
Krise! Hvordan beredskapslogikk endrer global helsepolitikk

ESSAY

ANTOINE DE BENGUY PUYVALLÉE

a.d.b.puyvallee@sum.uio.no

Antoine de Benguy Puyvallée er MA og forsker på internasjonale relasjoner ved Senter for utvikling og miljø, Universitetet i Oslo. Han arbeider med global helse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SONJA K. KITTELSEN

Sonja K. Kittelsen er ph.d., Scientia-postdoktor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Hun har bakgrunn innenfor internasjonale relasjoner og forsker på global helsesikkerhet og styring av global helse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KATERINI T. STORENG

Katerini T. Storeng er ph.d., medisinsk antropolog, spesialist i global helsepolitikk og helsesystemer. Hun er førsteamanuensis ved Senter for utvikling og miljø, Universitetet i Oslo, og Honorary Associate Professor ved London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Frykten for verdensdekkende epidemier skaper stor oppmerksomhet, og siden ebolautbruddet i Vest-Afrika for fire år siden har det blitt opprettet nye privat-offentlig

samarbeid for «global helsesikkerhet». Men sikkerhet for hvem? Hva er konsekvensene for helse og utvikling i fattige land?



En medisinsk-teknisk assistent iført venedrakt under et pressebesøk i S4-laboratoriet til Robert Koch-instituttet. I dette laboratoriet, som gir det høyeste av fire beskyttelsesnivåer, kan svært smittsomme og livstruende patogener som ebola-, lassa- og nipahviruset undersøkes på en trygg måte. Foto: Soeren Stache/NTB scanpix

«Vi ligger alltid et skritt etter, fordi vi ikke planlegger. Vi reagerer ... Vi trenger rett og slett å bli bedre forberedt». Dette sier Coalition for Epidemic Preparedness Innovations i sin presentasjonsfilm, med en oppfordring om å «overliste» den neste uforutsigbare, men likevel uunngåelige epidemien (1). Hva ligger under denne beredskapslogikken?

I sin siste bok, *Unprepared*, undersøker antropologen Andrew Lakoff hvordan en beredskapslogikk har kommet til å dominere vår forståelse av og tilnærming til smittsomme sykdommer og dermed har utløst en permanent krisestemming. Begrepet «beredskap» rommer ideen om at vi kanskje ikke vil være i stand til å unngå kriser som stammer fra bestemte typer trusler, slik som epidemier, men at vi kan – og bør – forberede oss på disse krisene for å kunne motvirke følgene av dem. For å gjøre dette må vi kartlegge våre sårbarheter gjennom tenkte scenarier og simuleringer, utvikle planer for å håndtere slike hendelser og investere i mottiltak i påvente av en mulig katastrofe.

Bill Gates' siste kampanje for å øke bevisstheten om risikoer forbundet med en stor influensapandemi passer perfekt inn i denne logikken. Ved bruk av en simulering gjort av Institute for Disease Modeling for å vurdere følgene av en influensapandemi, konkluderte han med at «mer enn 30 millioner vil dø i løpet av seks måneder», og han forpliktet seg til å investere 12 millioner dollar i en universell influensavaksine samtidig som han oppfordret til mer finansiering og oppmerksomhet på dette området – «Det neste utbruddet? Vi er ikke klare!» (2, 3).

Denne økningen i beredskapstenkning faller sammen med en økende bekymring for den sikkerhetsrisikoen smittsomme sykdommer representerer. Ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014–15 har satt søkelyset på hvilke negative følger slike utbrudd kan ha for enkeltpersoner, stater og samfunn, og har ledet mange forskere og praktiserende leger til å kreve økte investeringer i såkalt «global helsesikkerhet». I den gjengse diskursen refererer «sikkerhet» her til *nasjonal* mer enn menneskelig sikkerhet, og helsekriser, slik som utbrudd av sykdommer som Ebola, betraktes som en trussel ikke bare mot menneskeliv, men – og dette er avgjørende – mot økonomisk og politisk stabilitet. Mye i likhet med et tilsvarende økende militær trussel blir beredskap mot patogener presentert som et uunngåelig tiltak.

Beredskapsfantasier

Som Lakoff beskriver i sin bok, stammer begrepet beredskap fra den kalde krigens tidlige år da sivilforsvarsmyndighetene i USA startet planleggingen for følger av et eventuelt kjernefysisk angrep fra Sovjetunionen. I ettertid har begrepet blitt anvendt på håndteringen av ulike typer kriser, inkludert jordskjelv, flom, orkaner og branner, og siden 1990-årene også på smittsomme sykdommer. I USA ble beredskapsøvelser utviklet for å simulere et biologisk angrep med miltbrann- eller koppesmitte som våpen, i tillegg til store epidemier av nye smittsomme sykdommer. Lakoff antyder at disse initiativene i stor grad overbeviste amerikanske makthavere om at patogener kunne utgjøre en alvorlig trussel mot nasjonal sikkerhet. I dag står begrepet beredskap fortsatt sentralt i arbeidet med helsesikkerhet på både nasjonalt og internasjonalt nivå, også i Det internasjonale helsereglementet (IHR) – et internasjonalt juridisk instrument som ble revidert av Verdens helseorganisasjons medlemsland i 2005 for å forebygge og kontrollere spredning av smittsomme sykdommer over landegrensene.



En helsearbeider iført personlig verneutstyr (PPE) avbildet innenfor høyrisikoområdet på Elwa-sykehuset som den franske organisasjonen Leger uten grenser driver i Monrovia. Foto: Dominique Faget/NTB scanpix

Lakoff hevder at beredskap utgjør et vesentlig skifte i hvordan vi responderer på utbrudd av sykdommer. Mens moderne tilnærminger til folkehelse ofte benytter statistikk over sykdomsbyrden til å fastsette prioriteringer og utforme tiltak, fokuserer beredskap på de *mulige* følgene av sykdom, ikke bare på befolkningens helse, men kanskje i enda større grad på de «livsviktige systemene» som er avgjørende for at økonomien og samfunnet skal fungere. Vekten er lagt på å sørge for at politiske, økonomiske og sosiale systemer kan fortsette å fungere dersom en større krise, for eksempel et kjernefysisk angrep eller sågar pandemisk influensa, skulle oppstå.

I forberedelsene til en mulig katastrofe fokuserer man dermed ikke på forsøk på å *unngå* hendelsen, men heller på å fremskaffe kunnskap om hvordan man kan *dempe* de negative virkningene av hendelsen gjennom planlegging av scenarier og simulering gjennom øvelser. Disse øvelsene er «nøyaktig innstuderte aktiviteter der beslutningstakere blir presentert for detaljene av en krisesituasjon, treffer mottiltak og deretter studerer resultatet av sine beslutninger» (s. 24, vår oversettelse). Beredskapssimuleringer bidrar til å opprettholde en «kontinuerlig tilstand av beredskap» (s. 24) som nører opp under en følelse av krise, noe som er nødvendig for å opprettholde oppmerksomheten, investeringene og øvelsene i håndtering av risiko. Innsikten fra disse simuleringene bidrar til utvikling av retningslinjer for krisehåndtering, slik som fordeling av ansvarsområder til ulike myndighetsnivåer eller utarbeiding av prosedyrer, og til kartlegging av tiltak det er verdt å investere i.

I likhet med mange av dagens globale helsetiltak er slike scenarier ofte basert på avanserte matematiske og statistiske modeller, men i siste instans hviler de på *antagelser* som har liten basis i empiriske målinger, slik som antatt smittespredning, utbruddets omfang, dødelighet og mottiltakenes effektivitet. For eksempel, i sluttnotene til en mye sitert artikkel, *Modeling the Worldwide Spread of Pandemic Influenza*, beskriver forfatterne viktige begrensninger ved studien: «Som alle matematiske modeller inneholder denne modellen [...] mange forutsetninger (for eksempel om virusets atferd) som vil kunne påvirke de prediksjonene som gjøres. Videre tar modellen ikke hensyn til forskjeller i reisehyppighet mellom ulike personer eller spredning av viruset i rurale områder» (4).

Ut fra denne beredskapslogikken hevder Lakoff at omfanget av ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014–15 delvis skyldtes en *mangel på forestillingsevne*: «På et kritisk stadium hadde myndighetene ingen forestilling om ebola som en mulig kilde til en katastrofal epidemi», fordi tidligere epidemier av ebolaviruset relativt enkelt hadde kunnet begrenses (s. 141).

Beredskapen opererer derfor på grensen av vår forestillingsevne; den krever at vi forutser alle mulige fremtidige scenarier, men vi kan likevel bare forberede oss på de situasjonene vi anser som mulige. Beredskap legger også ansvaret for potensielt katastrofale utfall i fremtiden på de handlingene vi tar i nåtiden. Den krever at vi løpende investerer i vår beredskap, men vi kan likevel aldri bli hundre prosent forberedt.

Krigføring versus velferd?

Beredskapsplaner blir aktivert når det oppdages et utbrudd, og alvorligheten av det blir vurdert og kategorisert etter forhåndsbestemte kriterier. Operasjonelt er derfor beredskapslogikken avhengig av systemer for tidlig varsling som kombinerer alarminnretninger spredd utover i hele verden, laboratriekapasitet, globale overvåkingssystemer som analyserer innsamlede data og team av feltarbeidere som kan undersøke mistenkelige tilfeller. Den informasjonen som samles inn og som oppdateres i sanntid, gir grunnlag for beslutninger om mulige tiltak.

I Det internasjonale helsereglementet (IHR) brukes det for eksempel forhåndsbestemte kategorier til å klassifisere utbrudd for å avgjøre om de skal rapporteres til Verdens helseorganisasjon (WHO). Ut fra den informasjonen de får, avgjør en ekspertgruppe i WHO om det aktuelle utbruddet utgjør en såkalt «internasjonal folkehelsekrise». Erklæringen av en slik krise utløser et globalt varslingssystem som aktiverer beredskapsplaner og setter i gang en global respons som ofte er basert på biomedisinske mottiltak. For eksempel erklærte WHO i 2009 at H1 N1-influensapandemien var en «internasjonal folkehelsekrise». Erklæringen utløste kjøpsopsjoner for influensavaksiner som flere rike land hadde inngått med legemiddelselskaper for å sikre prioritert tilgang til vaksiner for sin befolkning. Disse landene «kjøpte så godt som all vaksinene selskapene kunne produsere» og la press på landenes legemiddelselskaper om å dekke det innenlandske behovet før de eksporterte (5). WHOs oppfordringer om å sørge for rettferdig fordeling førte til at noe lagret vaksine ble donert, men dette var stort sett utilstrekkelig til å gi omfattende dekning i utviklingsland (5).

Dette fokuset på tidlig varsling av og rask respons på utbrudd gjenspeiler dermed prioriteringen av en *reaktiv* logikk, snarere enn en *forebyggende*. I tråd med beredskapslogikken er ikke målet å hindre utbrudd fra å skje, men derimot å *kontrollere* dem raskt der de måtte oppstå.

Denne løsrivelsen av forebygging fra kontroll tilsvarer forskjellen i målsettinger mellom det Lakoff betegner som sikkerhet for *befolkningen* på den ene siden og sikkerhet for *livsviktige infrastrukturer* på den andre. Mens sikkerhetstiltak for befolkningen tar sikte på å sikre innbyggernes kollektive velferd og derfor fokuserer på mer langsiktige tiltak rettet mot å forbedre helse og levekår, er sikkerhet for livsviktige systemer rettet mot å dempe følgene av krisehendelsen. Selv om fokuset på sikkerhet for henholdsvis befolkningen og livsviktige systemer ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende, er det den sistnevnte tilnærmingen som dominerer dagens anstrengelser for å kontrollere smittsomme sykdommer.

Et endret landskap for global helsesikkerhet

Dette skillet mellom sikkerhet for henholdsvis befolkningen og livsviktige systemer understøtter det Lakoff beskriver som to regimer innenfor global helse: et *globalt helsesikkerhetsregime* og et *humanitært biomedisinsk regime*. Ifølge Lakoff fokuserer det globale helsesikkerhetsregimet på beskyttelse av livsviktige systemer og forener *statlig baserte* institusjoner som nasjonale folkehelseinstitutter, multilaterale helseaktører og samarbeidende referanselaboratorier i et arbeid for å forutse og raskt få kontroll over utbrudd av smittsomme sykdommer. Det humanitære biomedisinske regimet opererer på den annen side stort sett utenfor staten og forener frivillige organisasjoner og filantropiske stiftelser rundt prosjekter som tar sikte på å hjelpe enkeltpersoner som er rammet av forsømte sykdommer og økonomisk underutvikling.

ANDREW LAKOFF

Unprepared



**GLOBAL HEALTH
IN A TIME OF
EMERGENCY**

Aktuell bok: Andrew Lakoff. *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*. University of California Press, 2017.

Selv om Lakoff hevder at disse to regimene stort sett opererer uavhengig av hverandre og er drevet av ulike etiske og politiske hensyn og tekniske tilnærminger, viste ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014–15 at grensen mellom dem ikke er så tydelig som Lakoff vil ha det til. De ulike stadiene av responsen på ebolaepidemien involverte i praksis aktører fra begge sfærene: både global helsesikkerhet og humanitær biomedisin. Humanitære aktører som Leger Uten Grenser opererte parallelt med så vel nasjonale og internasjonale helseorganisasjoner som militært og sivilt personell i de senere stadiene av

responsen. Dette antyder at i stedet for to atskilte regimer finnes det to gjensidig avhengige, men likevel ulike, grupper av aktører på områdene global helse og medisinsk humanitær bistand, som begge opererer *innenfor* en bredere sammenheng av global helsesikkerhet (6). Begrepet global helsesikkerhet kan derfor tolkes noe bredere enn bare en smal forståelse basert på ideen om staters selvbeskyttelse og egeninteresse. Det finnes imidlertid en mulig spenning mellom disse ulike aktørene og deres arbeid for global helsesikkerhet, gitt deres spesifikke verdier, interesser og bidrag.

Global helsesikkerhet og krisemodalitet

Fremveksten av en rekke nye initiativer rettet mot en styrking av nasjonal og internasjonal forebygging, beredskap og mottiltak mot epidemier i kjølvannet av ebolaepidemien i 2014–15 bekrefter tanken om at vi fortsatt er, slik Lakoff formulerer det, *uforbere*dt på den neste epidemien. Den krisemodaliteten som ligger til grunn for beredskapsrisikoer, fører imidlertid til en tilnærming til global helsesikkerhet som i stor grad overser de strukturelle årsakene til epidemier, slik som dårlig primærhelsetjeneste, mangel på rent drikkevann, utilstrekkelig regulering av økonomiske aktiviteter og hindringer i tilgang til legemidler.

Den senere tids debatter har tonet ned slike spenninger ved å antyde at det finnes synergieffekter mellom global helsesikkerhet og bredere målsettinger for helse, slik som FNs mål om universell helsedekning, som omfatter beskyttelse mot økonomisk risiko og tilgang til grunnleggende helsetjenester av god kvalitet, medisiner og vaksiner for alle. Kritikere har imidlertid stilt spørsmål ved om det kan utvikles synergieffekter mellom disse to målsettingene, gitt de ulike interessene og formålene som ligger til grunn for dem (7). Et annet problem er at de betydelige ressursene som er påkrevd for å forberede seg til potensielle katastrofer, fortrenger ressurser til dekning av aktuelle og nåværende folkehelsebehov (8).

Slike bekymringer har blitt desto mer presserende etter ebolautbruddet i 2014–15, ved at en rekke aktører i privat sektor har tatt opp «global helsesikkerhet». Disse omfatter både allmenntilgjengelige aktører, slik som frivillige og humanitære organisasjoner, og kommersielle selskaper som leverer medisinske tjenester, utvikler legemidler og står for logistikk. Deres viktigste motivasjon for å delta på området global helsesikkerhet vil derfor ikke være like mye knyttet til nasjonal egeninteresse eller sågar global folkehelse som til humanitære eller kommersielle hensyn.

Disse aktørene har i økende grad gått sammen i nye offentlig-private partnerskap. Dette er samarbeidsformer for politikkutvikling og gjennomføring av ulike grader av institusjonalisering rettet mot å styrke myndigheters evne til å oppdage og kontrollere smittsomme sykdommer. For eksempel tar Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), etablert i 2017, sikte på å utvikle vaksiner mot en utvalgt liste av nye sykdommer som har potensial til å bli epidemiske. Den beskriver seg selv som «en allianse mellom myndigheter, næringsliv, akademiske institusjoner, filantropi, mellomstatlige organisasjoner

som WHO og det sivile samfunn» (9). Danningen av slike partnerskap som CEPI gjenspeiler at det har blitt stadig mer vanlig å betrakte ikke-statlige aktørers ressurser, innovasjon og ekspertise som både nødvendig og ønskelig for å gjøre fremskritt i retning av global helsesikkerhet (10). Hvordan påvirker imidlertid sammensmeltingen av slike ulike aktører tilnærmingen til global helsesikkerhet? Hvordan kan kommersielle interesser og nasjonal sikkerhet veies mot hensynet til likhet i helse og utviklingen av helsesystemer?

LITTERATUR

1. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. Let's #Outsmart Epidemics, 19.1.2017. https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=jGMw9BCZeIg (2.7.2018).
2. Gates B. The next outbreak? We're not ready! TED 2015. 3.2015. https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_disaster_we_re_not_ready (2.7.2018).
3. Quick JD. Are we prepared for the looming epidemic threat? The Guardian 18.3.2018. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/mar/18/end-epidemics-aids-ebola-sars-sunday-essay> (2.7.2018).
4. Colizza V, Barrat A, Barthelemy M et al. Modeling the worldwide spread of pandemic influenza: baseline case and containment interventions. *PLoS Med* 2007; 4: e13. [PubMed][CrossRef]
5. Fidler DP. Negotiating equitable access to influenza vaccines: global health diplomacy and the controversies surrounding avian influenza H5N1 and pandemic influenza H1N1. *PLoS Med* 2010; 7: e1000247. [PubMed][CrossRef]
6. Harman S, Wenham C. Governing Ebola: Between global health and medical humanitarianism. *Globalizations* 2018; 15: 362 - 76. [CrossRef]
7. Ooms G, Beiersmann C, Flores W et al. Synergies and tensions between universal health coverage and global health security: why we need a second 'Maximizing Positive Synergies' initiative. *BMJ Glob Health* 2017; 2: e000217. [PubMed][CrossRef]
8. Aldis W. Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy Plan* 2008; 23: 369 - 75. [PubMed][CrossRef]
9. Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. A global insurance policy to defend against future epidemics. http://cepi.net/sites/default/files/CEPI%20booklet%20final_o.pdf (5.6.2018).
10. de Bengy Puyvallée A, Storeng K. Protecting the vulnerable is protecting ourselves: Norway and the Coalition for Epidemic Preparedness Innovation. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137. doi: 10.4045/tidsskr.17.0208. [CrossRef]

Publisert: 12. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0572
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.