

FOKUS: GLOBAL HELSE OG FNs SIKKERHETS­RÅD

Grensekryssende helsetrusler og FNs sikkerhetsråd

 John-Arne Røttingen* og Kristine Husøy Onarheim
Utenriksdepartementet, Norge

Sammendrag

Covid-19-pandemien har tydeliggjort hvordan grensekryssende helsetrusler har samfunnsmessige konsekvenser. Epidemier ute av kontroll og andre ikke-kontrollerte grensekryssende helsetrusler kan sees som trusler mot fred og sikkerhet. Slike helsekriser kan ha store negative konsekvenser på helse, sosiale forhold og økonomisk utvikling, og har derfor potensiale for å bli både lokale, regionale og globale sikkerhetskriser. Stor ulikhet i tilgang til virkemidler for å kunne håndtere en helsekrise – eksempelvis medisinske tiltak som vaksiner, legemidler og diagnostikk – kan skape eller forverre ustabilitet og være en sikkerhetsutfordring i seg selv. Med fokus på erfaringer fra covid-19-pandemien vektlegger vi i denne artikkelen global helsesikkerhet som et globalt fellesgode. En økende interesse for grensekryssende helsetrusler i FNs sikkerhetsråd gir muligheter og handlingsrom, men utfordrer også hvordan helsetrusler tolkes og tilnærminger til den internasjonale responsen.

Nøkkelord: global helsesikkerhet · pandemiberedskap · global helse · FNs Sikkerhetsråd

Introduksjon

Mot slutten av 2021 er det gått to år siden et lokalt utbrudd av en nytt koronavirus spredde seg fra Wuhan i Kina og ble den største pandemien siden spanskesyken. Mer enn 253 millioner mennesker er rapportert smittet og 5,1 millioner mennesker er døde av covid-19 (WHO, 2021a). Generelle dødelighetstall indikerer at dødeligheten

*Kontaktinformasjon: John-Arne Røttingen, e-post: jarr@mfa.no

©2021 John-Arne Røttingen & Kristine Husøy Onarheim. 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: Røttingen, J.-A. & Onarheim, K. H. (2021). Grensekryssende helsetrusler og FNs sikkerhetsråd. *Internasjonal Politikk*, 79(4), 450–460. <http://dx.doi.org/10.23865/intpol.v79.3651>

forårsaket av pandemien selv og tiltakene for å kontrollere den trolig er mer enn dobbelt så høyt som rapporterte dødsfall (IHME, 2021; The Economist, 2021).

Covid-19-pandemien ble klassifisert som en internasjonal folkehelsekrise av Verdens helseorganisasjon (WHO) 30. januar 2020 (WHO, 2020), men dette er ikke bare en helsekrise. Alle land har sett store sosiale og økonomiske konsekvenser av pandemien og smitteverntiltakene. For mange land har tiltaksbyrden vært høyere enn sykdomsbyrden forårsaket av pandemien. I tillegg til å ha å rokket den makroøkonomiske stabiliteten, påvirker også pandemien global sikkerhet og geopolitikk og står høyt på den internasjonale agendaen. Covid-19 har vært tema i flere resolusjoner og møter i FNs sikkerhetsråd (UNSC, 2020, 2021).

Sikkerhetsrådets kjernemandat er å sikre internasjonal fred og sikkerhet. Covid-19 har vist hvordan grensetruende helsetrusler har konsekvenser langt ut over helse, med pandemi og nedstenginger som årsak til økende matusikkerhet og fattigdom (World Bank, 2021). Dette har videre potensiale til å skape eller forverre konflikt og ustabilitet (Guterres, 2021). Det er påvist sammenhenger mellom fattigdom og dårlig helse og fare for konflikt (Pedersen, 2009; Pinstруп-Andersen, 2008). En krevende helsesituasjon kan kunne virke som katalysator i områder der det allerede er etablert et grunnlag for slik konflikt. Tilsvarende kan konflikt bidra til å forverre en helsekrise bl.a. pga. redusert tilgang til helsetjenester og helseteknologi. Det er også positive sammenhenger, hvor helseintervensjoner kan bidra til å stabilisere situasjonen i og etter konflikter, inkludert relasjonen mellom lokalbefolkning og migranter eller når våpenhviler, humanitære pauser og opphør av konflikt bidrar til å bedre helsesituasjonen.

Vi vil her drøfte Sikkerhetsrådets mulige roller på helseområdet med vekt på grensekryssende helsetrusler, i praksis infeksjonssykdommer og biologiske trusler, gitt erfaringene med covid-19-pandemien og behov for reformer i det globale systemet for pandemiberedskap og -respons. Hovedspørsmålet er hvilken effekt FNs sikkerhetsråd og dets virkemidler kan ha som instrument for å forebygge eller respondere på helsekriser. Artikkelen er basert på innlegg holdt ved et dialogforum om Global helse og internasjonal fred og sikkerhet, og bygger på relevant forskning og erfaring innen global helse og infeksjonstrusler, men representerer ikke formelle synspunkt fra Utenriksdepartementet, hvor begge artikkelforfatterne er tilsatt.

Helse i Sikkerhetsrådet

Sikkerhetsrådet har hittil vedtatt to resolusjoner knyttet til covid-19 (UNSC, 2020, 2021a). Resolusjonen 2532 fra 2020 satte fokus på covid-19 knyttet til konfliktområder og våpenhvile, mens resolusjon 2565 fra 2021 hadde en bredere innramming og tok opp spørsmål om global tilgang til vaksiner og annen helseteknologi. Covid-19 er tredje infeksjonssykdom som er tema i Sikkerhetsrådet. Etter at hiv/aids kom opp i år 2000 har det vært økt vekt på helse gjennom flere resolusjoner på hiv/aids og ebola, og nå altså covid-19 (se tabell 1). Sikkerhetsrådet har også satt fokus

Tabell 1. Helserelevante resolusjoner i Sikkerhetsrådet

Helsetema	Resolusjon (år)	Innhold
Covid-19	2532 (UNSC 2020) 2565 (UNSC 2021)	Vinkling resolusjon 2532: <ul style="list-style-type: none">– Covid-19-pandemien med særlig fokus på land rammet av konflikt, etter konflikt eller i humanitær krise– Krav om våpenhvile og trygg, uhindret tilgang til å kunne bidra med humanitær assistanse– Resolusjonen pekte på uforholdsmessige negative konsekvenser på minoriteter (kvinner, flyktninger, eldre, mennesker med funksjonsnedsettelse) Vinkling resolusjon 2565: <ul style="list-style-type: none">– Gjentar fokus på konflikt, etter konflikt eller i humanitær krise og krav om våpenhvile– Tydelig fokus på løsninger gjennom ACT-A og Covax og å sikre rettferdig tilgang generelt, og det internasjonale ansvar. Tydelig fokus på covid-19-teknologi og tilgjengeliggjøring, gjennom ulike mekanismer (inkl. donasjon, produksjon) og humanitær setting spesielt– Påpeker hvordan covid-19-pandemien er en trussel for langsiktig fred og sikkerhet
Beskyttelse av medisinsk og humanitært personell i konflikt	2286 (UNSC 2016)	Vinkling: <ul style="list-style-type: none">– Fordømmelse av vold mot helsesystem– Oppfordring om å gripe inn forebyggende og for bedre data og rapportering Tilretteleggende faktorer: <ul style="list-style-type: none">– Grunnarbeid og behandling i WHO i for- og etterkant av resolusjon, inkl. oppfølging– Ligger tett opp mot FNs sikkerhetsråds fokus på konfliktområder
Ebola	2177 (UNSC 2014), 2439 (UNSC 2018)	Vinkling: <ul style="list-style-type: none">– Utbrudd som trussel for internasjonal fred og sikkerhet, med mulighet til å reservere framgang og fare for uro, ustabilitet og forverring av politisk og sikkerhetspolitisk klima. Innvirkning på matsikkerhet, handel og reise.– Understreket viktighet av FNs rolle i en helsekrise og bidro til å mobilisere ressurser. Tilretteleggende faktorer: <ul style="list-style-type: none">– Drevet fram av «failure av WHO» i å håndtere ebolautbrudd i Guinea, Liberia og Sierra Leone– Oppmerksomhet fra sivilt samfunn om økt humanitær innsats– FNs generalsekretær: Anerkjente viktighet, tydeliggjorde mulige politiske, sosiale, humanitære og sikkerhetsaspekter av ebolautbruddet– WHO generaldirektør: Ebola som en av de største utfordringene FN har stått ovenfor i fredstid: en trussel for nasjonal sikkerhet ut over områdene rammet av utbruddet– 2177 resolusjonen hadde 130 ko-sponsorer (høyeste antall i SRs historie) Motstand: <ul style="list-style-type: none">– Unenighet om universell relevans, noen påpekte det vesentlig var helse- og utviklingsmessige utfordringer heller enn fred og sikkerhet

(Forts.)

Tabell 1. (Forts.)

Helsetema	Resolusjon (år)	Innhold
HIV/AIDS	1308 (UNSC 2000) 1983 (UNSC 2011)	Vinkling: – Påvirkning av hiv/aids på militære og fredsbevarende styrker, inkl. personell Motstand: – UNSG: Så ikke hiv/aids som tradisjonell SR-sak – Ikke alle land så på hiv som en universell utfordring (Afrika hardest rammet)

på helse gjennom fordømmelse av og forslag til tiltak mot vold mot medisinsk og humanitært personell i konflikt (UNSC, 2016). Samtidig ser en at andre sykdomsspesifikke helsetema, som utbrudd av zika og SARS, og kroniske helseutfordringer som underernæring, ikke har vært løftet i Sikkerhetsrådet. Det samme gjelder andre helseutfordringer med behov for felles internasjonalt samarbeid, som antimikrobiell resistens eller klimaendringer og helse.

Den første helserelevante resolusjonen (UNSC, 2000) fokuserte på hiv/aids-pandemiens effekt på samfunn og sosial stabilitet, inkludert spørsmål om vold og usikkerhet, samt testing og trening av personell i FNs fredsbevarende operasjoner. I 2014 og 2018 kom Sikkerhetsrådet med resolusjoner om ebolautbruddene i Vest-Afrika og i DR Kongo (UNSC, 2014, 2018). Med drøftingen av ebola i Sikkerhetsrådet, ble resolusjonene mer tydelige på at utbruddene utgjør en trussel mot internasjonal fred og sikkerhet. Selv om resolusjonene vesentlig satte fokus på behov for handling og erkjennelse av problemene, pekte resolusjonene også på hvordan ebolautbruddet var en trussel mot pågående fredsbyggingsprosesser, samt negative effekter på den politiske, sikkerhetsmessige, sosioøkonomiske og humanitære situasjonen i regionen (UNSC, 2014, 2018). Sikkerhetsrådet fremhevet også betydningen av samordning og koordinering mellom stater, organisasjoner og internt i FN-systemet, samt solidaritet og behov for å motvirke negative effekter i sårbare stater.

Disse trendene ble så enda tydeligere i 2020. Den første resolusjon på covid-19-pandemien (UNSC, 2020) kom med en tydelig oppfordring til global våpenhvile. Denne resolusjon ble så fulgt opp av en ny covid-19-resolusjon (UNSC, 2021) om humanitære pauser og vaksinedistribusjon. Resolusjonen hadde betydelig bredere tilnærming, og viste til konkrete institusjoner og mekanismer, med fokus på WHO, det internasjonale helsereglementet (IHR), Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A) og Covax, vaksinepilaren i sistnevnte (WHO, 2021b). Resolusjonen satte fokus på at den ujevne fordelingen av utstyr for å håndtere pandemien kan skape sivil uro, internasjonale konflikter eller danne grunnlag for konspirasjonsteorier og terrorisme.

Generelt kan epidemier ute av kontroll og andre ikke-kontrollerte grensekryssende helsetrusler sees som ikke-militære sikkerhetstrusler mot fred og sikkerhet. Slike helsekriser kan ha store negative konsekvenser på samfunn og økonomi, og har derfor potensiale for å bli både lokale, regionale og globale sikkerhetskriser. Dersom det også oppstår en stor ulikhet i tilgang til virkemidler for å kunne håndtere en helsekrise – eksempelvis medisinske mottiltak som vaksiner, legemidler og diagnostikk – kan det i seg selv skape ustabilitet og sikkerhetsutfordringer. Slik ulikhet kan være nasjonal, mellom grupper i befolkningen, regional, mellom land i samme område, eller global, mellom regioner eller andre konstellasjoner av land. Slik ulikhet gir også grunnlag for strategiske bidrag til å sikre eller hindre andre land eller områder tilgang til medisinske mottiltak, kjent som «vaksinediplomati» i covid-19-krisen. Dette kan skje gjennom å avhjelpe andre land eller aktører mulighet til å håndtere kriser, eksempelvis gjennom donasjon eller salg av covid-19-vaksiner, inkludert fra Kina, Russland og India, men også vestlige land (Moon, 2020; UNICEF, 2021). Dette kan også skje gjennom å indirekte eller direkte hindre tilgang til medisinske mottiltak til land, i borgerkrig eller til minoritetsgrupper i land eller områder med uro, som beskrevet i Myanmar (BMJ Opinion, 2021).

Internasjonal pandemiberedskap og -respons

Som vi ser for covid-19, vil den internasjonale responsen i møte med en pandemi i stor grad handle om tilgang til og kunnskap om virkemidler som kan forebygge smittespredning og unngå alvorlig sykdom og død. Dette vil både gjelde medisinske teknologier, folkehelseiltak, bruk av smittevernustyr og andre samfunnsmessige tiltak for å redusere antall kontakter og øke avstand mellom mennesker. For å forebygge, redusere risiko for nye pandemier og ha beredskap for å raskt kunne håndtere epidemier, er det behov for både å forsterke og supplere etablerte mekanismer og systemer. Infeksjonsforebygging bør skje i et «En helse»-perspektiv og også sette fokus på sosioøkonomiske forhold, som fattigdom eller tettbodddhet. Disse faktorene er viktige, men krevende å adressere i en akutt pandemifase. Basert på erfaringene fra covid-19 anbefaler flere ekspertpaneler hvordan man kan sikre bedre internasjonal pandemiberedskap og -respons, som WHO Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR), G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response (G20 HLIP) og Global Preparedness Monitoring Board (G20 HLIP, 2021; GPMB 2021; IPPPR, 2021).

WHO har en helt sentral rolle i et forbedret internasjonalt system for pandemiberedskap og -respons. WHO må styrkes for å kunne levere på sitt mandat for å kunne overvåke og følge opp mulige utbrudd og koordinere innsats i kriser (IPPPR, 2021). WHO må sikres større uavhengighet og bærekraftig finansiering, gitt at kun 1/5 av budsjettet kommer gjennom pliktige bidrag fra medlemslandene. Det er videre behov for sterkere nasjonal og regional kapasitet og innsats, samt å

samordne ressurser og arbeid også utenfor WHO (G20 HLIP, 2021; IPPPR, 2021). I møte med epidemier, er vi avhengige av det svakeste leddet i kjeden og den totale innsatsen på tvers av land.

Når det gjelder landenes kapasiteter, er det behov for forsterking eller etablering av normer, samt bidrag eller insentiver for etterlevelse av slike normer. Det internasjonale helsereglementet av 2005 (IHR) er det etablerte normsettet for global helsesikkerhet (WHO, 2005). Det beskriver lands forpliktelser bl.a. for forebygging, overvåkning, varsling, informasjonsdeling og deling av data. Utfordringen er manglende etterlevelse. Kun 57 % av land oppfyller sine forpliktelser mht. kjernekapasiteter (WHO, 2017). Det er også mangler i reglementet knyttet til f.eks. deling av prøver og gensekvenser og mulighetene for WHO eller andre eksterne for å undersøke et utbrudd eller ettergå lands beredskaps- og responskapasitet. Selv om konvensjonen for biologisk mangfold og dens Nagoya-protokoll regulerer bl.a. deling av biologisk materiale, og har etablert prinsipper for tilgang til prøver og deling av slike goder (Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2011), er det ikke avklart hvordan dette skal håndteres i tilknytning til patogener og utbrudd.

Det er derfor behov for å styrke etterlevelsen av IHR og eventuelt å forsterke eller utvide IHRs bestemmelser. Artikkel 44 forplikter land til å samarbeide og bidra til andre lands kapasitetsbygging, men det er ingen finansieringsmekanisme for dette i dag. IPPPR og G20 HLIP-rapportene foreslår begge å etablere en global finansieringsmekanisme. Andre forslag er å etablere et mer forpliktende system for evaluering av lands kapasiteter basert på systemet for Universal Periodic Review på menneskerettigheter, og å inkludere en vurdering av lands helseberedskap som del av IMF's landgjennomganger (IPPPR, 2021).

Når det gjelder felles globale kapasiteter ut over WHO, er det særlig oppmerksomhet om å etablere en permanent plattform basert på erfaringene med Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A) (G20 HLIP, 2021; IPPPR, 2021; WHO, 2021b). Målet vil være å få på plass et system som har beredskap for raskt å utvikle og produsere vaksiner og annen teknologi som så kan produseres distribuert i alle regioner og sikre likeverdig tilgang. Begge ekspertpaneler støtter også et slikt system og foreslår at dette dels finansieres av den samme mekanismen, og at denne bør mobilisere ressurser ut over etablerte bistandsrammer og sees som finansiering av et globalt fellesgode.

Global helsesikkerhet som et globalt fellesgode

Bredden i disse anbefalingene bygger på en forståelse av å anerkjenne pandemiberedskap og respons som et globalt fellesgode (IPPPR 2021, G20 HLIP 2021). Et bedre internasjonalt system for global helseberedskap er et globalt fellesgode hvor alle land må bidra. Fellesgoder i streng økonomisk forstand er goder som er «ikke-eksklusive» og «ikke-rivaliserende». Det vil si at man ikke kan forhindre at andre får nytte av dem og at det at noen har nytte av dem ikke fortrenger andres nytte. *Globale fellesgoder* er

i tillegg grenseoverskridende i sin natur og omfatter alle land (Moon, 2017; Soucat, 2020). Utfordringene er da å sikre at alle land, etter evne, bidrar til å sikre slike fellesgoder og å unngå «gratispassasjerer».

Innen helseberedskap er det konsekvensene eller resultatet av ulike aktiviteter som er det reelle fellesgodet; global helsesikkerhet. I diskusjoner om beredskap mot grensekkryssende trusler inkluderer man ofte også aktiviteten og investeringene som fører fram til resultatet. Global helsesikkerhet som globalt fellesgode omfatter dermed alle innsatser som bidrar til at man internasjonalt oppnår lav risiko for spredning av helsetrusler, primært infeksjoner og biologiske agens, over landegrensene.

Prinsipielt kan globale fellesgoder innen global helseberedskap kategoriseres som fem ulike typer (med eksempler) (Barrett, 2007; Bodansky, 2012):

- Avhengig av summen av total innsats: Virkemidler for riktig bruk av antibiotika for å redusere fremvekst av resistente bakterier, eller forebygging for å redusere «spill overs» av zoonotiske virus til mennesker.
- Avhengig av svakeste ledd i kjeden: Overvåknings- og varslingsystem for oppdagelse av nye patogener eller utbrudd av infeksjoner.
- Avhengig av koordinering: Felles normer, standarder og interoperative systemer for deling av informasjon og kunnskap.
- Avhengig av noen få aktørers investeringer (sterkeste ledd i kjeden): Utvikling og produksjonskapasitet for medisinske mottiltak som vaksiner, legemidler, tester og infeksjonsforebyggende teknologi.
- Avhengig av å forhindre handlinger i alle land: Unngå utvikling av virus som biologiske våpen gjennom reguleringer som kontrollerer bruk av syntetisk biologi og forskning på mutasjoner.

Felles investeringer i utvalgte eller alle disse funksjonene vil bidra til å styrke global helsesikkerhet, som illustrert i anbefalingene som drøftes i avsnittet om internasjonal pandemiberedskap og -respons.

Global helse i Sikkerhetsrådet: Muligheter og utfordringer

Det at helse spørsmål diskuteres i Sikkerhetsrådet kan bidra til å øke oppmerksomhet om helsetema ut over de tradisjonelle helserelevante fora. Dette kan igjen påvirke forståelsen av hvem som har ansvar for å håndtere helsekriser. En behandling av en helse relatert problemstilling i Sikkerhetsrådet kan påvirke politisk mobilisering og interesse fra statsledere og utenriksministre, og dermed ha konsekvenser for både nasjonal og internasjonal håndtering og finansiell mobilisering for helseproblemer.

En bred tilnærming til å håndtere covid-19-pandemien som går ut over en forståelse av pandemien som et rent helseproblem, vil være positivt for global og nasjonal håndtering av den pågående krisen. I et lengre perspektiv er det som diskutert behov for å etablere en bedre global beredskap for helsekriser med tilstrekkelige investeringer i forebygging og tidlig oppdagelse og respons (G20 HLIP, 2021;

IPPPR, 2021). Økt politisk oppmerksomhet ut over helse- og utviklingskretsene vil kunne bidra til agendasetting for både land og institusjoner. Andre organisasjoner, ut over helse og humanitære organisasjoner, vil også kunne engasjeres. Dette kan gi økt politisk interesse, økte økonomiske bidrag fra land og mulighet til å reformere eller skape nye internasjonale samarbeid.

Helsetema har i Sikkerhetsrådet, som vist over og i tabell 1, i stor grad fokusert på helse i konfliktområder og våpenhviler. Den siste resolusjonen (UNSC, 2021) har en bredere innretning og peker på behovet for å følge opp håndtering av pandemien og sikre global tilgang til teknologi, med oppfordring til støtte til etablerte mekanismer som ACT-A og Covax (UNSC, 2021). Det kan indikere økt forståelse av pandemier som en sikkerhetstrussel, og at det er i alles egeninteresse å kontrollere dem. Det vil likevel være behov for mer kunnskap om hvordan og i hvilken grad helsetrusler og manglende dekning av helsebehov påvirker andre forhold som fred og sikkerhet. Det vil være viktig at spørsmålene og saker som fremmes er reelt knyttet til Sikkerhetsrådets hovedmandat, og ikke kun benyttes som retoriske eller konseptuelle innganger for økt oppmerksomhet.

Ut over det å bidra til oppmerksomhet og ansvarliggjøring av land og andre aktører, er muligheten for kunne benytte Sikkerhetsrådets sanksjonsvirkemiddel et annet aktuelt tiltak. Det kan tenkes situasjoner hvor lands manglende håndtering av en grensekryssende helsetrussel kan utgjøre direkte risiko og fare for andre land. Samtidig er dette nok primært en teoretisk mulighet siden land har stor egeninteresse for å håndtere en epidemi for egen del. Manglende etterlevelse av krav om beredskapskapasiteter og forebygging er i større grad en realitet (WHO, 2017), men dette har ikke vært løftet i Sikkerhetsrådet. Gitt Sikkerhetsrådets fokus på andre akutte kriser og konflikter er det et spørsmål om ikke andre virkemidler utenfor Sikkerhetsrådet, inkludert insentiver, evalueringer og evt. inspeksjoner, vil være mer relevante strategier.

Det er også noen institusjonelle utfordringer knyttet til en definert rolle for Sikkerhetsrådet når det gjelder helsekriser. Sikkerhetsrådet er ikke en implementerende institusjon, og har dermed ikke vesentlig oppfølgingskapasitet. Mange vil også påpeke at sammensetning og arbeidsform gir utfordringer på grunn av manglende bred representativitet. Rådet sees dels som et politisert organ med en makt dynamikk knyttet til de fem permanente medlemmenes posisjon og vetorett. Så langt har også Sikkerhetsrådets helserelevante resolusjoner ofte kommet sent i en krise (McInnes, 2010), og ser ikke ut til å gi direkte innvirkning på ressurstilgang eller videre håndtering. Videre er det utfordrende å vurdere om resolusjonene som omtaler helse, har hatt direkte effekt på kontroll av helsekrisene.

Kritikere har dessuten uttrykt at helsesikkerhet kan gi for stor vektlegging av infeksjonssykdommer som grensekryssende helsetrusler som kan true høyinntektsland (Ventura, 2016). Dette kan indirekte gi mindre oppmerksomhet til andre helseutfordringer, som mødre-barn helse eller ikke-smittsomme sykdommer. Vinkling mot nasjonal sikkerhet og egeninteresser kan også bidra til å stenge grenser eller støtte vertikale målrettede sykdomsrelaterte programmer og løsninger heller enn helsesystemstyrking og universell helsedekning.

Mange er bekymret for slik «securitization» av helse, og at sikkerhetsperspektivet ofte dermed handler om sikkerhet for andre enn de som primært sitter med helseutfordringen, altså sykdom som trussel for en annen part enn de som er syke (Hanrieder, 2014; Hoffman, 2010; Ventura, 2016). Selve begrepet global helsesikkerhet er derfor omdiskutert. Inngangen til helse bør handle om å være en nødvendig del av bærekraftig utvikling, for alle. Et perspektiv på helse og helsesikkerhet forankret i menneskerettighetene har dessuten vært mer tydelig i WHO's tilnærming enn i Sikkerhetsrådets resolusjoner. En politisering av helsespørsmål ved at de løftes i Sikkerhetsrådet, og hvilke helsespørsmål som løftes, kan videre utfordre andre prosesser for å sikre god helse eller helse som en menneskerettighet.

Et eget «Helsesikkerhetsråd»?

Sikkerhetsrådet er den mest sentrale arenaen for globale sikkerhetsutfordringer og bidrar til å nedskalere konflikter og kriser. Covid-19-pandemien har med største tydelighet vist at grensekryssende helsetrusler er og i økende grad vil være en av de store globale truslene framover, sammen med klimautfordringene. Helsekriser er dermed også omfattende sosiale og makroøkonomiske kriser som utgjør en global sikkerhetsrisiko. Det vil være naturlig at Sikkerhetsrådet behandler helserelaterte problemstillinger når disse direkte eller indirekte har sammenheng med sikkerhetsbildet og konflikter. Men det bør trolig ikke være Sikkerhetsrådets rolle å spille en mer permanent og spesifikk rolle innen global helsesikkerhet. Det er flere argumenter som taler imot dette, som diskutert ovenfor.

Samtidig har covid-19-pandemien tydeliggjort behovet for klarere normer og forpliktelser, bærekraftig finansiering og tydeligere ansvarliggjøring og koordinering – både for land og relevante internasjonale helseorganisasjoner som WHO og andre multilaterale mekanismer (G20 HLIP, 2021; IPPPR, 2021). Sikkerhetsrådet vil trolig være lite egnet som et styringsorgan eller implementeringsmekanisme innen global helsesikkerhet.

Det nå fremmet forslag fra både IPPPR og HLIP om en overordnet styrings- og koordineringsmekanisme på pandemiberedskap og respons. Det er foreslått ulike styringsspor, i regi av FN eller G20 (G20 HLIP, 2021; IPPPR, 2021). Forslagene overlapper dels, men kan også sees som komplementære. En slik styringsmekanisme vil tidligst kunne komme på plass i 2022 og vil kunne bidra til en verden bedre rustet i nye helsekriser. Samtidig vet vi at beslutninger om veien videre også påvirkes av andre faktorer enn ekspertenes vurderinger.

Dermed tegner det til at helse ikke nødvendigvis kommer mer systematisk på agendaen i Sikkerhetsrådet, men heller at det etableres et eget «Helsesikkerhetsråd» eller et lignende forum. Tross flere utfordringer i mekanismen, styring og agendasetting, kan kanskje møtene og resolusjonene i Sikkerhetsrådet likevel ha hjulpet med å sette søkelyset på covid-19, og skape handlingsrom for bedre løsninger for framtidig global helseberedskap.

Om forfatterne

John-Arne Røttingen er ambassadør for global helse i Utenriksdepartementet, fagdirektør i bistilling ved Folkehelseinstituttet og Visiting Fellow of Practice ved Blavatnik School of Government, Oxford University. Han har tidligere vært administrerende direktør i Norges forskningsråd, CEO for Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), områdedirektør for smittevern, miljø og helse ved Folkehelseinstituttet og adjunct professor ved Harvard T.H. Chan School of Public Health. Han er utdannet lege med doktorgrad fra UiO og mastergrader fra Oxford og Harvard.

Kristine Husøy Onarheim er seniorrådgiver i seksjon for helse, utdanning og inkludering av sårbare grupper i Utenriksdepartementet og tilknyttet forsker ved Bergen Center for Ethics and Priority Setting ved Universitetet i Bergen (UiB). Hun er utdannet lege med doktorgrad fra UiB og har forsket på global helseprioriteringer og policy making ved UiB, University College London og Harvard University.

Referanser

- Barrett, S. (2007). *Why cooperate? The incentive to supply global public goods*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199211890.001.0001>
- BMJ Opinion. (2021). *Anonymous [This piece was written by healthcare workers in Myanmar, who wish to remain anonymous to protect their safety]. Myanmar's covid-19 vaccines: The latest military strategy to undermine resistance*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/07/19/myanmars-covid-19-vaccines-the-latest-military-strategy-to-undermine-resistance/>
- Bodansky, D. (2012). What's in a concept? Global public goods, international law, and legitimacy. *European Journal of International Law*, 23(3), 651–668. <https://doi.org/10.1093/ejil/chs035>
- GPMB. (2021). *From worlds apart to a world prepared: GPMB 2021 annual report*. Global Preparedness Monitoring Board. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>
- G20 HLIP. (2021). *Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*. High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response. <https://pandemic-financing.org/report/foreword/>
- Hanrieder, T. & Kreuder-Sonnen, C. (2014). WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health. *Security Dialogue*, 45(4), 331–348. <https://doi.org/10.1177/0967010614535833>
- Hoffman, S. J. (2010). The evolution, etiology and eventualities of the global health security regime. *Health Policy and Planning*, 25(6), 510–522. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq037>
- IHME. (2021a). COVID-19 Projections. <https://covid19.healthdata.org/global?view=cumulative-deaths&tab=trend>
- IPPPR. (2021). *COVID-19: Make it the last pandemic*. The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf
- McInnes, C. & Rushdon, S. (2010). HIV, AIDS and security: Where are we now? *International Affairs*, 86(1), 225–245.
- Moon, S., Røttingen, J. A. & Frenk, J. (2017). Global public goods for health: Weaknesses and opportunities in the global health system. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 195–205. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000451>
- Moon, S. (2020). *The vaccine race: Will public health prevail over geopolitics? Global Challenges Special Issue no. 1. Politics of the Coronavirus Pandemic*. https://globalchallenges.ch/issue/special_1/the-vaccine-race-will-public-health-prevail-over-geopolitics/
- Pedersen, J. (2009). *Health and conflict. A review of the links* (Fafo-report 2009:20). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/health-and-conflict>
- Pinstrup-Andersen, P. & Shimokawa, S. (2008). Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset? *Food Policy*, 33(6), 513–520. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2008.05.003>
- Sandberg, K. I., Andresen, S., Steen, S. H., Møgedal, S., Onarheim, K. H. & Van den Bergh, G. (2011). Helse som utenrikspolitikk. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 131(18), 1784–6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0747>

- Secretariat of the Convention on Biological Diversity. (2011). *The Nagoya protocol on access to genetic resources and the fair and equitable sharing of benefits arising from their utilization to the Convention on Biological Diversity*. Convention on Biological Diversity.
- Soucat, A. & Kickbusch, I. (2020). Global common goods for health: Towards a new framework for global financing. *Global Policy*, 11, 628–635. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12875>
- Store, J. G. (2007). Health is a foreign policy concern. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 167–168.
- The Economist. (2021). *Covid-19 data – tracking covid-19 excess deaths across countries*. <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>
- UNSC. (2000). *Resolution 1308*. <https://digitallibrary.un.org/record/418823>
- UNSC. (2011). *Resolution 1983*. <https://digitallibrary.un.org/record/704836>
- UNSC. (2014). *Resolution 2177*. [https://undocs.org/S/RES/2177\(2014\)](https://undocs.org/S/RES/2177(2014))
- UNSC. (2016). *Resolution 2565*. <https://digitallibrary.un.org/record/827916>
- UNSC. (2018). *Resolution 2439*. [https://undocs.org/S/RES/2439\(2018\)](https://undocs.org/S/RES/2439(2018))
- UNSC. (2020). *Resolution 2532*. [https://undocs.org/en/S/RES/2532\(2020\)](https://undocs.org/en/S/RES/2532(2020))
- UNSC. (2021). *Resolution 2565*. [https://undocs.org/en/S/RES/2565\(2021\)](https://undocs.org/en/S/RES/2565(2021))
- UNICEF. (2021). *Covid-19 vaccine market dashboard; Delivery; Vaccine donations*. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>
- Ventura, D. (2016). From Ebola to Zika: International emergencies and the securitization of global health. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00033316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00033316>
- WHO. (2005). *The international health regulations (2005)* (IHR Brief No.1). <https://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf>
- WHO. (2017). *International health regulations (2005) monitoring framework: Implementation status of IHR core capacities, 2010–2017*. http://gamapsserver.who.int/gho/interactive_charts/ihr/monitoring/atlas.html
- WHO. (2020). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- WHO. (2021a). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- WHO. (2021b). *The access to COVID-19 tools (ACT) accelerator*. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>
- World Bank. (2021). *Food security and COVID-19 brief*. <https://www.worldbank.org/en/topic/agriculture/brief/food-security-and-covid-19>

Abstract in English

Outbreaks with Cross-border Potential and the UN Security Council

The Covid-19 pandemic has highlighted how outbreaks with cross-border potential have broader macroeconomic consequences. Uncontrolled epidemics and other uncontrolled outbreaks with cross-border potential can be seen as threats to peace and security. Such health crises can have severe consequences for health, social conditions and economic development, and have the potential to impact local, regional and global security. Inequality in access to medical countermeasures, such as vaccines, medicines and diagnostics, can impact or exacerbate instability and be a security threat in itself. Using lessons learned from the covid-19 pandemic, this article emphasizes global health security as a global public good. Increasing interest in outbreaks with cross-border potential in the UN Security Council might open windows of opportunity, but also challenges how global health threats are understood and the international responses to such outbreaks.

Keywords: global health security · pandemic preparedness and response · global health · UN Security Council