflict: Evidence and data. Background report for the UN and World Bank flagship studies on development and conflict prevention*. PRIO. <https://www.prio.org/publications/10538>
- Bloem, J. R. & Salemi, C. (2021). COVID-19 and conflict. *World Development*, 140, 105294. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105294>
- Bramsen, I. & Hagemann, A. (2021) The missing sense of peace: Diplomatic approachment and virtualization during the COVID-19 lockdown. *International Affairs*, 97(2), 539–560. <https://doi.org/10.1093/ia/iaaa229>
- Chi, P. C., Bulage, P., Urdal, H. & Sundby, J. (2015). A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(18). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0449-8>
- Collier, P. & Hoeffler, A. (2004). Greed and grievance in civil war. *Oxford Economic Papers*, 56(4), 563–595. <https://doi.org/10.1093/oep/gpf064>
- Druce, P., Bogatyreva, E., Siem, F. F., Gates, S., Kaade, H., Sundby, J., Rostrup, M., Andersen, C., Rustad, S. A., Tchic, A., Mood, R., Nygård, H. M., Urdal, H. & Winkler, A. S. (2019). Approaches to protect and maintain health care services in armed conflict – meeting SDGs 3 and 16. *Conflict and Health*, 13(2). <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0186-0>
- Eichengreen, B., Saka, O. & Aksoy, C. G. (2021). *The political scar of epidemics* (NBER Working paper No. 27401). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27401>
- Elbe, S. (2003). Chapter 3: HIV/AIDS and peacekeeping operations. *Adelphi series*, 43(357), 39–44. <https://doi.org/10.1080/714027880>
- Elbe, S. (2006). Should HIV/AIDS be securitized? The ethical dilemmas of linking HIV/AIDS and security. *International Studies Quarterly*, 50(1), 119–144. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00395.x>
- Ghobarah, H. A., Huth, P. & Russett, B. (2003). Civil wars kill and maim people – long after the shooting stops. *American Political Science Review*, 97(2), 189–202. <https://doi.org/10.1017/S0003055403000613>
- Gizelis, T.-L., Karim, S., Østby, G. & Urdal, H. (2017). Maternal health care in the time of Ebola: A mixed-method exploration of the impact of the epidemic on delivery services in Monrovia. *World Development*, 98, 169–178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.04.027>
- Gonzalez-Torres, A. & Esposito, E. (2020). Epidemics and conflict: Evidence from the Ebola outbreak in Western Africa. SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3544606>
- Haugevik, K., Kuusik, P., Raik, K. & Schia, N. N. (2021). *Small states, different approaches. Estonia and Norway on the UN Security Council*. Estonian Foreign Policy Institute, International Centre for Defence and Security. <https://efpi.icds.ee/en/small-states-different-approaches-estonia-and-norway-on-the-un-security-council/>
- Hillesund, S., Bahgat, K., Barrett, G., Dupuy, K., Gates, S., Nygård, H. M., Rustad, S. A., Strand, H., Urdal, H. & Østby, G. (2018). Horizontal inequality and armed conflict: A comprehensive literature review. *Canadian Journal of Development Studies*, 39(4), 463–480. <https://doi.org/10.1080/02255189.2018.1517641>
- Iqbal, Z. (2010). *War and the health of nations*. Stanford University Press.
- Iqbal, Z. & Zorn, C. (2010). Violent conflict and the spread of HIV/AIDS in Africa. *Journal of Politics* 72(1), 149–162. <https://doi.org/10.1017/s0022381609990533>
- Ives, B. & Lewis, J. S. (2019). From rallies to riots: Why some protests become violent. *Journal of Conflict Resolution*, 64(5), 958–986. <https://doi.org/10.1177/0022002719887491>
- Kotsadam, A., Østby, G., Rustad, S. A., Tollefsen, A. F. & Urdal, H. (2018). Development aid and infant mortality: Micro-level evidence from Nigeria. *World Development*, 105, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.12.022>
- Kritzinger, S., Foucault, M., Lachat, R., Partheymüller, J., Plescia, C. & Brouard, S. (2021). Rally round the flag: The COVID-19 crisis and trust in the national government. *West European Politics*, 44(5–6), 1205–1231. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1925017>
- Li, Q. & Wen, M. (2005). The immediate and lingering effects of armed conflict on adult mortality: A time-series cross-national analysis. *Journal of Peace Research*, 42(4), 471–492. <https://doi.org/10.1177/0022343305054092>
- McGinn, T. (2000). Reproductive health of war-affected populations: What do we know? *International Family Planning Perspectives* 26(4), 174–180. <https://doi.org/10.2307/2648255>
- Mueller, J. E. (1970). Presidential popularity from Truman to Johnson. *American Political Science Review*, 64(1), 18–34. <https://doi.org/10.2307/1955610>



- Murray, C. J. L., King, G., Lopez, A. D., Tomijima, N. & Krug, E. (2002). Armed conflict as a public health problem. *British Medical Journal*, 324(7333), 346–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.346>
- Orach, C. G. & V. De Brouwere. (2004). Post-emergency health services for refugee and host populations in Uganda, 1999–2002. *Lancet*, 364(9434), 611–612. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16854-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16854-2)
- Petterson, T. & Öberg, M. (2020). Organized violence, 1989–2019. *Journal of Peace Research*, 57(4), 597–613. <https://doi.org/10.1177/0022343320934986>
- Plümper, T. & Neumayer, E. (2006). The unequal burden of war: The effect of armed conflict on the gender gap in life expectancy. *International Organization*, 60(3), 723–754. <https://doi.org/10.1017/S0020818306060231>
- Reid-Henry, S. (2016). Just global health? *Development and Change*, 47(4), 712–733. <https://doi.org/10.1111/dech.12245>
- Rubenstein, L. S. & Bittle, M. D. (2010). Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict. *The Lancet*, 375(9711), 329–340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61926-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61926-7)
- Theisen, O. M., Strand, H. & Østby, G. (2020). Ethno-political favoritism in maternal health care service delivery: Micro-level evidence from sub-Saharan Africa, 1981–2014. *International Area Studies Review*, 23(1), 3–27. <https://doi.org/10.1177/2233865919895862>
- United Nations Security Council (UNSC). (2020). *Resolution 2532, S/RES/2532*. [https://undocs.org/en/S/RES/2532\(2020\)](https://undocs.org/en/S/RES/2532(2020))
- United Nations Security Council (UNSC). (2021). *Resolution 2565, S/RES/2565*. [https://undocs.org/en/S/RES/2565\(2021\)](https://undocs.org/en/S/RES/2565(2021))
- Urdal, H. & Che, C. P. (2013). War and gender inequalities in health: The impact of armed conflict on fertility and maternal mortality. *International Interactions*, 39(4), 489–510. <https://doi.org/10.1080/03050629.2013.805133>
- Østby, G. (2008). Polarization, horizontal inequalities and violent civil conflict. *Journal of Peace Research*, 45(2), 143–162. <https://doi.org/10.1177/0022343307087169>
- Østby, G., Urdal, H., Tollefsen, A. F., Kotsadam, A., Belbo., R. & Ormhaug, C. M. (2018). Organized violence and institutional child delivery: Micro-level evidence from Sub-Saharan Africa, 1989–2014. *Demography*, 55(4), 1295–1316. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0685-4>
- Østby, G., Shemyakina, O., Tollefsen, A. F., Urdal, H. & Verpoorten, M. (under utgivelse). Public health and armed conflict: Immunization coverage in times of systemic disruptions. *Population and Development Review*.

### Abstract in English

#### Global Health and Security – an Overview of Academic Knowledge

Global health issues are relevant to international peace and security in numerous ways but have so far received little attention in the United Nations Security Council. This article provides an overview of the status of academic knowledge about the ways that global health and international peace and security are connected, and it highlights four main causal relationships. First, societies with poor overall health conditions or with great health inequalities between different groups, are more prone to armed conflict. Second, health crises can weaken societies' resilience and capacity to deal with conflict. Third, health interventions may contribute to stabilize vulnerable post-conflict societies in the wake of conflict. And fourth, armed conflict makes it more difficult to solve health crises. All four aspects of the health and security nexus directly or indirectly touch on Norway's four main priorities as an elected member of the UN Security Council in 2021–2022. The presentation of the various causal relations demonstrates that global health issues are clearly relevant for global security.

**Keywords:** global health issues · international security · conflict · UN Security Council