

# Utenrikspolitikk og helsediplomati på en myk arena

Norge i Verdens helseorganisasjon 1990-2013

**Karen Reed-Larsen**

**Veileder**

Professor May-Brith Ohman Nielsen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for humaniora og pedagogikk

Institutt for religion, filosofi og historie

## Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven er det flere som fortjener en stor takk i en prosess som personlig har vært både spennende, utfordrende og veldig lærerik. Først og fremst har min veileder professor May-Brith Ohman Nielsen vært en stor inspirasjonskilde. Med sitt faglige innspill, gode humør og moralsk støtte var det mulig å komme i mål.

Videre ønsker jeg å takke Preben Aavitsland som svarte på mine henvendelser og gav meg gode kontakter. I den faste FN delegasjonen i Genève var Thor Erik Lindgren til stor hjelp underveis i arbeidet. Jeg vil også takke Stein Inge Nesvåg og andre ansatte i Utenriksdepartementet som tok seg tid til å snakke med meg over telefonen og per e-post. I departementets arkiv var Sverre Dæhlen veldig behjelpelig ved å finne kildemateriale og ordne oppholdet i arkivet.

I Helse- og omsorgsdepartementet vil jeg spesielt takke Anders Lamark Tysse og Eivind Berg Weibust i Seksjonen for internasjonalt samarbeid som var viktige støttespillere med hensyn til anskaffelse av dokumenter, i besvarelsen av mine henvendelser og ved å tilrettelegge for mitt opphold i departementet. Jeg vil også takke alle i seksjonen som kom innom kontoret og hilste og gjorde det hele til en veldig hyggelig opplevelse.

Ved Nobelinstituttet ønsker jeg å takke direktør Olav Njølstad som kontaktet Gro Harlem Brundtland på mine vegne og ordnet tilgang til hennes privatarkiv. Jeg retter også stor takk til Brundtland selv som lot meg benytte arkivet. Videre var personalet i Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek behjelpelige ved å tilrettelegge for arbeidet.

Andre jeg vil takke som svarte på mine henvendelser per telefon og e-post er Sigrun Møgedal, Benedikte Louise Alveberg, Stein Erik Kruse, professor Kelley Lee ved Simon Fraser University i Canada, førsteamanuensis Hanne Hagtvedt Vik ved UIO og Kristin Ingstad Sandberg ved FNI.

Jeg retter stor takk til forskere ved UIA som tok seg tid til å samtale med meg. Men også mine kjære venner, medstudenter og forelesere i Kristiansand skal ha særlig takk for givende diskusjoner og samtaler underveis i forskningsprosessen. Til slutt vil jeg takke min familie som heiet på meg hele veien til mål og som muliggjorde et lengre opphold i Oslo.

Alle feil og unøyaktigheter i denne masteroppgaven står jeg selv til ansvar for.

Karen Reed-Larsen

Mandal, april 2016

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Tabeller.....	iv
Liste over forkortelser .....	v
<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
Tema, mål og problemstilling .....	1
Avgrensning .....	3
Forsknings situasjon .....	5
Teorier og begreper .....	8
Metode og kilder .....	11
Oppgavens struktur .....	15
<b>Bakgrunnskapittel: det globale helsediplomatiet og norsk utenrikspolitikk.....</b>	<b>16</b>
Verdens helseorganisasjon og et «regime complex» .....	16
Multilateralt helsesamarbeid .....	16
Veien mot «regime complex» .....	18
Nye muligheter og utfordringer: norsk utenrikspolitisk profil.....	19
<b>Kapittel 1. Norge som finansør av Verdens helseorganisasjon.....</b>	<b>22</b>
Tema, mål og problemstilling .....	22
Kilder og utfordringer .....	23
Tabeller.....	24
Kapitlets struktur .....	24
Norske prioriteringer .....	25
Svingninger i de norske bidragene .....	25
Mål, temaer og programmer.....	27
Organisasjonens økonomiske situasjon: RBF og EBF.....	35
En organisasjon med to budsjetter .....	35
Balansen i budsjettet som et organisatorisk standpunkt.....	39
Fleksible midler.....	41
Avslutning .....	43
<b>Kapittel 2. Valgkamp: «Kunsten å selge Brundtland» .....</b>	<b>46</b>
Tema, mål og problemstilling .....	46

Grunnleggende antakelser .....	47
Teorier og begreper .....	48
Kapitlets struktur .....	48
Valgkampens løp .....	49
Strategier og virkemidler: et aktivt diplomati .....	50
Påvirkningsarenaer .....	51
Alliansebygging .....	56
Profilbygging og ryktespredning .....	60
Avslutning .....	67
<b>Kapittel 3. Norge som kritisk støttespiller i Verdens helseorganisasjon.....</b>	<b>69</b>
Tema, mål og problemstilling .....	69
Struktur og avgrensning .....	69
Gjenvalg, korrupsjon og motstand .....	71
Ny kontekst og et svakt lederskap .....	71
Økt norsk motstand .....	71
Delkonklusjon: en kritisk støttespiller til en organisasjon i krise .....	76
Reform og omstrukturering .....	77
WHO's reformagenda og norsk FN-initiativ .....	78
Norsk reformagenda: Oslo-rapportene .....	79
Reform av styret .....	82
«Delivering as One» .....	84
Ny reformprosess .....	86
Delkonklusjon: Norge som deltaker og støttespiller for organisatorisk reform.....	90
Avslutning .....	92
<b>Kapittel 4. Norge i kryssningen mellom høy- og lavpolitikk: handel, helse eller sikkerhet?</b>	<b>94</b>
Tema, mål og problemstilling .....	94
Struktur, avgrensning og utfordringer .....	95
Sikkerhetspolitiske spørsmål på en myk arena .....	96
Helse, miljø og kjernevåpen .....	96
Antipersonellminer og en ny internasjonale agenda .....	100
Den lange veien mot destruksjon av koppeviruslagrene .....	103
Handelspolitiske ringvirkninger ved helsefaglige beslutninger .....	108
Nordisk alkoholpolitikk mot industriinteresser .....	109
Avslutning .....	115

<b>Konklusjon</b> .....	<b>118</b>
Et land med flere roller.....	118
Økonomisk bidragsyter .....	118
Kampen om generaldirektørvervet .....	119
En kritisk støttespiller.....	120
En aktør i skillelinjen mellom høy- og lavpolitikk .....	121
Norge som en politisk og diplomatisk aktør .....	122
Teoretisk refleksjon.....	123
Videre forskning.....	124
<b>Kilder og litteratur</b> .....	<b>126</b>
Utenriksdepartementets arkiv, Oslo .....	126
Utenriksdepartementets digitale arkiv og saksbehandlingssystem, Oslo.....	128
Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek, Oslo. Privatarkiv: Brundtland, Gro Harlem .....	128
Riksarkivet, Oslo. Sosial- og Helsedepartementets arkiv .....	128
Helse- og Omsorgsdepartementets digitale arkiv og saksbehandlingssystem, Oslo.....	129
Offentlig elektronisk postjournal (OEP) .....	130
FNs elektroniske arkiv .....	130
Verdens helseorganisasjons elektroniske arkiv .....	131
Regjerings- og Stortingsmateriale .....	133
Avis- og nyhetsartikler .....	138
Nettsider .....	139
Litteratur.....	141
<b>Tabeller</b>	
Tabell 1. Bevilgningene i PSA 2003-2013. Tallene er oppgitt i 1000 NOK .....	27
Tabell 2. Bevilgningene i St.prp. nr 1. 1990-1996. Tallene er oppgitt i 1000 NOK.....	28
Tabell 3. Prosentfordelingen av bevilgningene 2008-2013.....	42

## Liste over forkortelser

AHPSR	Alliance for Health Policy and Systems Research
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
BNP	Bruttonasjonalprodukt
CCS	Country Cooperation Strategies
CFI	Country Focus Initiative
CVCA	Core Voluntary Contribution Account
DAP	Program for essensielle legemidler
DNV	Det Norske Veritas
EB	Eksekutivkomiteen/styret
EBF	Frivillige bidrag
EF	De europeiske fellesskap
EU	Den europeiske union
EØS	Det europeiske økonomiske samarbeidsområde
FHI	Folkehelseinstituttet
FN	Forente nasjoner
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GD	Generaldirektør
GFATM	Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria
GHD	Globalt helsediplomati
GHSS	Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS
GHWA	Den globale helsepersonellalliansen
Hdir	Helsedirektoratet
HIV	Human immunodeficiency virus
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HRP	Forskningsprogram på menneskelig reproduksjon
HWMC	Health Work Migration Council
ICAA	International Council on Alcohol and Addictions
ICBL	International Campaign to Ban Landmines
IHR	Internasjonale helsereglementet
IJC	Den internasjonale domstolen
ILO	Internasjonale arbeidstagerorganisasjonen

Innst. S.	Innstilling fra Stortinget
IPPNW	International Physicians for the Prevention of Nuclear War
ITU	Internasjonale telekommunikasjonsunionen
MDG	FNs tusenårsmål
Meld. St.	Meldinger til stortinget
MOPAN	Multilateral Organisations Performance Assessment Network
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NCD	Ikke-smittsomme sykdommer
NGO	Ikke-statlig organisasjon
NIEO	New International Economic Order
NLA	Norske Leger mot Atomkrig
NOK	Norske krone
NOU	Norges Offentlige Utredning
NTB	Norsk Telegrambyrå
NUPI	Norsk utenrikspolitisk institutt
OECD	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
OL	Olympiske leker
OWER	Organization-wide expected results
PBAC	Program-, budsjett- og administrasjonskomiteen
Prop. S.	Proposisjoner til stortinget
PSA	Programsamarbeidsavtale
RBF	Medlemskontingent
RBM	Rollback Malaria
SARS	Severe acute respiratory syndrome
ST	Stop Tuberculosis
St. Meld.	Stortingsmelding
St. Prp.	Stortingsproposisjon
TDR	Spesialprogram for forskning og opplæring i tropiske sykdommer
DU	Utenriksdepartementet
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDP	FNs utviklingsprogram
UNEP	FNs miljøprogram
UNFPA	FNs befolkningsfond

UNHCR	FNs høykommissær for flyktninger
UNICEF	FNs barnefond
USD	United States Dollar
WB	Verdensbanken
WEOG	Western European and Other Groups
WGG	WHO Response to Global Change
WHA	Helseforsamlingen
WHO	Verdens helseorganisasjon
WHO-EURO	World Health Organization Regional Office for Europe
WIPO	Verdens opphavsrettsorganisasjon
WTO	Verdens handelsorganisasjon



# Introduksjon

## Tema, mål og problemstilling

Temaet for denne masteroppgaven er Norges utenrikspolitikk og helsediplomati i Verdens helseorganisasjon (WHO). Analysen vil være begrenset til en undersøkelse av landets arbeid i perioden 1990-2013. Hovedproblemstillingen er som følger: Hvordan har Norge i ulike faser markert seg som en politisk og diplomatisk aktør i Verdens helseorganisasjon? I arbeidet med dette spørsmålet er det to underproblemstillinger i analysen: Hvordan søkte Norge innflytelse i organisasjonen? Og hvilke strategier og holdninger reflekterer landet i den gjeldende perioden?

Temaene som blir berørt i oppgaven er områder som ble en viktigere del av den internasjonale diskursen ved utgangen av 1900-tallet. Helsediplomatiet var ikke nytt og har henholdsvis røtter tilbake til sanitærkonferansene på 1800-tallet. Men slutten på den kalde krigen og den «nye» globale verden med årtusenskiftet representerte en ny kontekst. Et «regime complex»<sup>1</sup> vokste frem i helsearkitekturen der flere aktører og nye utfordringer preget samarbeidet. Verdens helseorganisasjon hadde ikke lengre monopol på helsespørsmål og det er hevdet at utviklingen førte til mye forvirring, konkurranse og overlappende aktiviteter og mandater.<sup>2</sup> Likevel er organisasjoner som WHO viktige arenaer for å analysere problemer, skape løsninger og legge til rette for forhandlinger.<sup>3</sup> Den nye strukturen i helsesamarbeidet kan delvis sees på bakgrunn av helseproblematikkens økende betydning på den internasjonale dagsorden. Med Gro Harlem Brundtland som generaldirektør i WHO mobiliserte hun politisk ledelse verden over og formet forståelsen av helse innenfor rammene av utvikling, økonomisk vekst, fattigdomsreduksjon og nasjonal sikkerhet.<sup>4</sup> Den økte betydning av helsespørsmål ble spesielt synlig i FNs tusenårsmål der 3 av 8 fokusområder vedrørte spesifikke helseutfordringer.<sup>5,6</sup> På tross av at WHO tradisjonelt ble oppfattet som en «myk» og lavpolitisk arena, berørte dermed FNs særorganisasjon for helse flere viktige sektorer i det internasjonale samarbeidet.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> For definisjon, se Bakgrunnskapittel s. 16.

<sup>2</sup> Fidler 2010 s. 9.

<sup>3</sup> Fidler 2010 s. 10 f.

<sup>4</sup> Lee 2009 s. 107.

<sup>5</sup> Kampanjen for å redusere barnedødelighet, bedre mødre helse og bekjempelse av HIV/AIDS, malaria og andre sykdommer ble ansett som viktig for å bekjempe verdens fattigdom. Også to av delmålene omhandler helse indirekte ved å ønske å halvere antall mennesker som sulter og at utviklingsland skal få tilgang på viktige medisiner til en rimelig pris.

<sup>6</sup> For videre lesning se: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> (03.09.2015).

<sup>7</sup> Fidler 2005 s. 3 ff.

I Norges utenrikspolitiske perspektiv ble helseproblematikken gradvis mer aktuell utover 1990-tallet. Satsingen gikk fra å være et spørsmål om bistand og utviklingshjelp til å innta en plass i den overordnede utenrikspolitikken.<sup>8</sup> Mellom 1997 og 2013 hadde Norge flere sentrale posisjoner i styrende organer og sekretariatet i WHO. Høydepunktet var rundt årtusensskiftet med Gro Harlem Brundtland som generaldirektør, Jonas Gahr Støre som assisterende generaldirektør, Anne Alvik som styremedlem og Jo Asvall som regionsdirektør for Europa.<sup>9</sup> På bakgrunn av sentrale verv i organisasjonen og økende helsebistand i perioden besluttet helseminister Dagfinn Høybråten og Utviklingsminister Hilde Frafjord Johnsen i 1998 å styrke arbeidet i WHO ved å etablere WHO-Forum.<sup>10</sup> Forumet skulle sikre bedre samspill mellom departementer og fagetater, og sørge for at Norge opptrådte ryddig og koordinert ovenfor organisasjonen. Slik Høybråten understrekte i det første møtet, ville den nye situasjonen for Norge i WHO føre til at det ble «lagt merke til hva vi gjør».<sup>11</sup>

I denne perioden var det et mål å styrke bistanden til internasjonale helseformål<sup>12</sup> og bevilgningene skulle brukes strategisk til utvalgte områder basert på helsefaglige og utenrikspolitisk vurderinger. For opinionen i Norge kunne vektleggingen av støtten til WHO og helsebistand rettferdiggjøres med helsesikkerhet: det var førstelinjeinnsats for vern og styrking av folkehelse i landet. I lys av pågående globalisering og grensekryssende sykdommer hevdet den norske WHO strategien fra 1998 at Norge og andre utviklede land hadde en egeninteresse av å investere i internasjonalt helsesamarbeid.<sup>13</sup>

I eksisterende litteratur er vendepunktet for Norges globale helseengasjementet beskrevet som satsingen i «Global Alliance for Vaccines and Immunization» (GAVI) i 1999.<sup>14</sup> I perioden 2000-2010 økte den totale norske helsebistanden fra 912 millioner til 3,1 milliarder kroner.<sup>15</sup> Utviklingen kulminerte i Jens Stoltenbergs lansering av *The Global Campaign for the Health MDGs* og *The Network of Global Leaders* i 2007 og Jonas Gahr Støres Osloerklæring

---

<sup>8</sup> Sandberg & Andresen 2010 s. 301.

<sup>9</sup> Andre prominente nordmenn i WHO sekretariatet: Tore Godal som direktør for «Tropical Disease Research», Helge K. Larsen som direktør for «Budget and management» og Harald Siem, Georg Petersen og Egil Sørensen i senior-stillinger tilsvarende direktørnivå. Se artikkel: Larsen, H. K. (2011). Nordmenn i WHO. *Michael quarterly*.

<sup>10</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Telefaks til Sosial- og helsedepartementet fra Utenriksdepartementet. Referat fra møte mellom helseministeren og utviklingsministeren. 04.03.98. s. 2.

<sup>11</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Referat fra WHO-Forum 1/98 i Sosial- og helsedepartementet. 02.09.98. (Avsender og mottaker ukjent). s. 1.

<sup>12</sup> Se kapittel 1. s. 26.

<sup>13</sup> UD, 337.63, Telefaks fra Norges faste delegasjon i Genève til Sosial- og helsedepartementet. Strategi for det norske styremedlemskapet, 09.03.98. s. 1 f.

<sup>14</sup> Sandberg & Andresen 2010.

<sup>15</sup> Norad 2015a.

om utenrikspolitikk og helse 2006/2007.<sup>16</sup> For den videre utviklingen ble det i 2012 lagt frem en egen stortingsmelding om *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*.<sup>17</sup>

De siste årene har verdien av den globale helseagendaen fått større anerkjennelse i politikken og academia. Men i Norge er det gjort lite forskning på WHO og helsespørsmål i et utenrikspolitisk og historisk perspektiv. Formålet med undersøkelsen er dermed å bidra til kunnskap på et relativt nytt forskningsområde. I sin helhet vil masteroppgaven belyse en stadig viktigere del av den norske utenrikspolitikken og jeg håper at mitt bidrag kan stimulere til ytterligere forskning på området.

## **Avgrensning**

Denne analysen er avgrenset til en undersøkelse av Norges utenrikspolitikk og helsediplomati i Verdens helseorganisasjon i perioden 1990-2013. En utvidet studie av landets innsats og samarbeid i andre multilaterale fora og bilaterale relasjoner vil være for omfattende i denne oppgaven. Leseren må derved være oppmerksom på at drøftingen ikke gir et fullstendig bilde av Norge i det globale helselandskapet. Siden 1990-tallet er det kommet en rekke nye arenaer og aktører i helsediplomatiet som Norge samarbeider med. Landet har også søkt en høy profil i global helse generelt og blitt beskrevet som en viktig pådriver for å få helse på den utenrikspolitiske agendaen.<sup>18</sup>

En ytterligere avgrensning blir gjort ved at undersøkelsen vil fokusere på WHO organene World Health Assembly (Helseforsamlingen) og Executive Board (styret/eksekutivkomiteen). Grunnen til dette er for det første at det er de sentrale beslutningsarenaene i organisasjonen. For det andre er organene blant de foraene der medlemslandene formelt blir representert. Dette innebærer en utelukkelse av de regionale organisasjonene fra analysen og undersøkelser av nordmenn i WHO's sekretariatet. Sistnevnte resulterer i at jeg ikke foretar en dybdeundersøkelse av Gro Harlem Brundtland som generaldirektør. Brundtland omtales primært gjennom valgkampen for generaldirektørvervet og indirekte gjennom økonomi og reformer. I den eksisterende forskningen er det flere som allerede har foretatt gjennomgående studier av hennes lederperiode.<sup>19</sup> En tilnærming jeg vurderte i denne masteroppgaven var å sammenligne norsk politikk i organisasjonen og Brundtlands satsingsområder som generaldirektør for å undersøke norsk innflytelse og normetablering. Men i korrespondanser med professor Kelley Lee ved Simon Fraser University

---

<sup>16</sup> Meld. St. 11 (2011-2012) s. 11.

<sup>17</sup> Meld. St. 11 (2011-2012).

<sup>18</sup> Se: Sandberg & Andresen 2010.

<sup>19</sup> Se blant annet: Andresen 2002., Yach & von Schirnding 2013., Lee 2009., Chorev 2013.

i Canada som har arbeidet tett med WHO og skrevet bøker om organisasjonen, understrekte hun at en sammenligning av WHO's prioriteringer med Norsk politikk i Brundtland-perioden vil være utfordrende ettersom førstnevnte er bredt formulert. Dermed lar jeg dette være et åpent spørsmål til videre forskning.<sup>20</sup>

Tidsavgrensningen i analysen er som allerede nevnt satt til 1990 og 2013. 90-tallet fikk betydning på flere områder. Den mest åpenbare er slutten på den kalde krigen og en eventuell nedtoning av blokkdannelse mellom øst og vest. Det kan tenkes at dette skapte et nytt mentalt klima som gjorde samarbeid lettere i internasjonale organisasjoner. Fra et utenrikspolitisk perspektiv førte skiftet til at Norge fikk et større spillerom. Dessuten søkte landet å styrke sitt selvbilde som fredsnasjon, stort bistandsland og forkjemper for multilateralisme gjennom FN.<sup>21</sup> En annen utviklingslinje var helsepolitikkenes tilsynelatende nye status og oppblomstringen av nye aktører på helsearenaen. Helsepolitikken hadde en lav politisk profil under den kalde krigen. Bistandsperspektivet dominerte og spørsmålene ble viktige først når de berørte konfliktene mellom Vesten, Soviet og utviklingslandene. Koblingen mellom helse og utenrikspolitikk som fikk større gjennomslag post-kaldkrig har blitt omtalt som et «copernican shift».<sup>22</sup> Likevel kan startpunktet virke kunstig fra et WHO-perspektiv ettersom organisasjonen i utgangspunktet var vurdert som upolitisk. Men organisasjonen var ikke isolert fra sine omgivelser. Dette var blant annet synlig med at Øst og Vest konkurrerte om oppslutning fra utviklingslandene, diskusjonen om sosialmedisin vs. biomedisin og Øst-europeiske forlatelsen og tilbakekomsten til WHO.<sup>23</sup> 1990-tallet skapte dermed nye interne og eksterne forhold for organisasjonen. Som allerede nevnt oppstod det også nye aktører og arenaer for helse post-kaldkrig. Eksempelvis var det innen 2011 flere viktige kanaler for global helse i norsk utenrikspolitikk: vaksinealliansen GAVI, FNs befolkningsfond UNFPA, Det globale fondet (GFTAM), FNs aidsprogram UNAIDS, legemiddelkjøpsordningen UNITAID, FNs barnefond UNICEF og Verdensbanken. WHO måtte dermed tilpasse seg et konkurransedyktig miljø som stadig ble mer globalt. Det er blitt hevdet at helsesamarbeidet mot årtusenskiftet har hatt det største presset for forandring siden slutten på andre verdenskrig.<sup>24</sup> Endepunktet for

---

<sup>20</sup> Dette er på tross av at jeg fikk tilgang til Brundtlands privatarkiv. De fleste av dokumentene fra lederperioden hennes er primært taler som ble holdt da hun var generaldirektør. En studie av disse kan være interessante i seg selv sammen med dokumenter fra WHO's elektroniske arkiv. Men dette fortjener en mer grundig behandling enn det jeg kan tilby i denne omgang.

<sup>21</sup> Leira & Borchgrevink 2007.

<sup>22</sup> Alcázar & Buss 2013.

<sup>23</sup> Se for eksempel Siddiqi 1995 s. 101 ff., Lee 2009 s. 17., Aastad 2000 s. 100 f.

<sup>24</sup> Lee 2009 s. 99.

undersøkelsen blir ansett som naturlig ettersom Norge fra 2010 til 2013 var styremedlem i Executive Board.

## **Forsknings situasjon**

Forskningsfrontene som er relevant for min masteroppgave kan deles i tre felt: Globalt helsediplomati, forskning på Verdens helseorganisasjon og norsk utenrikspolitikk. Sistnevnte blir gitt en noe overfladisk behandling ettersom den mest relevante litteraturen er innenfor de førstnevnte områdene. I det følgende vil jeg dermed kort gjøre rede for feltenes generelle trekk og hvordan de er relevante for analysen.

Globalt helsediplomati (GHD) er et forskningsfelt som har vokst frem i løpet av de siste tiårene. Ved å ta utgangspunkt i NUPIS rapport *Recent contributions to research on health and foreign policy* av Øyvind Eggen og Ole Jacob Sending fra 2012 kan GHD regnes som en av flere retninger i feltet som omhandler helse og utenrikspolitikk.<sup>25</sup> Eggen og Sendings kartlegging gir en god introduksjon til litteraturen der de gjør rede for både nye og «gamle» trender og kjennetegn i forskningen omkring helse og utenrikspolitikk.

Min egen vurdering av GHD som forskningsfelt er at det primært har et statsvitenskapelig perspektiv. På tross av at undersøkelsene gjerne har en kort tidshorisont er de relevante for denne masteroppgaven som innføring i sentrale temaer og spørsmål i det globale helsediplomatiet som Norge og WHO er en del av. Videre er litteraturen på feltet tilsynelatende dominert av forskningsartikler, men et fåtall oversiktsverk er utgitt. Sentrale innføringsbøker finnes i bokserien *Global Health Diplomacy* og det enkeltstående verket *Global Health Diplomacy: concepts issues actors instruments fora and cases*.<sup>26</sup> I arbeidet med litteraturen har jeg foreløpig kommet frem til tre retninger på feltet. Den første fokuserer på å forklare koblingen mellom helse og utenrikspolitikk ved å vurdere motiv og atferd. I denne retningen er det igjen tre perspektiver; 1) de som argumenterer for at helseutfordringer blir brukt for å oppnå strategiske interesser,<sup>27</sup> 2) de som hevder helsespørsmål er drevet av normative mål,<sup>28</sup> og 3) de som mener det er en kombinasjon.<sup>29</sup> Den andre retningen er tekster som ønsker å etablere et begrepsmessig og teoretisk grunnlag for Globalt helsediplomati som forskningsfelt.<sup>30</sup> Tradisjonelt har GHD vært lite utbygd teoretisk og det er dermed

---

<sup>25</sup> Eggen and Sending 2012a.

<sup>26</sup> Low-Beer 2011., Novotny, Kickbusch, & Told, 2013., Roskam & Kickbusch 2012., Kickbusch, Lister, Told, & Drager 2013.

<sup>27</sup> Se: Feldbaum, Michaud, & Lee 2010.

<sup>28</sup> Se: Horton 2007.

<sup>29</sup> Se: Gagnon 2012.

<sup>30</sup> Se blant annet: Katz, Kornblet, Arnold, Lief, & Fischer 2011., Lee & Smith 2011., «Journal of Health Diplomacy» 1 (2).

tilsynelatende ingen dominerende perspektiver. Men i *Journal of Health Diplomacy* i 2014 ble spørsmålet «Where's the theory in health diplomacy?» problematisert.<sup>31</sup> Her vurderes den mulige årsaken og flere bidragsytere prøver å etablere et tydeligere teoretisk rammeverk.<sup>32</sup> Den tredje retningen kan klassifiseres som analyser av strukturen og utøvelsen av GHD. Med dette menes bl.a. undersøkelser av aktører, relasjoner, forhandlinger, helseutfordringer og lignende.<sup>33</sup> Imidlertid er det verdt å understreke at disse retningene ikke nødvendigvis er uttømmende og gjensidig utelukkende. I forhold til kategoriseringen til Eggen og Sending er det også flere likheter. Et spørsmål kan være hvorvidt det burde eller om det er hensiktsmessig å skape et klarere skille mellom helse og utenrikspolitikk generelt og helsediplomati spesielt.

Forskningssituasjonen rundt Verdens helseorganisasjon er preget av flere tilnærminger og varierer til en viss grad mellom bøker og artikler. Et flertall av bøkene kan regnes som oversiktsverk ettersom det gir en introduksjon og analyse av organisasjonens utvikling, struktur, finans, filosofi, strategi og programmer.<sup>34</sup> Ofte siterte verk er Javed Siddiqi sin analyse av politisering og ineffektivitet fra 1995 og Yves Beigbeder sin gjennomgang og analyse av organisasjonens virke fra 1998.<sup>35</sup> En undersøkelse av WHO som skiller seg ut er Nitsan Chorev sin analyse fra 2012 av hvordan organisasjonens sekretariat handler basert på egne interesser.<sup>36</sup> I sin helhet vil jeg benytte den nevnte litteraturen til å gi en bredere forståelse av feltet og fungere som et bakteppe for å vurdere Norges posisjon i organisasjonen.

Artikler relatert til WHO benytter seg gjerne av flere fagperspektiver enn bøkene som er mer historiske. Tilnærmingene strekker seg i hovedsak fra biomedisin, statsvitenskap og økonomi til juss og utviklingsstudier. Imidlertid kan enkelte artikler ha et historisk tilsnitt. Spesielt relevant i det henseende er spesialutgaven av tidsskriftet *Public Health* med temaet «WHO Past, Present and Future» fra 2014. Gjennom 13 forskjellige bidrag utforskes organisasjonens historie og mulighet for reform og fremtidige «health governance».<sup>37</sup> I forlengelsen av dette kan de nevnte artiklene sies å inngå i en tverrfaglig trend i å undersøke reformløsninger og hvordan WHO burde tilpasse seg en global verden.<sup>38</sup> Slik som «reform studiene» er det utbredt å benytte seg av casestudier i forskningen omkring WHO. Dette kan

---

<sup>31</sup> Irwin, Labonté, Ruckert 2014.

<sup>32</sup> For videre lesning se «Journal of Health Diplomacy» 1 (2). Artikkelloversikt: <http://www.ghd-net.org/journal-health-diplomacy-volume-1-issue-2> (24.04.2016).

<sup>33</sup> Se for eksempel artikkelbidragene i Low-Beer 2011., Novotny et al. 2013., Rosskam & Kickbusch 2012., Kickbusch et al. 2013.

<sup>34</sup> Se blant annet: Lee 2009., Burci & Vignes 2004., Goodman 1971.

<sup>35</sup> Beigbeder 1998., Siddiqi 1995.

<sup>36</sup> Chorev 2012.

<sup>37</sup> For artikkelloversikt se: [http://www.publichealthjrnl.com/issue/S0033-3506\(13\)X0015-0](http://www.publichealthjrnl.com/issue/S0033-3506(13)X0015-0) (15.08.2015).

<sup>38</sup> Se blant annet: Godlee 1997., Gautier, Harmer, Tediosi, & Missoni 2014., Hoffman & Røttingen 2013., Lee 1998.

være alt fra spesifikke helseproblemer og programmer til drøftinger omkring organisasjonens normative rolle.<sup>39</sup> Funnene og drøftelsene i de aktuelle artiklene kan belyse spørsmål og temaer i min egen fremstilling.

En systematisk undersøkelse av Norges relasjon til WHO er blitt foretatt av Helene Aastad i hennes hovedfagsoppgave fra år 2000.<sup>40</sup> Imidlertid var hennes analyse begrenset til en periode på tjue år fra 1948 til 1968 og til bestemte organer. Aastad understreker selv i oppgaven at behandlingen av temaet er malt i grove trekk, men de hovedlinjene hun har trukket opp kan danne et utgangspunkt for videre forskning. I denne masteroppgaven vil jeg bygge videre på Aastad sin studie. Det blir også stilt nye spørsmål og det vil være en ny politisk og historisk kontekst i perioden 1990-2013. Artikler jeg vurderer som spesielt aktuelle er Steinar Andresens rapport om WHOs lederskap under Brundtland, Kristin Ingstad Sandberg og Steinar Andresens undersøkelse av Den globale vaksinasjons alliansen som et vendepunkt i norsk utenrikspolitikk, Øyvind Eggens drøftelse av bistand som politisk making (herunder helsebistand) og Øyvind Eggen og Ole Jacob Sendings artikkel om Global helse.<sup>41</sup> Disse er relevante for denne masteroppgaven fordi de på ulike måter knytter sammen Norge, WHO og global helse i et internasjonalt og utenrikspolitisk perspektiv.

Norsk utenrikspolitisk historie er et forskningsfelt som for alvor vokste frem i etterkrigstiden. Det store gjennombruddet kom på 1970-tallet da internasjonal politikk var preget av forandring.<sup>42</sup> En introduksjon til feltet er foretatt i flere historiografiske fremstillinger.<sup>43</sup> Nyttige oversiktsverk over norsk utenrikspolitikk finnes i blant annet *Norges utenrikspolitikk, Oljealder: 1965-1995*, *Vendepunkter i norsk utenrikspolitikk* og *Norway's foreign relations: a history*.<sup>44</sup> Et nylig bidrag som gir en introduksjon til flere temaer i norsk utenrikspolitikk er *Small state status seeking: Norway's quest for international standing*. Fremstillingen er gjennomgående analytisk og teoretisk og er primært statsvitenskapelig.<sup>45</sup>

Litteraturen tilknyttet norsk utenrikspolitikk er gjerne preget av både historisk- og statsvitenskapelig perspektiv. Temaene utgjør også relativt bredt spekter av saksfelt, eksempelvis sikkerhetspolitikk, regional integrasjon, multilaterale organisasjoner, bilaterale

---

<sup>39</sup> Se for eksempel: Nishtar & Jane-Llopis 2011., Adams 2010., Taylor 1992.

<sup>40</sup> Aastad 2000.

<sup>41</sup> Andresen 2002., Sandberg & Andresen 2010., Eggen 2013., Eggen & Sending 2012b.

<sup>42</sup> Pharo, Jølstad & Skogrand 1996 s. 244.

<sup>43</sup> Pharo, Jølstad & Skogrand 1996., Olesen & Pharo 2004., Eriksen 1994., Sørbo, Gjerdåker, Knutsen, Larsen, & Michelsens 1995., Simensen 2008., Stokke 2010.

<sup>44</sup> Sørbo, Gjerdåker, Knutsen, Larsen, & Michelsens 1995., Tamnes 1997., Lange, Pharo & Østerud 2009., Riste 2004.

<sup>45</sup> De Carvalho, & Neumann 2015.

relasjoner, bistand og engasjementspolitikk, økonomi og handel og klimapolitikk.<sup>46</sup> Imidlertid er ikke temaene gjensidig utelukkende ettersom de berører og overlapper hverandre i praksis. Denne masteroppgaven plasserer seg dermed i krysningsfeltet mellom flere av temaene. De mest relevante er likevel bistand og multilateralt samarbeid. Bistandsfeltet berøres i flere av de overnevnte oversiktsverkene.<sup>47</sup> Annen relevant litteratur er blant annet bidragene i *The Aid rush: aid regimes in Northern Europe during the Cold War: Vol. II* og *Norsk utviklingshjelps historie* som gir en innføring i norsk bistandstradisjon.<sup>48</sup>

Tidligere forskningsarbeid som ligger nærmere min egen fremstilling er Edgeir Benum og Monika Jankowskas undersøkelse av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), Hanne Hagtvedt Viks analyse av Verdensbanken, Halvard Kvale Svenbalruds doktoravhandling om FN og som tidligere nevnt Helene Aastad sin studie av Verdens helseorganisasjon.<sup>49</sup> I sin helhet er forskning rundt norsk utenrikspolitikk relevant for denne oppgaven fordi det belyser hvordan landet tradisjonelt plasserer seg i tilsvarende spørsmål og hvorvidt det er tendenser som stemmer overens med tidligere resultater på feltet.

## **Teorier og begreper**

I masteroppgaven vil det bli benyttet tre teorier og to sentrale begreper i undersøkelsen av Norge i Verdens helseorganisasjon. Min tilnærming til teori er pragmatisk der jeg har valgt de verktøyene jeg mener belyser norsk adferd i WHO. Nedenfor vil jeg først bli gjøre rede for forståelse og bruk av Småstatsteori og søken etter status som beskrevet av ulike forfattere i boken *Small state status seeking: Norway's quest for international standing*. De to siste teoriene er utviklet av Joseph Nye. Den første omfatter bruken av «Soft power», «Hard power» og «Smart power» i staters utenrikspolitikk. Den siste er en som forlengelse av maktteorien og blir omtalt som «Public diplomacy». Deretter gjøre jeg rede for interessebegrepet som analytisk verktøy som beskrevet av Halvard Kvale Svenbalrud og Jan Egeland. Til slutt viser jeg til min forståelse av helsediplomati slik det er definert av Kelley Lee og Richard Smith.

Småstatsteori har lange røtter i studiet av internasjonale relasjoner og fikk et oppsving etter den kalde krigen.<sup>50</sup> I sin helhet søker den å forklare mindre staters rolle og atferd i

---

<sup>46</sup>For eksempel på litteratur se: Tamnes 2015., Noreng 2005., Østhagen 2011., Pharo 2003., Neumann, 2012., Paaskesen 2010., Hveem 2015., Rottem, 2010., Andresen & Butenschøn 2001., Svenbalrud 2007., Pharo 2012., Riste 2012., Tunsjø 2011., Stuvøy & Kristoffersen 2013., Tvedt 2006., Eggen 2013.

<sup>47</sup> Både *Norges utenrikspolitikk*, *Oljealder* og *Norways foreign relations* tar for seg bistandspolitikk og engasjementspolitikk.

<sup>48</sup> Pharo & Fraser 2008., Liland, Kjerland, & Banik, 2003., Ruud, , Kjerland, & Banik 2003., Simensen & Banik, 2003.

<sup>49</sup> Svenbalrud 2012., Vik 2001., Benum 2007., Jankowska 2005., Aastad 2000.

<sup>50</sup> Ingebritsen, Neumann, Gstöhl & Beyer 2006 s. 9.



internasjonale relasjoner. Teorien er preget av mye konseptuell forvirring og uenighet i dens grunnleggende forståelser. Kjernen i debatten har lenge vært uenighet om definisjonen av en småstat skal måles kvantitativt eller kvalitativt. Basert på den konvensjonelle forståelsen av makt har land gjerne blitt delt i kategorier som «superpower», «great power», «middle power» og «small power»<sup>51</sup> utfra en kvantitativ målestokk som geografisk utstrekning, befolkningsstørrelse, BNP, militære styrke og lignende. I denne sammenhengen har småstater lite innflytelse og mulighet til å opprettholde sin autonomi i henhold til omgivelsene. Den andre definisjonen har en kvalitativ tilnærming der «small power» er en stat som beslutningstakere i eget land og andre anser den som å ha begrenset mulighet for handling i det internasjonale systemet. En stat faller derved i denne kategorien når den selv og andre oppfatter den som en «small state».<sup>52</sup> Hva som kan sies å være en «stor» stat vs. en småstat vil derved variere i henhold til samtiden og den historiske konteksten. I dag er for eksempel ikke militære ressurser den eneste formen for makt, men andre «mykere» faktorer som humanitære ressurser vil være viktig. Land med små tradisjonelle maktfaktorer kan dermed kompensere på andre områder<sup>53</sup> og sette inn politisk energi for å omdefinere sin egen identitet.<sup>54</sup>

I forlengelsen av denne teorien vil jeg benytte meg av småstaters søken etter status på den internasjonale arenaen. Status blir av Iver B. Neumann og Benjamin de Carvalho forstått som å innta en posisjon i et sosialt hierarki. Å søke etter status går dermed ut på å opprettholde eller bedre ens ståsted i relasjon til andre aktører. For småstater blir dette blir et mål i seg selv og er ofte instrumentelt<sup>55</sup> der målet er å oppnå status som en «good power». «Good power» blir forstått som å 1) spille på moralsk autoritet når land søker å øke sin status og 2) bli oppfattet som gode og pålitelige partnere. Den gode makten gjør at enkelte småstater kan stå frem blant «likemenn».<sup>56</sup> I multilaterale settinger som FN kan rollen statene inntar gi status i seg selv. I det henseende har Norge spesialisert seg som lagspiller og tilrettelegger. Landet er en aktør som påtar seg rollen å gjøre ting som landet ikke har identifiserbare interesser med. Som Niels Nagelhus Schia og Ole Jacob Sending fremhever har det vært deltakelse og synlighet som gjerne blir vurdert som viktig av norske diplomater. Norge ønsker å vise en evne til å tilby hjelp, ressurser og råd. Poenget er å investere i prosesser og være involvert, å bli sett som en spiller og få anerkjennelse. Å ta del i handlingsforløpet kan bety mer enn selve utfallet.<sup>57</sup>

---

<sup>51</sup> Løvold 2004 s. 8.

<sup>52</sup> Dosenrode 1994 s. 245 f.

<sup>53</sup> Løvold 2004 s. 22 f.

<sup>54</sup> Løvold 2004 s. 23 f.

<sup>55</sup> Neumann & de Carvalho 2015. s. 7.

<sup>56</sup> Neumann & de Carvalho 2015. s. 11.

<sup>57</sup> Nagelhus Schia & Sending 2015. s. 78 f.

Joseph Nye definerer maktbegrepet som det å påvirke atferden til andre for å oppnå det en selv vil. I forlengelsen av dette kan makt innta tre former. Den tradisjonelle forståelsen av begrepet er hard makt som refererer til tvang, betaling eller insentiv. Den andre varianten er myk makt som er evnen til å oppnå ens mål gjennom attraksjon. Resultatet kan være å sette andres agenda eller forme deres interesser. Elementer i et lands myk makt er tiltalende kultur, attraktive og konsistente verdier, og landets politikk når den anses som inkluderende, legitim og moralsk riktig. Videre forfekter Nye at en strategisk kombinasjon av maktbegrepene skaper en kontekstuell intelligens som gir «smart power».<sup>58</sup>

«Public diplomacy» utgjør ifølge Nye et viktig arsenal i smart makt. Offentlig diplomati blir forstått som et instrument som myndighetsaktører benytter for å mobilisere myke maktressurser for å formidle og tiltrekke seg offentligheten i andre land i stedet for bare landenes regjeringer.<sup>59</sup> Når vi lever informasjonsteknologiens tidsalder med flere kilder er det viktig å oppnå kredibilitet for å sikre myk makt. Rykter blir dermed viktigere enn før og politisk dragkamp oppstår over etablering og ødeleggelse av kredibilitet.<sup>60</sup> Videre er effektivt diplomati avhengig av å lytte til hva andre mener og hvilke verdier aktørene deler. På denne måten kan stater tilpasse hvordan de fremmer sitt budskap. I siste instans det er også viktig å supplere budskap med handling og symboler.<sup>61,62</sup>

I studiet av internasjonal politikk er det en omfattende debatt om norske interesser.<sup>63</sup> I sin helhet dreier den seg om hva norsk utenrikspolitikk burde være og hvilken makt man bør etterstrebe.<sup>64</sup> På den ene siden er det de som hevder den burde være normativt og idealpolitisk fundert.<sup>65</sup> På den andre siden er den preget av materielle interesser som sikkerhetspolitikk og økonomi.<sup>66</sup> I sin helhet er det flere som argumenterer for at utenrikspolitikken både er preget av verdier og idealer på den ene siden og interesser på den andre.<sup>67</sup> Men enkelte argumenterer også for at det er et sammenfall mellom idealer og interesser.<sup>68</sup>

---

<sup>58</sup> Nye 2009 s. 160 f.

<sup>59</sup> Nye 2008 s. 95.

<sup>60</sup> Nye 2008 s. 100.

<sup>61</sup> Nye 2008 s. 103.

<sup>62</sup> Operasjonaliseringen av maktdimensjonene og teorien om offentlig diplomati vil bli foretatt i kapittel 2. der jeg undersøker valgkampen for å sikre Brundtland generaldirektørvervet.

<sup>63</sup> En interesse kan forstås som å ha et gitt mål eller ønskelig utfall som man arbeider mot på en strategisk måte.

<sup>64</sup> Matlary 2002 s. 3.

<sup>65</sup> Se for eksempel Harpviken & Skjelsbæk 2010.

<sup>66</sup> Se for eksempel Stokke 1998 s. 211 f.

<sup>67</sup> Se for eksempel: Sørbo et al. 1995 s. 233 f., Lange et al. 2009 s. 261 f., Riste 2004 s. 259 f.

<sup>68</sup> Se for eksempel: Sørbo et al. 1995 s. 233 f., Lange et al. 2009 s. 261 f., Hovi & Malnes 2011 s. 151., Matlary 2002.

I denne masteroppgaven vil jeg benytte Svenbalruds forståelse der han etablerer et skille mellom prinsipper og interesser. Per definisjon kan ikke utenrikspolitikken være idealistisk hvis en selv tjener på det. Ved å vurdere overordnede «prinsipper» som veiledende utelukker en ikke at land omgår disse hvis de er i strid med andre interesser. På denne måten kan forskeren bedre diskutere samspillet mellom verdier og interesser og en splittelse mellom ord og handling.<sup>69</sup> Slik Jan Egeland understrekte i *Impotent Superpower – Potent Small State* har småstater mer spillerom for å utøve utenrikspolitikk i henhold til altruistiske normer og prinsipper på grunn av få økonomiske og militære interesser. Men hvis høypolitiske interesser kolliderte med normer, vil småstaten i likhet med stormaktene ofre prinsippene for egeninteresser.<sup>70</sup>

I den etablerte litteraturen om det globale helsediplomatiet er det presentert en rekke definisjoner av hva «globalt helsediplomati» inneholder. Konseptet om et «medical diplomacy» ble først introdusert i 1978 av Peter Bourne.<sup>71</sup> Siden den gang har termen blitt modnet og utviklet.<sup>72</sup> I en artikkel fra 2011 har Kelley Lee og Richard Smith forsøkt å samle og presisere begrepet. Denne masteroppgaven vil derved ta utgangspunkt i deres definisjon der det blir forstått som; 1) en politikkskapende prosess der stater, ikke-statlig og andre institusjonelle aktører forhandler om tiltak for å møte helseutfordringer, 2) eller der helsekonsepter og mekanismer blir brukt i etablering av politikk og forhandlingsstrategier for å oppnå andre politiske, økonomiske og sosiale mål.<sup>73</sup>

## Metode og kilder

Denne masteroppgaven er primært basert på egne kildeundersøkelser der jeg benytter en induktiv og eksplorativ tilnærming. I forskningsprosessen min har jeg et pragmatisk forhold til teori der jeg først etter empirisk undersøkelser anvender analytiske rammeverk som kan belyse norske interesser, prioriteringer, holdninger og mål. Hovedkildene i fremstillingen er skriftlige materiale fra arkivene til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet, Utenriksdepartementet (UD), Gro Harlem Brundtlands privatarkiv, WHOs elektroniske arkiv og Stortinget- og regjeringens elektroniske arkiv.<sup>74</sup> Supplerende informasjon er blant annet litteratur, aviser, nettsider og dokumenter fra FN's elektroniske arkiv. I det følgende vil jeg gjøre

---

<sup>69</sup> Svenbalrud 2012 s. 37 f.

<sup>70</sup> Egeland 1988 s. 14 f.

<sup>71</sup> Bourne, 1978.

<sup>72</sup> Katz et al., 2011 s. 505.

<sup>73</sup> Lee & Smith 2011 s. 10.

<sup>74</sup> I denne masteroppgaven vil jeg referere til Utenriksdepartementets arkiv i fotnotene med «UD», Helse- og omsorgsdepartementets arkiv som «HOD», Sosial- og helsedepartementets arkiv som «Riksarkivet, SHD», Brundtlands privatarkiv i Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek som «AAB, GHB», og Helsedirektoratet som «Hdir».

rede for hvilke type dokumenter som er mest brukt i fremstillingen og hvilke utfordringer som preger kildesituasjonen.

De norske kildene er sentrert rundt flere forskjellige dokumenttyper. Den første er meldinger til stortinget (St. meld. nr. /Meld. St). Hensikten med disse er å informere stortinget om regjeringens arbeid og synspunkter i en bestemt sak. I forbindelse med denne oppgaven kan de klarlegge de offisielle norske standpunktene og strategiene ovenfor WHO. Den andre gruppen materiale er forslag til statsbudsjett fra HOD og UD, Stortingsproposisjon 1. (St.prp 1./Prop. 1 S). Dokumenttypen er regjeringens forslag til vedtak i en konkret sak og kan dermed vise Norske prioriteringer i WHO basert på hva som blir bevilget penger og hvorfor. Likevel er det viktig å tenke over funksjonen til både St. Meld og Prop. S når jeg benytter meg av informasjonen. Dokumentene søker gjerne å skape oppslutning og rettferdiggjør en bestemt satsing. I slike dokumenter er det gjerne lett for å overkommunisere Norges suksess ved å vise til hva som er oppnådd utenrikspolitisk generelt og WHO spesielt.<sup>75</sup>

Den tredje typen er de norske instruksene til delegasjonen og deres tilhørende dokumenter. Instruksene blir utarbeidet i den norske forvaltningen i samråd med den faste FN-delegasjonen i Genève og klarlegger hvordan representantene til møtene i de styrende organene skal forholde seg til de ulike sakene på dagsorden. Disse er spesielt viktige for å belyse de norske prioriteringene og strategiene. Imidlertid må det tas noen forbehold ved å benytte instruksene som kilde. Dokumentene kan vurderes som en tilnærming til en sak, men den er ikke låst. Posisjoner kan justeres underveis i forhandlingene og nye saker kan dukke opp. Instruksene må som sådan være bredt formulert slik at det er mulighet til å fremforhandle og tilpasse seg den beste løsningen. I slike tilfeller er det ikke uvanlig at delegasjonen må kontakte forvaltningen og eventuelt politisk ledelse for å klarere hva de kan gjøre. Men dette kan skje uformelt over telefon, noe som vil gjøre det vanskelig å følge. I så måte kan møtereferater og rapporter være viktige kilder for å supplere.

Den fjerde typen dokumenter er kortrapporter og fullstendig rapporter fra møtene i de styrende organene i WHO som blir produsert av delegasjonen i Genève. Den første typen er en kort oppsummering av de viktigste vedtakene. De fullstendig rapportene er på sin side lengre og mer utfyllende beskrivelser fra sesjonene. Imidlertid kan formuleringene være litt mer formelle enn i kortrapportene. I så måte utfyller de hverandre. Overordnet forventer jeg å kunne se den norske delegasjonens holdning til enkeltsakene og deres resultater i begge dokumentene. Slik som med øvrige materialet kan det tenkes at det er lett å overkommunisere den norske

---

<sup>75</sup> Nærmere behandling av stortingsproposisjonene som kilde blir gjort rede for i kapittel 1. der jeg undersøker de norske økonomiske bevilgningene. Kildeseksjon vil gjøre rede for spesifikke utfordringer i kapitlet.

innsatsen i rapportene. Noe som fremkom av flere dokumenter er påstanden om at Norge spilte en aktiv rolle. Dette trenger ikke å være feil, men ettersom jeg ikke kan se nettopp hva som gjorde landet «aktivt» blir det vanskelig å rettferdiggjøre å bruke det som beretning. Likevel kan det fortelle at delegasjonen hadde et ønske om å fremstå som aktivt ovenfor forvaltningen i Oslo, eller at de nettopp oppfattet seg selv som aktivt deltagende. I forlengelsen av informasjonen i rapportene er det en utfordring at de ofte forteller mer hva andre land sa og gjorde enn hvordan Norge handlet i en aktuell sak. Dette varierer og kan trolig sees på bakgrunn av hvor aktivt landet faktisk var, hvorvidt det er tjent eller det var hensiktsmessig å markere seg. Men det kan også være en generell kildeutfordring der en del av den norske satsingen ikke er synlig. Dette er spesielt aktuelt med uformelle forhandlingsrunder. Slike forbehold opplyste embetsverket i HOD og UD om i forkant av undersøkelsen.

Den femte kildetyperen jeg benytter er ulike former for korrespondanse. Dette kan for eksempel være brev, fax, telegram eller e-post fra den norske delegasjonen til forvaltningen eller politisk ledelse. I disse forventer jeg å finne norske holdninger og vurderinger i enkeltsaker tilknyttet WHO. I forhold til offentlige kilder og rapporter kan de gi et nærmere innblikk i bakenforliggende prosesser. Likevel må det tas visse forbehold ovenfor holdningene som reflekteres i materialet. På den ene siden kan det være et uttrykk for en dominerende tanke, på den andre siden kan det være en enkeltpersons subjektive synspunkt.

Den sjette kildetyperen er aviser. Disse produseres primært for å informere, påvirke, villedde eller underholde mennesker i samtiden.<sup>76</sup> De kan blant annet informere om hendelser fra dag til dag og uttrykker politiske og sosiale synspunkter og holdninger i samtiden.<sup>77</sup> I denne oppgaven vil begge disse bruksmåtene være sentrale. Spesielt når det kommer til intervjuer med aktører som ellers ikke er synlig i arkivdokumenter. I forhold til politiske prosesser som jeg undersøker skjer det trolig mye uformelt som først blir synlig i muntlig overlevering til journalister. Likevel er det viktig å tenke over hvem- og hvilke posisjon intervjuobjektet har og hvem det er som har skrevet artiklene og hvilke intensjoner forfatteren eventuelt har. Både nyheter, aviser og media generelt har gjerne polariserende tendenser. Informasjonen kan videre prøves mot andre aviser, arkivmaterialet og annen relevant forskning.

Internasjonale kilder er primært den offisielle WHO-dokumentasjonen. I denne kategorien vil jeg benytte meg av generaldirektørens rapporter, møterefater fra styrende organer, resolusjoner og vedtak og økonomiske rapporter og budsjetter. Med dokumentene vil jeg belyse organisasjonens prioriteringer, medlemslandenes synspunkter, holdninger og

---

<sup>76</sup> Tosh 2010 s. 96.

<sup>77</sup> Tosh 2010 s. 97.

formelle beslutninger. Fellestrekket for materialet er at de er en del av en institusjonell sammenheng med implisitte eller eksplisitte regler for hvordan de skal utformes. Innholdet er også resultat av bakenforliggende prosesser og forhandlinger. Dette er forhold som kan påvirke informasjonen i materialet som forskeren må være seg bevisst.

Hovedutfordringene i kildesituasjonen er tilgang på kildematerialet. De interne arbeidsdokumenter i WHO er konfidensielle. Både i WHO Archives og WHO Records er det en grense på 20 år før det blir tilgjengelig for offentligheten. Dette er hovedårsaken til at de internasjonale kildene i masteroppgaven er begrenset til WHO sin offisielle dokumentasjon i WHO Library. Leseren må derfor være klar over at det kan skape et ufullstendig bilde av historien. Imidlertid iverksatte WHO en oppdatering av sitt elektroniske arkiv høsten 2015. Dermed kan jeg ikke gjøre rede for alle årene mellom 1990-tallet og 2004. Et gjennomgående trekk er at møtereferater og rapporter mangler. De fleste av dokumentene fra 2004 og frem til i dag ligger på organisasjonens hjemmeside.

Utfordringene i den norske kildesituasjonen er tilfeldig arkiveringspraksis i HOD og UD. Instruksjer og rapporter fra de styrende organene er en av mine hovedkilder. Imidlertid er det mange år som mangler eller er ufullstendige. Eksempelvis har jeg ingen instruksjer eller rapporter fra 2001 fra verken HOD eller UD. Fra tidlig 1990-talletet kunne jeg eksempelvis finne forsiden på dokumentene i arkivet mens selve innholdet er borte. Ellers mangler jeg i det store og hele klarering av instruksjer fra politisk ledelse for hele perioden med unntak av få tilfeller. Likevel understreker embedsmenn fra departementene at en del av avklaringene tilknyttet dokumentene ble gjort uten å formalisere det. Dermed blir underlaget for sonderingenes strategiske grunnlag kun summarisk tilgjengelig gjennom instruksene.

En tredje utfordring i kildesituasjonen som er blitt gjeldende de siste tiårene er at stadig mer dokumentasjon blir elektronisk. På den ene siden fører dette til at rapporter og instruksjer er bedre bevart. Men i min undersøkelse førte det til at jeg ikke har mange tilhørende dokumenter som man ellers finner i eldre arkivbokser. «Smådokumentene» forsvinner og jeg har da kun det større materialet som instruksjer og rapporter. Dette fører til at jeg får mindre innsikt i prosessene rundt de store møtene i de styrende organene i WHO. Likevel er det mulig å danne et generelt bilde av diplomatiet mellom de offisielle møtene gjennom korte oppsummeringer i instruksene til den norske delegasjonen. Gjennom Offentlig elektronisk postjournal er det imidlertid flere «smådokumenter» i systemet etter 2009. I sin helhet kan utfordringene tilknyttet elektroniske kilder forklares på to måter. På den ene siden kan det være et resultat av at mer korrespondanse blir uformell. På den andre siden kan det være et tegn på at bevaringssystemene lenge ikke holdt følge i overgangsperioden fra fysisk materiale til elektroniske dokumenter.

## **Oppgavens struktur**

Denne fremstillingen bygger på et bakgrunnskapittel og fire tematiske saks kapitler før jeg runder av med et konklusjonskapittel. Bakgrunnskapitlet vil gjøre rede for utviklingen av helsediplomatiet med vekt på WHO og Norge. Jeg vil også redegjøre for generelle trekk i den norske utenrikspolitikken siden slutten av den kalde krigen. I kapittel 1. analyserer jeg Norge som finansiør av organisasjonen. Her vil jeg gå nærmere inn på de økonomiske bidragene, norske prioriteringene og hvordan Norge forholdt seg utviklingen av budsjettsituasjonen i organisasjonen. I kapittel 2. undersøker jeg den utenrikspolitiske innsatsen for å få Gro Harlem Brundtland valgt til generaldirektør i WHO. Her vil jeg vurdere jeg påvirkningsarenaer, alliansebygging og profilbygging og ryktespredning i valgkampen. I kapittel 3. drøfter jeg Norge som kritisk støttespiller til organisasjon. Der vil jeg undersøke hvordan landet forholdt seg til den økende mistilliten mot organisasjonens ledelse i første halvdel av 1990-tallet og hvordan landet i den påfølgende perioden markerte seg som en støttespiller for reform. I kapittel 4. analyserer jeg hvordan Norge forholdt seg til saker i organisasjonen som berører tradisjonell høypolitikk i form av sikkerhets- og handelsinteresser. Først undersøker jeg sakene vedrørende atomvåpen, landminer og destruksjon av koppelagrene i USA og Russland. Deretter fokuserer jeg på den nordiske arbeidet satsingen for alkoholspørsmålet i WHO.

# **Bakgrunnskapittel: det globale helsediplomatiet og norsk utenrikspolitikk**

Temaet for dette kapitlet er de viktigste utviklingstrekkene i det globale helsediplomatiet på 1900-tallet og Norsk utenrikspolitikk etter 1990. Dette er relevant for masteroppgaven fordi det etablerer grunnlaget for å forstå de øvrige kapitlene og gir det et bakteppe for hvordan Norge posisjonerer seg i utenrikspolitikken generelt og i internasjonale helsespørsmål spesielt.

Fremstillingen er strukturert rundt to delkapitler. Først tar jeg for meg hovedtrekkene i helsediplomatiet. Der vil jeg kort gjøre rede for WHO's sammensetning og mål og Norges rolle i WHO fra 1948 til 1979. Til slutt viser jeg til organisasjonen og helsediplomatiets overgangen til et «regime complex» rundt årtusenskiiftet.<sup>78</sup> I det andre delkapitlet gjør jeg kort rede for norsk utenrikspolitikk post-kaldkrig og Norges satsing på helsesaker siden 1990-tallet.

## **Verdens helseorganisasjon og et «regime complex»**

I dette delkapitlet tar jeg for meg utviklingen av helsediplomatiet. Først vil jeg gjøre rede for begynnelsen på det multilaterale helsesamarbeidet og Norges rolle i organisasjonen 1948-1979. Deretter vil jeg rede for den nye fasen i helsediplomatiet ved et «regime complex» i overgangen fra et internasjonalt til globalt helsediplomati.

## **Multilateralt helsesamarbeid**

Internasjonalt samarbeid på helsearenaen har lange historiske røtter. På 1300-tallet ble det innført både karantener og restriksjoner på reiser for å forhindre spredning av pest. Tilsvarende kontrolltiltak var synlig i det Arabiske imperiet enda tidligere. 1800-tallet så imidlertid oppkomsten av det multilaterale diplomati.<sup>79</sup> Med de internasjonale sanitærkonferansene var helseutfordringer og epidemier et av de områdene der stater først benyttet seg av multilaterale konferanser som en diplomatisk virkemiddel.<sup>80</sup> Da Verdens helseorganisasjon ble etablert i 1948 ble den ledende rollen og arenaen for helsediplomatiet samlet i en og samme institusjon. Organisasjonen fikk utstrakt legitimitet med sin «one country, one vote» i sine internasjonale helseforhandlinger. Hvert medlem har like rettigheter og lik representasjon. I motsetning til det overordnede FN har ikke WHO et type «sikkerhetsråd» med permanente medlemmer.<sup>81</sup> I likhet

---

<sup>78</sup> David P. Fidler forstår et «regime complex» som at det ikke utelukkende eksisterer kun ett regime på et gitt felt, men et kollektiv av delvis overlappende og ikke-hierarkiske regimer. Se Fidler 2010 s. 9. I følge Olav Schram Stokke er den vanligste definisjonen av et regime «et sett av åpne eller underforståtte prinsipper, normer, regler og prosedyrer innenfor et saksfelt som aktørenes forventninger samles om». Se Stokke 2011 s. 272.

<sup>79</sup> Novotny, Kickbusch and Told 2013 s. 49.

<sup>80</sup> Beigbeder 1998 s. 1 f.

<sup>81</sup> Kickbusch, Lister, Told and Drager 2013 s. 17.



med de øvrige organisasjonene fikk WHO en lovgivende forsamling (Helseforsamlingen), et utøvende organ (Eksekutivkomiteen) og et sekretariat ledet av en generaldirektør. Organisasjonen er unik i FN-systemet med sin desentraliserte struktur. Både ansatte, økonomiske ressurser og beslutningsmakt ble delt mellom hovedkvarteret i Genève, seks regionale organisasjonene og landkontor. I internasjonalt helsesamarbeid har organisasjonen et bredt mål ved «the attainment by all peoples of the highest possible level of health».<sup>82</sup> Definisjonen av helse ble forstått som «.. a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity».<sup>83</sup> Helse ble også vurdert som en fundamental menneskerettighet og myndighetene i hvert land skulle være ansvarlig for helsen til sitt folk. Organisasjonens mål skulle nås gjennom tjueto funksjoner som fastsatt i konstitusjonen.<sup>84</sup>

Norges innsats i det internasjonale helsesamarbeidet ble viet liten interesse i utenrikspolitikken frem til diskusjonene om etableringen av WHO under FNs San Francisco konferansen i 1945.<sup>85</sup> Norge ratifiserte WHOs konstitusjon i 1947 og det påfølgende året ble deltakelsen begrunnet med moralske forpliktelser, praktisk betydning og som en måte å fremme mellomfolkelig forståelse og internasjonal fred.<sup>86</sup> Helene Aastad fremhever at Norge spilte en varierende rolle på 1950- og 1960-tallet. Landet hadde begrenset kompetanse i spørsmålene som WHO diskuterte.<sup>87</sup> De frivillige bidragene var små på grunn av dårlige erfaringer med malariaprogrammet<sup>88</sup> og Norge tok sjeldent initiativ i organisasjonen.<sup>89</sup> På den andre siden var landet ofte medforslagsstiller til aktører både i øst- og vest-blokken. Norge posisjonerte seg som brobygger mellom de tradisjonelle blokkene samtidig som landet hadde en meglerrolle med landene i sør,<sup>90</sup> og støttet utviklingslandenes streben for større budsjetter<sup>91</sup> og «New International Economic Order» (NIEO).<sup>92</sup> Dette kulminerte i arbeidet for «Health for all by the year 2000» og Alma-ata deklarasjonen i 1978 som vektla utbyggingen av

---

<sup>82</sup> Beigbeder 1998 s. 13.

<sup>83</sup> Beigbeder 1998 s. 13.

<sup>84</sup> Lee 2009 s. 17.

<sup>85</sup> Aastad 2000 s. 17., Aastad 2000 s. 22., Aastad 2000 s. 25.

<sup>86</sup> Aastad 2000 s. 62.

<sup>87</sup> Aastad 2000 s. 110.

<sup>88</sup> Aastad 2000 s. 109 f.

<sup>89</sup> Aastad 2000 s. 117.

<sup>90</sup> Aastad 2000 s. 138.

<sup>91</sup> Aastad 2000 s. 14 f.

<sup>92</sup> Den «nye orden» skulle innebære en radikal omstrukturering av verdensøkonomien og mer overføring av ressurser til utviklingslandene. Norge støttet NIEO i retorikken i FNs generalforsamling og var en del av den norske politikken frem til slutten av 1980-tallet. Se: Lee 1998 s. 17 ff., og Svenbalrud 2012 s. 156 f.

primærhelsetjenester.<sup>93,94</sup> Telegram fra 1979 fra den norske FN delegasjonen i New York og Instruks til delegasjonen i Genève viser at Norge støttet nyorienteringen i organisasjonen.<sup>95</sup> Denne sosiale vendingen stemte godt overens med Norges nasjonale vektlegging av helsesystemer.

### **Veien mot «regime complex»**

På 1980-tallet oppstod det som har blitt beskrevet som markeds multilateralisme i helsediplomatiet. Dette fulgte neoliberalistiske strømninger i samtiden,<sup>96</sup> og innebar en økt involvering av finans og privat sektoren, der spesielt Verdensbanken (WB) begynte å se på helse som en investering. Forretningslogikk ble ført inn på helsearenaen med krav om målbare resultater.<sup>97</sup> Internt i FN-systemet utviklet det seg stigende misnøye blant de store bidragsyterne og budsjettet i WHO ble fryst to ganger. Presset på WHO fra donorene om å få «verdi for pengene» gjorde det vanskelig å forene fokuset på helsesystemer med kravet om målbare resultater.<sup>98</sup> Siden 1990-tallet har WHO vært utsatt for kritikk av dens lederskap, prioriteringsprosess, styre, administrasjon og mandat.<sup>99</sup>

Samtidig i denne perioden opplevde helsesamarbeidet et stort press for forandring<sup>100</sup> der helsediplomatiet stadig ble mer komplisert. WHO's rolle måtte tilpasses en ny kontekst, og et skifte fra internasjonal til global helse. Interaksjonen på tvers av grenser økte, og geografiske avstander ble mindre relevante. Nye konflikter skapte kriser knyttet til sult, flyktninger og ødelagte helsesystemer.<sup>101</sup> Relasjonene mellom helse og klimaendring, miljø, migrasjon og handel ble stadig mer åpenbare. Mønstre av ikke-smittsomme sykdommer spente på tvers av det gamle skillet mellom I-land og U-land, og nye epidemiske sykdommer som SARS oppstod mens sykdommer som tuberkulose viste gjenoppkomst.<sup>102</sup>

Helsespørsmål ble viktigere på den politiske agendaen i denne perioden. Samtidig kjempet flere om makt og innflytelse. I 2009 var det mer enn 40 bilaterale donorer, 26 FN

---

<sup>93</sup> Lee 1998 s. 17 ff.

<sup>94</sup> Fokuset dreiet seg bort fra høyteknologiske, urbane og sykehusbaserte tjenester til lavteknologisk, lokalt tilpassede og samfunnsbasert ordning. I sin helhet var det en overgang fra: 1) «ovenfra-ned» til «nedenfra-opp» tilnærming og 2) fra en vertikal sykdomsfokusert modell til en horisontal-integrert helsetjeneste.

<sup>95</sup> UD, 26.15/3, Telegram fra FN-delegasjonen i New York til UD. Resolusjonsforslag om «helse som integrert utvikling», 22.11.79., UD, 26.15/3, Telegram til Kgl. Sosialdepartementet. Instruks for den norske delegasjon til 32. Helseforsamling. 03.05.79. s. 3.

<sup>96</sup> Kickbusch et al. 2013 s. 17 ff.

<sup>97</sup> Kickbusch et al. 2013 s. 19.

<sup>98</sup> Lee 1998 s. 23 ff.

<sup>99</sup> Lee 2009 s. 115.

<sup>100</sup> Lee 2009 s. 99.

<sup>101</sup> Lee & Fang 2013 s. 27.

<sup>102</sup> Lee & Fang 2013 s. 27 ff.

enheter, 20 regionale og globale fond, 90 globale helseinitiativ og utallige ikke-statlige organisasjoner (NGO) innen helse.<sup>103</sup> Dette førte til mye forvirring, konkurranse og overlappende aktiviteter og mandater. På bakgrunn av dette hevder forskeren David P. Fidler at det i dag er et «regime complex» i det globale helsestyret.<sup>104</sup> I et slikt system kan WHO analysere problemer, skape løsninger og legge til rette for forhandlinger.<sup>105</sup> Dette blir spesielt synlig med de to store avtalene som «Framework Convention on Tobacco Control» (2003) og reviderte «International Health Regulations» (2005) og WHO's rolle med å få kontroll med SARS utbruddet i 2003.<sup>106</sup> Videre knyttet organisasjonen et sterkere bånd til flere aktører og arenaer i ulike initiativer og partnerskap som WB, Verdens Handelsorganisasjon (WTO), privatsektoren og ideelle organisasjoner i flere partnerskap for å løse dagens utfordringer.<sup>107</sup> Men bildet er sammensatt og Kelley Lee hevder at WHO på 1990-tallet ikke lengre var den dominerende aktøren i helsespørsmål.<sup>108</sup> Som jeg vil vise i neste delkapittel har utviklingen resultert i en ny posisjon for global helse generelt og WHO spesielt i norsk utenrikspolitikk.

### **Nye muligheter og utfordringer: norsk utenrikspolitisk profil**

I dette delkapitlet vil jeg kort gjøre rede for Norges utenrikspolitiske profil og arbeidet for internasjonal- og globale helse etter den kalde krigens slutt. Utviklingen fra 1990-tallet vil sette den utenrikspolitiske konteksten for undersøkelsen min i masteroppgaven.

Slutten på den kalde krigen på 1990-tallet endte delingen av Europa og den bipolare verdensorden. Viktige premissleverandører i norsk utenrikspolitikk var nå USA, Russland, Den europeiske unionen (EU) og de Forente Nasjoner (FN).<sup>109</sup> I denne konteksten kunne Norges ressurser settes inn for å tjene nyanserte utenrikspolitiske mål.<sup>110</sup> Styrket norsk selvbevissthet og nye økonomiske betingelser, åpnet for en mer ambisiøs utenrikspolitisk profil og verdensomspennende engasjement av ulike typer.<sup>111</sup> Det gamle skillet mellom realpolitiske interesser og prinsipper ble mindre tydelig, og reflekteres i begrepet om «utvidede egeninteresser» i St. meld. nr. 15 fra 2009.<sup>112,113</sup> Denne forståelsen av nasjonale interesser

---

<sup>103</sup> Lee & Fang 2013 s. 26.

<sup>104</sup> Fidler 2010 s. 9.

<sup>105</sup> Fidler 2010 s. 10 f.

<sup>106</sup> St. prp. 1. (2004-2005) s. 213.

<sup>107</sup> Lee 2009 s. 126.

<sup>108</sup> Lee 2009 s. 111.

<sup>109</sup> Knutsen 2006.

<sup>110</sup> Sending, Neumann & Fonn 2006 s. 254.

<sup>111</sup> Lange, Pharo, & Østerud 2009 s. 25., Tamnes 1997 s. 443 ff.

<sup>112</sup> St. Meld. Nr. 15. s. 10 ff.

<sup>113</sup> Utvidede egeninteresser forstås som både sikkerhet, engasjementspolitikk, økonomi, energi, klima og miljø og internasjonal organisering.

samsvarer med funnene til Janne Haaland Matlary i Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, der verdidiplomati ble identifisert som middel for å oppnå makt i norsk utenrikspolitikk. Verdidiplomati defineres som en utenrikspolitisk portefølje som omfatter fredsmegling, fredsoperasjoner, bistand, demokratibygging og menneskerettighetsarbeid. Dette var ikke et nytt trekk i norsk utenrikspolitikk, men den nye internasjonale konteksten på 1990-tallet gjorde verdipolitisk målsetninger mer ettertraktet.<sup>114</sup> Slik statssekretær Jan Egeland understrekte i 1995 var utenrikspolitikken blitt en av nasjonens beste eksportvarer.<sup>115</sup> På tross av at ikke alle engasjementer kan vurderes som suksess i ettertid, bidro verdidiplomatiet til å skape interesse for landet, tilgang til aktører og arenaer og et godt omdømme for Norge.<sup>116</sup> Ulike forklaringer er benyttet på hvorfor Norge har inntatt denne rollen.<sup>117</sup> Men slik Jonas Gahr Støre understrekte i 2010 bidrar ikke landet til fred og forsoningspolitikk av ren sjenerøsitet. Det er effektivt og det tjener norske interesser. Det er en del av Norges moderne visittkort.<sup>118</sup>

Det kan stilles spørsmål ved om Norges internasjonale satsing på helse burde vurderes i lys av landets «moderne visittkort». Som nevnt i introduksjonskapitlet gikk helse fra å være ren bistand og utviklingshjelp til å innta en plass i den overordnede utenrikspolitikken.<sup>119</sup> Bistandsmidler skulle bevilges strategisk til utvalgte områder basert på helsefaglige og utenrikspolitiske vurderinger.<sup>120</sup> I følge Kristin I. Sandberg og Steinar Andresen var det Gro Harlem Brundtlands posisjon som generaldirektør i WHO som utløste nyorienteringen fra 1998. Hennes rolle i organisasjonen påvirket både Jens Stoltenberg og Jonas Gahr Støres interesse for globale helseutfordringer.<sup>121</sup> Sandberg og Andresen setter vendepunktet ved «Global Alliance for Vaccines and Immunization» (GAVI) i norsk bistandspolitikk fra 1999.<sup>122</sup>

Den påfølgende satsingen på helse som utenrikspolitikk er også synlig i forbindelse med FNs tusenårsmål. Innen 2009 støttet Norge arbeidet gjennom en rekke organisasjoner og initiativer og oppfattet seg selv som en av hovedaktørene i denne satsingen.<sup>123,124</sup> Slik Øyvind

---

<sup>114</sup> Matlary 2002 s. 9., Matlary 2002 s. 74.

<sup>115</sup> Tamnes 1997 s. 443.

<sup>116</sup> Matlary 2002 s. 74.

<sup>117</sup> Hovi & Malnes 2011 s. 153., Egeland 1988 s. 178.

<sup>118</sup> Støre 2010 s. 42.

<sup>119</sup> Sandberg & Andresen 2010 s. 301.

<sup>120</sup> UD, 337.63, Telefaks fra Norges faste delegasjon i Genève til Sosial- og helsedepartementet. Strategi for det norske styremedlemskapet, 09.03.98. s. 2.

<sup>121</sup> Sandberg & Andresen 2010 s. 309.

<sup>122</sup> Sandberg & Andresen 2010.

<sup>123</sup> Innen 2009 var følgende organisasjoner og initiativ støttet for å oppnå MDG: WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, Verdensbanken, Globalt fond for Aids, Tuberkulose og Malaria, Statsministerens initiativ for å oppnå tusenårsmål 4&5, Partnerskapet for mødre, nyfødte og barnehelse, Kvinner og likestilling, GAVI, Global Health Workforce Alliance, International Health Partnerships, High Level Task Force for innovative Financing of Health systems.

<sup>124</sup> HOD, 2009, Instruks til WHO's 124. styremøte (EB124), Genève 19.-27. januar 2009.s. 11.

Eggen har understreket var dette en del av den rød-grønne regjeringens bruk av bistand som politisk markeringsverktøy.<sup>125</sup> Denne linjen er kanskje enda tydeligere i Støres initiativ for «Foreign policy and global health» i 2006 og Stoltenbergs del i lanseringen av kampanjen for tusenårsmål 4, 5 og 6. i 2007.<sup>126</sup> Politikken ble videreført i 2014 da Erna Solberg ble utpekt til å lede pådrivergruppen for å nå tusenårsmålene for fattigdomsreduksjon.<sup>127</sup>

Imidlertid er det verdt å understreke at en økt satsing på helse ikke er ensbetydende med WHO's viktighet i norsk utenrikspolitikk. På tross av at Norges arbeid ovenfor WHO ble styrket,<sup>128</sup> preget et «regime complex» landets bidrag til det internasjonale og globale helsesamarbeidet. I 1997 hadde Norge pågående aktiviteter på helsefeltet i flere multilaterale fora og bilaterale relasjoner.<sup>129,130</sup> Fra og med 1996 hadde WHO mistet sin egen post i forslag til statsbudsjett fra UD og blitt erstattet med «Helsetiltak gjennom multilaterale organer».<sup>131,132</sup> Dette reflekterte et stadig mer kompleks internasjonal helsearkitektur og utvidet norsk aktivitet i andre fora. Tendensen vedvarte og stortingsmeldingen for *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* omhandlet ulike aktører og arenaer i norsk bistand og helsediplomati.<sup>133</sup> Vektleggingen av helsebistand utenfor WHO kan tolkes som et fenomen generelt i norsk utenrikspolitikk i perioden. Slik Halvard Kvale Svenbalrud hevdet i *FN som «hjørnestein i norsk utenrikspolitikk»* viste landet en vilje til å omgå FN hvis det var mer effektivt.<sup>134</sup> Halvard Leira og Ole Jacob Sending tolker utviklingen i samme retning: etableringen av GAVI demonstrerte at internasjonale organisasjoner generelt og WHO spesielt var blitt mindre viktige, og deres rolle var i forandring.<sup>135</sup> Leira og Sending konkluderer med at Norge rir to hester: Landet tar alltid til ordet for å styrke FN (som WHO er en del av) og det multilaterale systemet, samtidig som Norge bidrar til å svekke WHO's relative posisjon gjennom å støtte andre aktivt.<sup>136</sup>

---

<sup>125</sup> Eggen 2013 s. 424.

<sup>126</sup>MDG: 4) Redusere barnedødelighet, 5) Bedre mødres helse, 6) Bekjempe hiv/aids, malaria og andre sykdommer

<sup>127</sup> Utenriksdepartementet 2007., Norad 2015b.

<sup>128</sup> Se Introduksjonskapitlet s. 2.

<sup>129</sup> I matrisen for prioriterte spørsmål i internasjonale helsesaker ble flere mål og arenaer fremhevet. Multilateralt globalt og regionalt: Nordisk Råd og Nordisk Ministerråd, EU/EØS, WHO, FN's økonomiske og sosiale råd, Europarådet, OECD, Barents-programmet, NATO og Nuclear Energy Agency. Bilateralt: Botswana og Russland.

<sup>130</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Internasjonal seksjon. Matrise for prioriterte spørsmål i internasjonale helsesaker. 27.02.98. s. 1f.

<sup>131</sup> Til å begynne med ble de fleste midlene kanalisert til WHO gjennom budsjettposten.

<sup>132</sup> St. prp. nr. 1 (1995-1996) s. 151.

<sup>133</sup> Meld. St. 11 (2011-2012).

<sup>134</sup> Svenbalrud 2012. s. 2.

<sup>135</sup> Mølster et al. 2013 s. 26.

<sup>136</sup> Mølster et al. 2013 s. 26.

# Kapittel 1. Norge som finansiør av Verdens helseorganisasjon

## Tema, mål og problemstilling

Temaet for dette kapitlet er Norge som økonomisk bidragsyter til Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1990 til 2013. WHO mottar økonomisk støtte både i form av medlemskontingent (RBF) og frivillige bidrag (EBF). Førstnevnte blir bestemt av organisasjonens styrende organer. De frivillige bidragene går hovedsakelig til bestemte programmer og områder av interesse for landet. Sistnevnte kan dermed forstås som det klareste uttrykket for prioritering i WHO. Det er på bakgrunn av dette jeg primært avgrenser meg til å undersøke EBF. Problemstillingene er som følger: Hvilke mål og programmer ble det foreslått å støtte i de ulike fasene i perioden? Og på hvilke måte forholdt Norge seg til bruken av frivillige bidrag i organisasjon?

Målet med fremstillingen er todelt. For det første vil jeg undersøke hvordan Norge har markert seg som en økonomisk bidragsyter til organisasjonen ved å kartlegge temaer og aktiviteter. For det andre vil jeg undersøke Norges bruk av frivillige bidrag for å markere seg og sin politikk. Dette er relevant for oppgavens hovedproblemstilling fordi det gir uttrykk for norske holdninger og hvordan landet generelt posisjonerte seg i organisasjonen. I siste instans kan midlene fortelle hvordan Norge søkte innflytelse. I Stortingsmelding nr. 11 fra 1989 ble det vurdert dithen at påvirkningsmuligheten internasjonalt var avhengig av størrelsen på de finansielle bidragene.<sup>137</sup> Nordisk Råd hevdet i 1994 at respekten for bistandsiver og økonomisk innsats på noen områder smitter av i respekten for politisk innsatser.<sup>138</sup> Norge var og er en av de største bidragsyterne i forhold til BNP og absolutt i FN-systemet. I WHO var landet blant topp ti bidragsytere i form av EBF i 1993.<sup>139</sup> I perioden 2005–2007 var Norge totalt den femte største bidragsyteren.<sup>140</sup> For 2013 var landet nummer syv.<sup>141</sup>

---

<sup>137</sup> St. meld. Nr. 11 (1989-1990) s. 52.

<sup>138</sup> Eknes 1994 s. 103.

<sup>139</sup> World Health Organization 1994a s. 23ff.

<sup>140</sup> World Health Organization 2008 s. 6.

<sup>141</sup> World Health Organization 2014a s. 7.

## Kilder og utfordringer<sup>142</sup>

Kildegrunnlaget i kapitlet er forslag til statsbudsjett (St.prp. nr. 1) fra UD,<sup>143</sup> Stortingsmeldinger, WHO sine toårige regnskap i *Financial report*, rammeavtalen med WHO fra 2003, programsamarbeidsavtaler (PSA) og norsk arkivmateriale tilknyttet WHO.

Hovedutfordringen med kildene til kapitlet er todelt. For det første er ikke alle organisasjonens budsjetter i form av *Financial reports* tilgjengelig for meg per dags dato (13.09.2015) på grunn av en oppdatering i WHO sine elektroniske arkiv høsten 2015. Derfor vil jeg ikke kunne gjøre rede for alle årene i løpet av 1990-tallet. De fleste av dokumentene fra 2004 og frem til i dag ligger imidlertid på organisasjonens hjemmeside. I det norske statsbudsjettet er ikke bidragene synlige ettersom det går under en samlepost for FN.

For det andre er det en utfordring at strukturen i stortingsproposisjonene endrer seg flere ganger i løpet av perioden som denne oppgaven dekker. Dette innebærer på den ene siden at poster og underposter i forslag til statsbudsjett flyttes og omdannes flere ganger. Det skaper en utfordring med å lage tabeller og grafer for å vise utviklingen i de økonomiske bidragene på bakgrunn av stortingsproposisjonene alene. På den andre siden oppgir ikke proposisjonene fra og med 1997 hvor mye organisasjonen blir bevilget. Frem til 2013 er WHO i ulike samleposter tilknyttet internasjonal helse. For eksempel «Helsetiltak gjennom multilaterale organer», «Utdannelse og Helse», «Tilleggsmidler gjennom FN systemet» og «Offentlige Velferdsordninger». Hvilke programmer som blir prioritert blir kun stedvis nevnt og bevilgningene blir gradvis mer tematisk orientert.

Utfordringene kan delvis møtes ved å benytte programsamarbeidsavtalene som først ble inngått i 2003 mellom Norge og WHO. Men en sammenligning av bevilgningene i PSA og proposisjonene er en utfordring i seg selv ettersom oppsettet og detaljnivået er ulikt. Dette kan få konsekvenser for hvordan jeg tolker tallene. For eksempel er det en tematisering av programmene på 90-tallet under primærhelsesystemer og barneprogrammer i proposisjonene. I PSA på den andre siden er det en utfordring for meg å se hva som kategoriseres som primærhelsesystemer, barneprogrammer, kvinnesykdommer etc. på tvers av dokumenttypene. Dette blir ytterligere komplisert da strukturen PSA endrer seg i 2008 til å oppgi støtten til ulike temaer og programmer basert på hvor fleksible midlene er. Likevel er det mulig å kjenne igjen

---

<sup>142</sup> Som nevnt i introduksjonskapitlet har jeg valgt å ha en egen kildebeskrivelse i dette kapitlet fordi det er egne utfordringer utover det som er oppgitt tidligere.

<sup>143</sup> St.prp er fremtidsrettede kilder, en feilmargen på opp mot 10 millioner NOK er plausibel basert på en sammenligning av budsjett og regnskap primo 1990-tallet.

visse temaer både fra strukturforandringen og på tvers til stortingsproposisjonene. Men en lengre sammenligning av relasjonene mellom de prioriterte temaene blir ikke foretatt her.

## **Tabeller**

Til dette kapitlet har jeg laget tre ulike tabeller som viser de Norske bidragene.<sup>144</sup> Tabell 1. er oversikt over tilleggsmidlene i PSA fra 2003 til 2013. Tilknyttet oversikten er det flere merknader som leseren må være klar over. For det første er bevilgningene for 2003 opprinnelig 215,50 millioner NOK og mangler dermed 1 million NOK i tabellen. Dette har å gjøre med strukturen for PSA for 2003. I motsetning til de senere årene oppgir den tilskuddet til det regulære budsjettet. Jeg valgte dermed å ikke lage en egen kolonne ettersom det er en integrert del av budraget til programbudsjettet de andre årene. For det andre varierer strukturen i PSA mellom 2003-2007 og 2008-2013. Derfor er bidragene for den første perioden sortert etter de bidragene som går til programmer under programbudsjett og multidonorprogrammer. I den andre perioden er programmene sortert etter fleksibilitet. Flere av programmene som var regnet for å være multidonor går under øremerkede midler. Aktivitetene som gikk til programbudsjett er fordelt utover postene for fullstendig fleksible midler, høyt fleksible midler og medium fleksible midler.

Tabell 2. er basert på stortingsproposisjonene og viser EBF til WHO fra 1990 til 1996. Jeg har valgt å ikke ta med støtten til AIDS fordi underposten flyttes bort fra WHO primo 90-tallet. Senere går støtten til UNAIDS.<sup>145</sup> Dette er gjort for å lettere kunne sammenligne på tross av at støtte til AIDS igjen går til WHO på et senere tidspunkt. Som allerede nevnt oppgir ikke stortingsproposisjonene bidragene til WHO etter 1996 og er derfor ikke tatt med.

Tabell 3. er en prosentmessig oversikt over fleksibiliteten i bidragene fra 2008 til 2013. Årsaken til at jeg har gjort det på denne måten er for å kunne se utviklingen av fleksibiliteten av bidragene på tross av svingninger i det totale budsjettet.

## **Kapitlets struktur**

Jeg har valgt å strukturere kapitlet i to deler. I den første delen undersøker jeg svingninger i budsjettet og deres forklaring. Deretter tar jeg for meg hvilke mål som ble satt og hvilke programmer og aktiviteter som det ble foreslått å bevilge økonomisk støtte til. Sistnevnte kan indikere hva som har blitt vurdert som viktig i den norske administrasjonen fra 1990 til 2013. Den andre delen av kapitlet tar for seg organisasjonens økonomiske situasjon og Norges

---

<sup>144</sup> Tabell 1. er på side 27, Tabell 2. side 28 og Tabell 3. side 42.

<sup>145</sup> Området dukker opp som en norsk prioritering i WHO senere. Imidlertid har jeg ikke tallinformasjonen på grunn av omstrukturering i stortingsproposisjonene.



holdning til de regulære bidragene og tilleggsmidlene. Avslutningsvis vil jeg foreta en samlet vurdering av Norge som finansiør av WHO.

## **Norske prioriteringer**

I denne delen av kapitlet undersøker jeg de store trekkene i de norske frivillige bidragene. Fremstillingen er strukturert rundt to overskrifter der jeg først vil foreta en kort redegjørelse av svingningene i de totale bidragene. Deretter vil jeg se nærmere på utviklingen av Norges mål og prioriteringer i organisasjonen.

## **Svingninger i de norske bidragene**

Som det utgår fra Tabell 1. og 2. oppstod det enn markant økning (ikke justert etter inflasjon) av de norske bidragene i perioden 1990 til 2013.<sup>146</sup> Helsepolitiske spørsmål ble en stadig viktigere del av norsk utenrikspolitikk generelt. Dette kan vurderes på bakgrunn av flere forhold. For det første var det en periode med økonomisk vekst med den økende olje- og gasseksporten. Dette gjorde det mulig med ytterligere satsing i den norske bistanden. Men på den andre siden kan oppgangen, nedgang og utflating forklares på bakgrunn av faglige og politiske forhold tilknyttet WHO i samtiden.

For perioden som denne oppgaven dekker var den første oppgangen i budsjettet i 1992 på grunn av økt støtte til barnerettede programmer.<sup>147</sup> Utviklingen kan sees i sammenheng med at barn som målgruppe ble tema i internasjonale toppmøter og bevilgninger i 1990. Som Norge sluttet seg til var det spesielt FN-konvensjon om barns rettigheter, erklæringen fra Verdenskonferansen om utdanning for alle og handlingsplanen fra toppmøtet om barn i New York.<sup>148</sup> Barn hadde også tidligere blitt prioritert i norsk bistandspolitikk. Men det kan argumenteres for at økningen skyldtes en større oppmerksomhet rundt feltet og at det ble oppfattet som politisk «bindende» på grunn av norsk tilslutning. I så måte er det rimelig å anta at det både var faglige og utenrikspolitiske årsaker til utviklingen.

I budsjettforslaget for 1994 ble det foreslått å redusere bidragene til WHO på grunn av misnøye med gjenvalget av den japanske generaldirektøren Hiroshi Nakajima i 1993. Han fikk kritikk av de fleste giverlandene og en rekke utviklingsland for sin svake ledelse og manglende prioritering. Det ble også stilt spørsmål med midlene som ble brukt for å sikre gjenvalget. Å nedjustere de regulære bidragene til organisasjonen var i strid med norsk politikk, og reduksjonen ble dermed foretatt i de frivillige bidragene med symbolske 10 %. De gjenværende

---

<sup>146</sup> Se Tabell 1. s. 27 og Tabell 2. s. 28.

<sup>147</sup> St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 162 ff.

<sup>148</sup> St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 32.

bidragene til organisasjonen ble rettferdiggjort med at de primært gikk til spesialprogrammene som bare i vekslende grad underlagt generaldirektøren.<sup>149</sup> Men som det utgår fra Tabell 2. var støtten allerede økt med 32,1 millioner NOK to år senere.<sup>150</sup> Likevel demonstrerer utviklingen at politiske markering ovenfor organisasjonen påvirket bidragene. Økningen i EBF kan delvis sees på bakgrunn av regjeringens og stortingets beslutning om å følge opp FNs sosiale toppmøte i København fra 1995.<sup>151</sup> I tråd med anbefalingene skulle Norge legge om sin bistand til å styrke bevilgningene til helse og grunnutdanning. Målet var at helse og utdanning hver for seg skulle utgjøre 10% av norsk bistand innen 2000.<sup>152</sup>

I stortingsproposisjonene for 1997 og 1998 var det en betydelig økning i helsebistanden fra 122,5 mill NOK<sup>153</sup> til et forslag på hele 178 og 198 mill NOK i multilaterale organer.<sup>154</sup> Ettersom det var foretatt strukturelle forandringer i proposisjonene fra og med 1996 oppgis det ikke hvor mye som går til WHO. Likevel understreker dokumentene at det meste ville bli bevilget til organisasjonen.<sup>155</sup> Foruten oppfølgingen av toppmøtet i København, kan økningen i bidragene sees på bakgrunn av flere forhold. For det første skulle Oslo-II rapporten fra den norsk-koordinerte evalueringen av organisasjonens bistandsvirksomhet fremmes i helseforsamlingen i 1998. Det var en forhåpning om at dette ville effektivisere WHO som bistandskanal for de fattigste landene. For det andre begynte organisasjonen å nærme seg et lederskifte som åpnet for en fortgang i den interne reformprosessen i organisasjonen som Norge hadde støttet. Dette ble vurdert som tilstrekkelig for å potensielt øke bidragene.<sup>156</sup> I sin helhet demonstrerte det en styrket tillit til organisasjonen.

To andre sentrale forhold påvirket også trolig bidragene. For det første ble helsedirektør Anne Alvik valgt inn i WHO's styre i 1997. For det andre ble Gro Harlem Brundtland nominert som kandidat til generaldirektørstillingen i 1997 og vant valget i 1998. I den påfølgende perioden stabiliserte bidraget seg på 215,5 mill NOK. I følge embetsmenn i den norske forvaltningen i dag er det vanlig at land øker støtten når de får personer i slike posisjoner. Dette utsagnet bekreftes langt på vei når man ser at støtten til WHO økte for 2010 da Norge igjen fikk et styremedlem i organisasjonen.<sup>157</sup> Det er rimelig å anta at Norge ønsket å stå tydeligere frem

---

<sup>149</sup> St. prp. nr. 1 (1993-1994) s. 126.

<sup>150</sup> Se kapittel 1. s. 28.

<sup>151</sup> Både mottakere og giverland forpliktet seg til å bruke 20% av sine budsjetter til grunnleggende sosiale tjenester.

<sup>152</sup> Innst. S. nr. 229. (1995-96) s. 19.

<sup>153</sup> Det samlede bidraget til «Helsetiltak gjennom multilaterale organer» var 89,2 mill NOK i 1996 Men på grunn av en omstrukturering i bistandsbudsjettet for det påfølgende året er denne summen justert til 122, 5 mill kr.

<sup>154</sup> St. prp. nr. 1 (1996-1997) s. 187., St. prp. nr. 1 (1997-1998) s. 134

<sup>155</sup> Se for eksempel St. prp. nr. 1 (1997-1998) s. 133.

<sup>156</sup> St. prp. nr. 1 (1997-1998) s. 133 f., Se kapittel 1. Tabell 1. s. 27 og Tabell 2. s. 28.

<sup>157</sup> Se Tabell 1. side 27 og Tabell 2. s. 28.

som et foregangsland i perioder der landet innehadde norske personer i sentrale verv. I så måte kan det regnes som politisk markering gjennom de norske bevilgningene.

Utflatingsperioden i de norske bidragene fra 2003 til 2009 er også interessant i seg selv. Beregnet ut ifra inflasjon er det rimelig å anta at det i prinsippet var en reduksjon disse årene. Samtidig får eksempelvis Vaksinasjonsalliansen (GAVI) økte midler som til slutt overstiger bidragene til WHO. For 2001-2003 fikk GAVI om lag 200 millioner NOK i året mot 215 NOK til WHO.<sup>158</sup> Mens bidragene til sistnevnte endret seg lite frem til 2009 fikk vaksinasjonsalliansen 462 millioner NOK dette året.<sup>159</sup> I 2012 var det økt ytterligere til 690 millioner NOK.<sup>160</sup> I sin helhet reflekterer dette at WHO må konkurrere om ressurser og at Norge trolig vurderer det som hensiktsmessig å gi økende bevilgninger til andre aktører og arenaer.

**Tabell 1. Bevilgningene i PSA 2003-2013. Tallene er oppgitt i 1000 NOK<sup>161</sup>**

Underpostenes betegnelse	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Programbudsjett</b>	99,50	129,50	129,50	215,45	215,45	-	-	-	-	-	-
<b>Multidonor</b>	115,00	86,00	86,00								
<b>Fullstendig fleksible midler</b>						54,00	54,00	61,50	61,50	61,50	61,50
<b>Høyt fleksible midler</b>						66,00	66,00	74,50	74,50	54,50	54,50
<b>Medium fleksible midler</b>						59,50	59,50	50,00	50,00	73,50	73,50
<b>Øremerkede midler</b>						36,00	36,00	52,50	52,50	41,50	41,50
<b>SUM bidrag til WHO</b>	<b>214,50</b>	<b>215,50</b>	<b>215,50</b>	<b>215,45</b>	<b>215,45</b>	<b>215,50</b>	<b>215,50</b>	<b>238,50</b>	<b>238,50</b>	<b>231,00</b>	<b>231,00</b>

## Mål, temaer og programmer

Norge er et land med store økonomiske ressurser i forhold til folketallet. En gjenganger i en rekke uttalelser er at «Norway punches above it's weight». Likevel må det foretas prioriteringer i det internasjonale samarbeidet. Som det utgår fra stortingsproposisjonene har de norske fokusområdene vært ganske stabile på tross av en økning i bidragene og skiftende regjeringer. Kjernen av bistanden til WHO var gjennom hele perioden fattigdomsorientert.<sup>162</sup> Dette stemmer godt overens med den øvrige norske bistandstradisjonen. Men tilnærmingen varierte noe

<sup>158</sup> St. prp. nr. 1. (2005-2006) s. 215.

<sup>159</sup> Prop. 1 S. (2010-2011) s. 237.

<sup>160</sup> Prop. 1 S. (2013-2014) s. 220.

<sup>161</sup>UD, 2000/05572, Framework Agreement on Cooperation in the Field of Development between The Government of Norway and The World Health Organization. 2003., UD, 2000/05572, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2003-2004., UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2004-2005., UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009., UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2010-2011., UD, 2011/03493, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2012-2013., UD, Mottatt kopi fra Utenriksdepartementet uten arkivreferanse, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2006-2007.

<sup>162</sup> Andre mål var for eksempel å arbeide for at perspektiver vedrørende miljø, kvinner og barns rettigheter, likestilling, demokrati, reform mm. ble innarbeidet i organisasjonen virksomhet.

gjennom årene i organisasjonen. Som det utgår fra de påfølgende avsnittet var det en delvis kumulativ utvikling i perioden.

Tabell 2. Bevilgningene i St.prp. nr 1. 1990-1996. Tallene er oppgitt i 1000 NOK<sup>163</sup>

Underpostenes betegnelse	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Bistandsandel av Norges regulære bidrag	8,30	7,40	10,10	8,80	9,20	11,90	10,70
Fellesfinansierte spesialprogrammer (HRP-TDR)							33,00
Forskningsprogram på menneskelig reproduksjon (HRP)	13,50	13,50	13,50	12,00	8,00	8,00	
Spesialprogram for forskning og opplæring i tropiske sykdommer (TDR)	23,00	23,00	24,00	24,50	23,00	23,00	
Særlig barnerettede programmer			15,00	17,80	15,90	15,50	18,00
Utvidede immuniseringsprogram/Vaksinasjon	7,00	7,00					
Diaresykdomsprogram	1,00	2,00					
Støtte til primærhelsetjeneste							27,50
Program for essensielle legemidler (DAP)	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
Program for bekjempelse av elveblindhet	1,00	1,00					
SUM bidrag til WHO	55,80	55,90	64,60	65,10	57,10	59,40	89,20

På begynnelsen av 90-tallet var det et overordnet trekk at Norge arbeidet for at fremskritt i helsesektoren i de industrialiserte landene skulle komme utviklingslandene til gode.<sup>164</sup> Programmene som ble prioritert var en balanse mellom forskning, bekjempelse av bestemte sykdommer og forebyggende tiltak i form av immunisering og legemidler. Som tidligere vist ble også et sterkere fokus på barns helse fra 1992. I tillegg til at midlene økte skulle arbeidet styrkes og målrettes ved å etablere en egen budsjettpost for «Særlig barnerettede spesialprogrammer».<sup>165</sup> De to første satsingsområdene under posten var diaresykdomsprogrammet og immuniseringsprogrammet som hadde fått norsk støtte siden begynnelsen av 1980-tallet med særlig referanse til barn og gravide.<sup>166</sup> Målet med forandringen av underpostene var å bedre kunne innrette bevilgningene etter de programmene der relevansen og behovene var størst. Som en konsekvens av dette ble det foreslått at bevilgningene til programmet for elveblindhet opphørte for å innrette fokuset sterkere mot barn.<sup>167</sup> I de påfølgende årene ble det et utvidet antall programmer under posten.<sup>168</sup> Forklaringen på utviklingen kan trolig sees på bakgrunn av tilslutningen til de tre store internasjonale barnebevilgningene som nevnt tidligere.

<sup>163</sup> St. prp. nr. 1 (1989-1990) s. 78., St. prp. nr. 1 (1990-1991) s. 159., St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 162., St. prp. nr. 1 (1992-1993) s. 171., St. prp. nr. 1 (1993-1994) s. 126., St. prp. nr. 1 (1994-1995) s. 143., St. prp. nr. 1 (1995-1996) s. 151.

<sup>164</sup> St. prp. nr. 1 (1989-1990) s. 73., St. prp. nr. 1 (1990-1991) s. 159., St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 163.

<sup>165</sup> St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 164.

<sup>166</sup> St. prp. nr. 1 (1984-1985) s. 41 f.

<sup>167</sup> St. prp. nr. 1 (1991-1992) s. 162 ff.

<sup>168</sup> Blant annet programmer mot luftveisinfeksjoner, mødre helse og trygt moderskap, integrerte tiltaket «sykt barn initiativet» og andre tiltak av direkte betydning for barn.

Et resultat av prioriteringen av barnesykdommer var at kvinner ble en tydeligere målgruppe. Kvinners helse ble sett i sammenheng med barnehelse. Eksempelvis var programmet for mødre helse- og trygt moderskap under posten for barneprogrammer.<sup>169</sup> Likevel var det ikke en fullstendig nyorientering ettersom kvinner var en viktig målgruppe i immuniseringsprogrammet og forskningsprogrammet for menneskelig reproduksjon (HRP) som hadde fått støtte siden 1970- og 1980-tallet.<sup>170</sup> I 1991 hadde det også blitt opprettet egen forskning på kvinner og tropesykdommer under spesialprogrammet for forskning og opplæring i tropiske sykdommer (TDR).<sup>171</sup> Både HRP og TDR hadde til sammen fått den største delen av den norske helsebistanden i organisasjonen mellom 1990 og 1996.<sup>172</sup> Satsingen på mor-barn var ellers ikke en ny målsetning i norsk bistandspolitikk generelt og WHO spesielt.<sup>173</sup> Men det kan vurderes som at den norske satsingen i WHO ble klarere, både med hensyn til økningen av EBF, men også i form av at flere programmer ble støttet. Utviklingen kan som nevnt sees på bakgrunn av den internasjonale utviklingen. Dette var også gjeldende for kvinner i forbindelse med menneskerettighetskonferansen i Wien 1993, FNs befolkningskonferanse i Kairo 1994, sosiale toppmøtet i København og kvinnekongressen i Beijing i 1995.<sup>174</sup> Slike konferanser setter dagorden, gir føringer til FN organisasjonene og kan trolig oppfattes som politisk «bindende». Som en aktiv støttespiller av FN generelt var det dermed ikke urimelig at Norge klarere fremhevet kvinnesatsingen i norsk bistand. Viktigheten av kvinnefokus ble blant annet understreket i bistandsminister Kari Nordheim-Larsens åpningstalen på seminaret om kvinner og fattigdom i 1995. Nordheim-Larsen hevdet at en ny forståelse av kvinners betydning for utviklingen hadde vokst frem de siste årene, og at det var få eller ingen investeringer som ga et slikt økonomisk og sosialt utbytte som å investere i kvinner, spesielt i deres utdanning og helse.<sup>175</sup> Satsingen på området gjennom sosiale tiltak ble også fremhevet i ministerens innlegg i budsjettdebatten 1995<sup>176</sup> og i St.meld. nr. 19 (1995-96) som oppfølging av Nord-Sør/Bistandskommisjonens rapport.<sup>177</sup>

For 1996 ble den norske tilnærmingen justert til at målet for Norge i internasjonale helsetiltak var å bidra til oppbygging og styrking av primærhelsetjenesten i utviklingsland.<sup>178</sup> I

---

<sup>169</sup> St. prp. nr. 1 (1992-1993) s. 172.

<sup>170</sup> St. prp. nr. 1 (1992-1993) s. 171., St. meld. nr. 34 (1973-74) s. 47., St. prp. nr. 1 (1984-1985) s. 41 f.

<sup>171</sup> St. prp. nr. 1 (1992-1993) s. 172.

<sup>172</sup> Se Tabell 2. s. 28.

<sup>173</sup> Sørbo, Gjerdåker, Knutsen, Larsen and Chr. Michelsens 1995. s. 223., Svenbalrud 2012 s. 172 ff.

<sup>174</sup> Se for eksempel: Utenriksdepartementet 1996., FN-sambandet 2016., United Nations 1995.

<sup>175</sup> Nordheim-Larsen 1995.

<sup>176</sup> Nordheim-Larsen 1995.

<sup>177</sup> Utenriksdepartementet 1996.

<sup>178</sup> St. prp. nr. 1 (1995-1996) s. 151 ff.

proposisjonene for 1996 ble det dermed etablert en egen underpost for «Støtte til internasjonale helsetiltak for å støtte primærhelsetjenesten». Satsingen på feltet ble et gjennomgående trekk de neste 17 årene i stortingsproposisjonene. Som det utgår fra Tabell 2. gikk bevilgningene fra å være 1 mill NOK til 27,5 mill NOK.<sup>179,180</sup> I motsetning til de andre vertikale-sykdomsfokuserte postene Norge støttet hadde denne en horisontal tilnærming til helseutfordringer. Nyorienteringen kan sees i sammenheng med flere forhold. For det første ble den første norsk koordinerte Oslo-rapporten presentert i 1995. Den konkluderte blant annet med at frivillige bidragene til organisasjonen hadde stor gevinst, men vektleggingen av vertikale-sykdomsfokuserte programmer ble prioritert på bekostning av primærhelssystemer. Rapporten anbefalte også en styrking av WHO på landnivå som resulterte i en ny undersøkelse (Oslo-II). Satsingen på helsesystemer og styrking av WHO på landnivå var en del av det norske arbeidet i organisasjonen fremover.<sup>181</sup>

Slik som vektleggingen av kvinner og barn var ikke prioriteringen av helsesystemer noe nytt i WHO som sådan. Allerede i 1952 hadde Norge gitt uttrykk for at planlegging og utbygging av offentlig helseadministrasjon i utviklingsland var viktig for å bedre helseforholdene.<sup>182</sup> Da satsingen på primærhelsetjeneste fikk gjennomslag ved Alma-Ata-konferansen i 1978 sluttet landet seg også opp om dette.<sup>183</sup> Likevel var det ikke før i 1996 at det ble bevilget frivillige bidrag til formålet.<sup>184</sup> Dette kan trolig sees på bakgrunn av at det var mindre satsing på frivillige bidrag før 1980-tallet generelt til WHO fra Norge.<sup>185</sup> Dessuten var landet i en ny økonomisk situasjon på 1990-tallet og ved et utenrikspolitisk moment ved midten av tiåret lå trolig forholdene til rette for en nysatsing på helsesystemer. Både i FN konferansene i Kairo og Beijing og toppmøtet i København var det et grunnleggende prinsipp at alle mennesker skulle sikres visse sosiale tjenester og grunnbehov.<sup>186</sup>

Ved årtusenskiftet ble FNs tusenårsmål (MDG) for å bekjempe fattigdom et viktig orienteringspunkt for den norske støtten til WHO.<sup>187</sup> Dette var i tråd med den øvrige

---

<sup>179</sup> Den 1 mill NOK i Tabell 2. er støtten til DAP. Dette gikk inn under primærhelssystemer.

<sup>180</sup> Se Tabell 2. side 28.

<sup>181</sup> St. prp. nr. 1 (1996-1997) s. 186.

<sup>182</sup> Aastad 2000 s. 117

<sup>183</sup> UD, 26.15/3, Telegram til Kgl. Sosialdepartementet. Instruks for den norske delegasjon til 32. Helseforsamling. 03.05.79. s. 4.

<sup>184</sup> Støtte til primærhelsetjeneste ble uttrykt i de norske instruksene før dette. I så måte kan man skille mellom det som blir sagt og hva som får direkte pengestøtte. Henvisninger til primærhelsetjeneste ble også bla. gitt i støtten til diaréprogrammet på 1980-tallet.

<sup>185</sup> Aastad 2000 s. 109 f.

<sup>186</sup> Utenriksdepartementet 1995.

<sup>187</sup> Målene omfattet temaer vedrørende fattigdom, utdanning, likestilling, helse, miljø og utviklingssamarbeid. Helserelaterte tusenårsmålene: Mål 4: redusere dødeligheten for barn med to tredjedeler innen 2015. Mål 5: minske

internasjonale utviklingspolitikken generelt og Norge spesielt. På grunn av den universelle støtten og målenes konseptuelle klarhet og målbarhet, ble de sentrale i utviklingsdebatten og utgangspunktet for de fleste bistandsdiskusjoner.<sup>188</sup> For Norge var det en sentral målsetting å få tusenårsmålene høyt oppe på internasjonale organisasjoners dagsorden<sup>189</sup> og vurderte seg selv som en av hovedaktørene i satsingen.<sup>190,191</sup> Slik Halvard Kvale Svenbalrud understreker i sin doktoravhandling representerte MDG både kontinuitet og forandring i norsk utviklingspolitikk.<sup>192</sup> Ettersom millenniumsmålene har som objektiv å møte en rekke fattigdomsrelaterte utfordringer innen 2015 representerte det en videreføring av det tradisjonelle fokuset i WHO. I de norske instruksene etter år 2000 er det et gjennomgående trekk i den norske retorikken at arbeidet i de fleste sakene henviser til tusenårsmålene. Rammeavtalen mellom Norge og WHO fra 2003 bygget opp om utviklingen ved at målet med norsk EBF var å bidra til realiseringen av FNs tusenårsmål for bekjempelse av fattigdom.<sup>193</sup> I PSA fra 2003 til 2013 var det et overordnet prinsipp at midlene skulle brukes på programmer mest relevant for tusenårsmålene, fattigdomsreduksjon og vektlegging av å bedre helse for de fattigste.<sup>194</sup> I de spesifikke temaene som ble prioritert i forslag til statsbudsjett var det dermed en delvis videreføring. Men som allerede nevnt oppgir ikke proposisjonene alltid nøyaktig hva og hvor mye støtte som blir bevilget etter 1996. Men mellom 1997 og 2003 nevnes blant annet barnerettede programmer, vaksinasjon, forskningsrettede programmer innen tropesykdommer og andre u-landssykdommer, reproduktiv helse og kvinnehelse, tiltak mot aids, tuberkulose og malaria, og programmer for distriktshelsetjeneste og primærhelssystemer.<sup>195,196</sup>

---

dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med tre fjerdedeler innen 2015. Mål 6: stoppe og reversere spredningen av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer innen 2015

<sup>188</sup> Svenbalrud 2012 s. 153.

<sup>189</sup> UD, 337.63, Notat til Assisterende utenriksråd fra Multilateral avdeling. Instruks til WHO's Helseforsamling 13.-18 mai. 08.05.2002. s. 4.

<sup>190</sup> Innen 2009 var følgende organisasjoner og initiativ støttet for å oppnå MDG: WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, Verdensbanken, Globalt fond for Aids, Tuberkulose og Malaria, Statsministerens initiativ for å oppnå tusenårsmål 4&5, Partnerskapet for mødre, nyfødte og barnehelse, Kvinner og likestilling, GAVI, Global Health Workforce Alliance, International Health Partnerships, High Level Task Force for innovative Financing of Health systems.

<sup>191</sup> HOD,2009, Instruks til WHO's 124. styremøte (EB124), Genève 19.-27. januar 2009. s. 11.

<sup>192</sup> Svenbalrud 2012 s. 154.

<sup>193</sup> UD, 2000/05572, Framework Agreement on Cooperation in the Field of Development between The Government of Norway and The World Health Organization. 2003.

<sup>194</sup> Se for eksempel: UD, 2000/05572, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2003-2004., 2011/03493, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2012-2013..

<sup>195</sup> De tidligere norske underpostene for essensielle og nødvendig legemidler var et av programmene som fikk støtte i den nye ordningen rettet mot helsesystemer og primærhelsetjenesten.

<sup>196</sup> St. prp. nr. 1 (1996-1997) s. 187. St. prp. nr. 1 (1997-1998) s. 134., St. prp. nr. 1 (1998-1999) s. 141., St. prp. nr. 1 (1999-2000) s. 176., St. prp. nr. 1 (2000-2001) s. 165., St. prp. nr. 1 (2001-2002) s. 151., St. prp. nr. 1 (2002-2003) s. 141 f., St. prp. nr. 1 (2003-2004) s. 175.,

Foruten en utvidelse av de sykdomsfokuserte-programmene var den økonomiske støtten til forebyggende helsearbeid ny i perioden.<sup>197,198</sup> Satsingen på funksjonshemmede var en del av sistnevnte og i samarbeid med WHO var Norge blant annet vertskap for WHO-konferansen «Rethinking Care» i 2001.<sup>199</sup> Flere av områdene som ble bevilget økonomisk støtte kan også trolig sees i sammenheng med Gro Harlem Brundtland som generaldirektør. Gjennom en rekke programmer, initiativer og partnerskap styrket Brundtland satsingen. For eksempel ved etableringer av det Globale fondet for aids, tuberkulose og malaria (GFATM), Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS (GHSS), Rollback Malaria (RBM), Stop Tuberculosis (ST), etableringen av vaksinasjonsalliansen GAVI (der Norge var styremedlem) og kommisjonen for makroøkonomi.<sup>200</sup>

I budsjettforslagene frem til 2011 er det ingen store forandringer i de norske prioriteringene. Det var kun enkelte justeringer og eventuelt utdypninger av hva bidragene burde gå til. Eksempel på sistnevnte er at proposisjonen for 2010 utdyper satsingen på helsesystemer med fokus på helsepersonellkrisen, styrking av helseinformasjonssystemer, forskning og kompetanseutvikling og sosiale helsedeterminanter.<sup>201</sup> Dette var en del av de prioriterte områdene i den norske strategien for styremedlemskapet 2010-2013 og hadde blitt pekt ut som satsingsområder i stortingsmeldingen *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikk*.<sup>202</sup> I budsjettforslagene for 2012 og 2013 fremlegges det ingen konkrete prioriteringer slik som tidligere i forhold til hva det norske bidraget burde brukes på. Men proposisjonene refererer til WHO strategien, og det er rimelig å anta at EBF følger områdene som var norsk satsing i styreperioden.<sup>203</sup> I strategien var de viktigste punktene:

1. Bedre WHO's budsjett og styring.
2. Fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk.
3. Styrke helsesystemer og helsepersonell.
4. Styrke arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer (NCD).
5. Styrke WHO's arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet.

---

<sup>197</sup> Herunder også overfor funksjonshemmede. Imidlertid kan det diskuteres hvorvidt vaksine og legemidler går under forebyggende arbeid.

<sup>198</sup> St. prp. nr. 1 (2002-2003) s. 141 f., St. prp. nr. 1 (2003-2004) s. 175.,

<sup>199</sup> Ingebrigtsen 2001.

<sup>200</sup> Andresen 2002 s. 17., Andresen 2002 s. 25 f., Lee 2009 s. 62 f., Lee 2009 s. 51.

<sup>201</sup> Både helsepersonell og helseinformasjonssystemer var satsninger fra tidligere. Sistnevnte lagt til i proposisjonen for 2006.

<sup>202</sup> Helse- og Omsorgsdepartementet & Utenriksdepartementet 2010., Meld. St. 11 (2011-2012) s. 5 ff.

<sup>203</sup> Det må likevel understrekes at det kan åpne for visse feilvurderinger. Proposisjonene er forslag til statsbudsjett. Strategien for styreperioden kan reflektere hva som var viktig for den norske innsatsen generelt i forhold til deltakelse. Men kanskje ikke nødvendigvis det økonomiske. Det er ulike måter å påvirke på som sådan.



Flere av disse punktene kan knyttes til den norske satsingen internasjonalt. Bedre budsjett og styring var et moment for landet som hele perioden denne oppgaven dekker. Dette blir tydelig i neste delkapittel i denne oppgaven, men også i kapittel 3. vedrørende reformer. Ikke-smittsomme sykdommer var også et område Norge hadde markert seg etter årtusenskiftet da fokuset på ikke-smittsomme sykdommer ble større i WHO.<sup>204</sup> Den norske støtten i styrende organer ble blant annet uttrykt i forhold til ernæring med hensyn til tobakk, alkohol, spedbarnsernæring og kvinners ernæring, den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse og rammeverket og handlingsplanen for ikke-smittsomme sykdommer.<sup>205</sup> Satsingen på området i perioden kan også sees i nasjonal kontekst. I tillegg til at Norge har ført en streng tobakk og alkoholpolitikk nasjonalt ble det i perioden også utviklet tverrdepartemental handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) og kosthold (2007-2011) og nasjonal strategi for sosiale ulikheter, kreft (2006-2009) og diabetes (2006-2010).<sup>206</sup>

Pengebevilgningene til smittsomme sykdommer har alltid vært en stor del av ressursene til organisasjonene. Tilknyttet helsesikkerhet kan blant annet engasjementet sees som en videreføring av satsingen for pandemiberedskap med internasjonale helsereglementet (IHR) og utenriksministerens initiativ for global helse i 2007.<sup>207</sup> I sistnevnte ble det eksempelvis hevdet at hvis man ikke møter millenniumsmålene vil det true fred og sikkerhet.<sup>208</sup>

Satsing på helseforskning og derav organisasjonens normative rolle var synlig allerede i begynnelsen av tidsperioden for denne oppgaven ved det nordiske FN prosjektet 1988-1991.<sup>209</sup> Mer spesielt har Norge øremerket midler til forskningsprogrammene TDR og HRP i WHO siden 1970- og 1980-tallet.<sup>210</sup> Fra styreperioden i 2010 øremerket Norge også midler til «Alliance for Health Policy and Systems Research» (AHPSR).<sup>211</sup> Internasjonalt deltok Norge blant annet i Mexicokonferansen om helseforskning i 2004 og arbeidet for en resolusjon på

---

<sup>204</sup> Se kapittel 4. s. 110 ff.

<sup>205</sup> Se blant annet: HOD,2005, Instruks til Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005. s. 10 f., HOD,2006, Instruks til WHO 59. helseforsamling, Genève 22.-27. mai 2006. s. 8., UD, 337.63, Notat Til assisterende utenriksråd fra Multilateral avdeling. instruks til WHO 59. helseforsamling 13.-18 mai 2002. Saksnr: 2002/00826-15. Vedlegg 1., UD, 337.63, Verdens 57. helseforsamling (WHA57), Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen. s. 4 ff., HOD,2007, Utkast til instruks til WHO 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007. s. 2., HOD,2007, Bakgrunnsmateriale til instruks til WHO 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007. s. 5 f., HOD, 2008, Instruks til WHO 61. helseforsamling (WHA61), Genève 19.-23. mai 2008. s. 9., HOD, 2010, Instruks til WHO 63. helseforsamling (WHA63) og Executive Board (EB127), Genève, 16.-22 mai 2010. s. 10 ff.

<sup>206</sup> HOD,2007, Bakgrunnsmateriale til instruks til WHO 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007.. s. 5 f.

<sup>207</sup> Helse- og Omsorgsdepartementet & Utenriksdepartementet 2010 s. 31.

<sup>208</sup> Ministers of Foreign Affairs of Brazil, F. I. N. S. S. A. and Thailand 2007.

<sup>209</sup> World Health Organization 1993a s. 124.

<sup>210</sup> St. prp. nr. 1 (1984-1985) s. 41 f., St. meld. nr. 34 (1973-74) s. 47.

<sup>211</sup> UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2010-2011. s. 3.

feltet i helseforsamlingen i 2005.<sup>212</sup> I 2006 ble delegasjonen instruert til å holde innlegg om helseforskning der det ble understreket at Norge ønsket at WHO skulle vise veien ved systematisk bruk av forskning i beslutningsprosesser og åpenhet rundt grunnlaget for anbefalingene.<sup>213</sup> I utenrikspolitikken for øvrig kan det knyttes til utenriksminister Jonas Gahr Støres initiativ i 2006/2007 og videreføringen med lanseringen av «The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health».<sup>214,215</sup>

Videreføringen av satsingen på helsesystemer, med spesiell vekt på helsepersonellkrisen, kan forstås på bakgrunn av den norske satsingen internasjonalt. Norge var med i etableringen og hadde styremedlem i Den globale helsepersonellalliansen (GHWA) og «Health Work Migration Council» (HWMC). Norge bidro også til forberedelsene og gjennomføringen av Det Globale Forum for Helsearbeidere i 2008. Internt i landet ble det lagt frem en Stortingsmelding om saken samme året.<sup>216</sup> I 2010 vedtok WHO koden for å hindre uetisk rekruttering av helsepersonell og i 2011 ble den implementert i Norge.<sup>217</sup> I helseforsamlingen hadde Norge vært en forkjemper for saken og det ble tatt opp i agendapunkter tilknyttet helsesystemutvikling generelt.

Et synlig utviklingstrekk som gjelder for perioden 1990-2013 er som allerede nevnt omfanget av programmer som får norsk støtte. Hvis vi antar at de fem programmene fra 1990 er de eneste som får EBF dette året, har det skjedd en markant økning til de tretti temaene, programmene og aktivitetene i 2007.<sup>218</sup> Dermed var det ikke bare pengeomfanget som har økt, men også spredningen på mange forskjellige programmer. På den måten kan det tenkes at Norge har blitt en mer aktiv aktør i organisasjonen som en økonomisk bidragsyter.<sup>219</sup> Dette kan være et resultat av at helsespørsmål var kommet høyere på den utenrikspolitiske agendaen og at de

---

<sup>212</sup>Se blant annet: HOD,2005, Instruks til Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005., s. 10 f., HOD,2006, Instruks til WHO's 59. helseforsamling, Genève 22.-27. mai 2006. s. 8., HOD, 2010, Instruks til WHO's 63. helseforsamling (WHA63) og Executive Board (EB127), Genève, 16.-22 mai 2010. s. 18., UD, 337.63, Notat Til assisterende utenriksråd fra Multilateral avdeling. instruks til WHO's Helseforsamling 13.-18 mai 2002. Saksnr: 2002/00826-15. Vedlegg 1., UD, 337.63, Verdens 57. helseforsamling (WHA57), Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen. s. 4 ff., HOD,2007, Bakgrunnsmateriale til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007. s. 2.

<sup>213</sup> HOD, 2006, Instruks (håndnotater) til WHO's 117. styremøte, Genève 23.-28 januar 2006. s. 11.

<sup>214</sup> Universitetet i Oslo 2011.

<sup>215</sup> For videre lesning av norsk satsing på helseforskning se:

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/helse\\_aids/global\\_helseforskning/id565198/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/helse_aids/global_helseforskning/id565198/)

<sup>216</sup> HOD, 2010, Instruks til WHO's 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010. s. 9.

<sup>217</sup> HOD, 2013, Instruks til Verdens helseorganisasjons 132. styremøte (EB132), samt WHO's Program-, budsjett- og administrasjonskomites 17. møte (PBAC17), Genève 21.-29. januar 2013.s. 31.

<sup>218</sup> UD, Mottatt kopi fra Utenriksdepartementet uten arkivreferanse, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2006-2007.

<sup>219</sup> Denne utviklingen og «spredningen» blir imidlertid mindre tydelig fra og med 2008 ettersom Norge øremerker mindre og derav bevilger mer generelt til bestemte temaer.

norske økonomiske forholdene i seg selv var forandret. Men det er viktig å understreke at verken WHO strategien, stortingsproposisjonene eller stortingsmeldingen prioriterer eksplisitt mellom områdene. Det er lett å ta for gitt at de kan regnes som likeverdige. Eksempelvis er ikke-smittsomme sykdommer nedprioritert i de frivillige bidragene. Gjennomsnittet for toårsperiodene av frivillige bidrag i PSA mellom 2008-2013 er på 456,6 millioner NOK. Bidrag til NCD gikk i samme periode fra 13 til 19 millioner NOK. Det utgjør dermed en liten del. De største summene gikk til postene som blant annet berørte mor- og barns helse, reproduktiv helse, heletjenester og ulike forskningsprogrammer. Eksempelvis ble polio, som gjerne regnes som en barnesykdom, bevilget 100 millioner NOK i de toårige budsjettene fra 2008-2013.<sup>220</sup> Dermed er det noe spredning mellom hva som blir bevilget penger og det som blir vektlagt i styrende organer i organisasjonen. Det kan stilles spørsmål ved om dette er på grunn av at de frivillige bidragene til WHO går over bistandsbudsjettet i UD mens en rekke helsefaglige saker, som NCD, vedtas i helseforvaltningen. Dermed kan temaene få ulik betydning økonomisk vis-à-vis innsats. Som allerede vist var blant annet mødre og barnehelse en utenrikspolitisk prioritering generelt for Norge.<sup>221</sup> I så måte reflekterer det en kontinuitet i den norske holdningen til frivillige bidrag fra styreperioden 1998-2000: EBF skulle brukes strategisk til utvalgte områder basert på helsefaglige og utenrikspolitisk vurderinger.<sup>222</sup>

### **Organisasjonens økonomiske situasjon: RBF og EBF**

I denne delen av kapitlet vil jeg undersøke hvordan Norge markerte seg som finansiør i en periode da balansen i organisasjonens budsjett var i forandring. Nedenfor vil jeg først gjøre rede for utviklingen i perioden og hvilke fordeler og utfordringer det representerte. Deretter vil jeg undersøke hvordan Norge forholdt seg til budsjettdebatten som organisatorisk standpunkt og hvordan det preget fleksibiliteten av bidragene.

#### **En organisasjon med to budsjetter**

Rundt årtusenskiftet begynte det å bli aktuelt å hevde at WHO hadde to budsjetter. Balansen mellom RBF og EBF hadde endret seg dramatisk siden 1960-tallet. I utgangspunktet var medlemskontingenten det økonomiske grunnlaget for organisasjonen. Men vektingen hadde

---

<sup>220</sup> UD, 2005/14001Programme Cooperation Agreement Norway/WHO for 2008-2009., UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of foreign Affairs and World Health Organization 2010-2011., UD, 2011/03493, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of foreign Affairs and World Health Organization 2012-2013.

<sup>221</sup> Se introduksjonskapittel s. 2., bakgrunnskapittel s. 20 f. og kapittel 1. s. 31 f.

<sup>222</sup> UD, 337.63, Telefaks fra Norges faste delegasjon i Genève til Sosial- og helsedepartementet. Strategi for det norske styremedlemskapet, 09.03.98. s. 1 f.

endret seg gradvis i EBF sin favør. For budsjettperioden 1992–1993 utgjorde de frivillige bidragene 58% av organisasjonens ressurser.<sup>223</sup> For 2013 var EBF økt ytterligere til 78,50 %.<sup>224</sup>

Det har vært ulike måter å vurdere denne utviklingen i balansen mellom ressursene. En studie i 1975 konkluderte med at veksten i tilleggsbevilgninger var en viktig ressurs. Spesielt siden organisasjonens tekniske aktiviteter stadig ble flere. Dessuten opplevde WHO slik som resten av FN-systemet en økonomisk krise på 1980-tallet. Det var en rekke forsinkelser i betalingen av medlemskontingenten fra flere land. Men det ble også vedtatt nullvekst budsjetter justert etter inflasjon på 1980-tallet. I løpet av 1990-tallet ble tilsvarende budsjetter iverksatt som ikke justert etter inflasjon (nominell nullvekst).<sup>225</sup> På tross av at betalingen av medlemskontingenten gradvis bedret seg, opplevde dermed de regulære budsjettetene en reduksjon av de økonomiske midlene. I følge den norske rapporten fra helseforsamlingen i 1991 hadde regnskapet større utgifter enn inntekter og måtte låne 68 millioner USD fra de frivillige bidragene.<sup>226</sup>

Den globale viktigheten av EBF ble også understreket i den norsk koordinerte og samfinansierte rapporten Oslo-I fra 1993-1995.<sup>227</sup> Ved hjelp av frivillige bidrag kunne organisasjonen unngå å redusere sine programmer og arbeid for øvrig. Fra norsk side ble det i stortingsproposisjonene etter 2003 understreket at FNs særorganisasjoner er avhengig av de frivillige bidragene for å støtte utviklingslandene. De pliktige bidragene ble hevdet å være utilstrekkelige.<sup>228</sup> Dessuten var de fleste programmene finansiert av EBF finansielt og administrativt uavhengig i organisasjonen, noe som gjorde at de kunne besvare helseutfordringer raskere.<sup>229</sup>

Fordelene for giverlandene av frivillige er flere. Ved å kanalisere midler til prioriterte områder muliggjør det en etablering, fortsettelse og utvidelse av virksomheten. På denne måten kan donorer få innflytelse over hva organisasjonen arbeider med. Fra norsk side ble det i 2011-2012 argumentert for at frivillige bidrag kunne styrke underfinansierte områder i organisasjonens langtidspan. Eksempelvis skyldtes de høye øremerkede bidragene til UNICEF i hovedsak Norges prioritering av jenters utdanning.<sup>230</sup> Bidragene til utryddelsen av polio kan vurderes i samme retning da WHO rapporterte i 2000 at det var behov styrket finansiering av

---

<sup>223</sup> Lee 2009 s. 40.

<sup>224</sup> World Health Organization 2014a s. 4.

<sup>225</sup> Beigbeder 1998 s. 163 ff.

<sup>226</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Norges faste Genève delegasjon til Utenriksdepartementet, Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Oppsummering og referat fra WHO. 45. Helseforsamling. 25.05.93. s. 3.

<sup>227</sup> Rapporten ble bestilt av Norge, Australia og Storbritannia.

<sup>228</sup> St. prp. nr. 1(2003-2004) s. 174.

<sup>229</sup> Burci & Vignes 2004. s. 205.

<sup>230</sup> Meld. St. 33 (2011-2012) s. 103.

programmet.<sup>231</sup> I en pressemelding fra UD i 2002 ble det understreket at Norge ville bidra med 50 millioner NOK til de toårige budsjettene for å fylle det skjeve finansieringsbehovet.<sup>232</sup> I PSA fra og med 2008-2009 økte summen til 100 millioner NOK.<sup>233</sup>

Øremerkingen til polio-initiativet og den påfølgende pressemeldingen kan også vurderes i lys av en annen fordel. I seg selv kan fokuseringen være en måte å synliggjøre seg selv som donor og aktør i den internasjonale helseutviklingen generelt og WHO spesielt. Slik J. Patrick Vaughan et al. hevder i sin artikkel har EBF hatt en tendens til å samle seg i høyprofilerte programmer, mens RBF spres på alle aktivitetene. I flere store programmer har donorer vært lojale over flere år.<sup>234</sup> Fra norsk side var dette synlig i både TDR og HRP. I budsjettforslaget for 2006 understrekte Norge at landet har vært den største giveren i flere år til TDR.<sup>235</sup> At Norge var en stor donor til programmet som var rettet mot neglisjerte sykdommer som primært rammet fattige ga trolig en profil i seg selv. Vektleggingen av for eksempel kvinner, barn og primærhelsesystemer kan tolkes i samme retning.

Størrelsen på de finansielle bidragene tjente også trolig til å synliggjøre Norge i organisasjonen. Norge betalte en lav medlemskontingent som beregnet ut fra FNs medlemskala og de norske overføringene til WHO fra 1990 til 2013 var dermed dominert av EBF.<sup>236,237</sup> Totalt i perioden var Norge blant topp ti økonomiske bidragsytere.<sup>238</sup> Det er mulig å tolke dette i samme retning som midlene til Verdensbanken i samme periode: store norske bidrag skulle skaffe landet «moralsk makt» i det internasjonale samarbeidet.<sup>239</sup> Som det ble hevdet i St. meld. nr. 11 fra 1989, økte trolig påvirkningsmuligheten internasjonalt i takt med de finansielle bidragene.<sup>240</sup>

En annen form for politisk markering med de norske frivillige bidragene, var som tidligere vist reduksjonen av bevilgningene med 10% grunnet misnøyen med gjenvalget av

---

<sup>231</sup> World Health Organization 2000b.

<sup>232</sup> Utenriksdepartementet 2002.

<sup>233</sup> UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009.

<sup>234</sup> Vaughan, Møgedal, Walt, Kruse, Lee, & De Wilde 1996 s. 257 f.

<sup>235</sup> St. prp. nr 1. (2005-2006) s 206.

<sup>236</sup> For budsjettperioden 1992–1993 var RBF rundt 3,6 millioner USD. EBF utgjorde på sin side nærmere 29 millioner USD. Ca 87 % av bevilgningen var dermed frivillige bidrag. Denne tendensen holdt stand frem til 2013 der støtten utgjorde 68,2 millioner USD. I den norske stortingsproposisjonen for 2013 utgjorde medlemskontingenten til WHO 6 millioner NOK. Videre må det presiseres at årsaken til at summene for 1992-1993 er mye større enn en sammenlegging at bidragene for stortingsproposisjonene for disse årene er på grunn av at bidragene til AIDS, og senere andre bidrag, står samlet oppført under Norges EBF. I stortingsproposisjonene har de større initiativene egne poster.

<sup>237</sup> World Health Organization 1994a s. 25., World Health Organization 1994b s.5., World Health Organization 2008 s. 6., World Health Organization 2014a s. 7., World Health Organization 2014b s. 9.

<sup>238</sup> World Health Organization 1994a s. 23ff., World Health Organization 2008 s. 6., World Health Organization 2014a s. 7.

<sup>239</sup> Vik 2001 s. 52.

<sup>240</sup> St. meld. nr. 11 (1989-1990) s. 52.

generaldirektøren i 1993.<sup>241</sup> Et mer nylig eksempel for hvordan bidrag kan brukes som «insentiv» var tilknyttet Norges ønske for reform i WHO. Ved generaldirektørens fremleggelse av programbudsjettet for 2006-2007 var det norsk instruks at delegasjonen på en passende måte skulle minne WHO om at norske frivillige bidrag ville brukes til å belønne FN-aktører som hadde aktiv reformvilje.<sup>242</sup> Som tidligere vist økte også Norge bidragene til organisasjonen på slutten av 1990-tallet på grunn av økt mulighet for reform i organisasjonen.<sup>243</sup>

På den andre siden er det utfordringer med utviklingen som tok sted der frivillige bidrag ble større enn det regulære budsjettet. I utgangspunktet er det langtidsplanene som besluttes i de styrende organene som bestemmer organisasjonens prioritering. Men frivillige bidrag kunne skape uforutsigbarhet i budsjettet og forhindre langsiktig planlegging.<sup>244</sup> For det første var det en trend i perioden at store deler av organisasjonens ressurser var avhengig av få land. For budsjetterminen 1992–1993 var 2/3 av WHO's midler avhengig av de fem største bidragsyterne. Tilbakeholdelse av midler og reduksjon av frivillig bidrag kunne dermed være økonomiske pressmidler eller «leverage».<sup>245</sup> For eksempel da Norge og andre store donorer valgte å kutte sine bidrag ved midten av 1990-tallet førte det trolig til tap som budsjettet ikke hadde forutsett.

For det andre var det mulighet for at programmene og aktivitetene som ble prioritert av donorene ikke stemte med budsjettbeslutningene i styrende organer.<sup>246</sup> Foruten at det forhindret langsiktig planlegging førte det også til utfordringer med administrering av ressursene i sammenheng med WHO's overordnede arbeid.<sup>247</sup> I sin helhet var det et potensial for at de største donorlandene kunne få stor politisk innflytelse og kontroll. En av konklusjonene fra Oslo-I var at donorenes øremerkede midler kunne påvirke WHO's politiske agenda. Blant annet hadde det vært en tendens for at vertikale og sykdomsfokuserte programmer hadde blitt prioritert på bekostning av primærhelsetjenester. Roten til problemet ble hevdet å være organisasjonens mangel på strategisk visjon. WHO måtte dermed vise sterkere lederskap samtidig som de økonomiske bidragsyterne måtte anerkjenne lederskapet gjennom mindre øremerking av EBF.<sup>248</sup> Men slik som vurderingene i Oslo-I understrekte den norske helseministeren i helseforsamlingen i 1995 at på tross av utfordringene med EBF, bidro det signifikant til å bedre

---

<sup>241</sup> Vaughan et al. 1996 s. 259.

<sup>242</sup> Norsk instruks WHA 58 s. 3.

<sup>243</sup> St. prp. nr. 1 (1997-1998) s. 133 f.

<sup>244</sup> Burci & Vignes 2004 s. 205 f.

<sup>245</sup> Vaughan et al. 1996 s. 255.

<sup>246</sup> Beigbeder 1998 s. 167.

<sup>247</sup> World Health Organization 2002a s. 95.

<sup>248</sup> Lee 2009 s. 102.

den global helsen.<sup>249</sup> Som jeg vil vise i den påfølgende teksten ble konklusjonen fra Oslo-rapporten fulgt i den norske retorikken.

### **Balansen i budsjettet som et organisatorisk standpunkt**

Et av målene i norsk utenrikspolitikk i etterkrigstiden konsoliderte seg om å bidra til et bedre organisert verdenssamfunn gjennom FN.<sup>250</sup> Men ved 1990-tallet ble FN-systemets utfordringer synlige og organisasjonen sto ovenfor en finansiell krise og organisasjonsmessige problemer.<sup>251</sup> Dette var også tendensen i WHO og for Norge ble det et mål å bidra til positive endringer som kunne hjelpe WHO med å ivareta sine funksjoner som verdens normgivende helseorganisasjon.<sup>252</sup> Norge markerte seg i den økonomiske debatten med Oslo-I og videreførte satsingen ved det norske styremedlemskapet 1998-2000. En av faktorene som hadde ført til en reduksjon i organisasjonens regulære midler var vedtaket av budsjetter med nominell nullvekst (ikke justert etter inflasjon). Norge skulle dermed arbeide for å styrke oppslutningen om å øke RBF til organisasjonen<sup>253</sup> ved å iverksette nettverkstiltak og lobbyvirksomhet blant medlemslandene i WHO.<sup>254</sup> Ved Gro Harlem Brundtland som generaldirektør ble det gjort fremskritt i saken da hun presenterte sitt budsjettforslag i 1999 med reel nullvekst (3-4% nominell vekst) og 19% økning i EBF for 2000-2001. Norge støttet forslaget og argumenterte at nominell nullvekst ville føre til at en større andel av budsjettet kom fra øremerket EBF. Dette ville i realiteten redusere de styrende organers innflytelse. Norge understrekte også at det burde etableres bedre mekanismer for å gjøre de frivillige bidragene mer forutsigbare.<sup>255</sup> På tross av at det ble inngått kompromisser i helseforsamlingen vedrørende budsjettforslaget ble den norske holdningen videreført de kommende årene.<sup>256</sup>

Nasjonalt var forslaget for å tematisere bistanden for 2002 et tiltak som påvirket Norges frivillige bidrag i årene fremover. For landet selv skulle det sikre; 1) en helhetlig utviklingspolitikk på tvers av bilateralt og multilateralt samarbeid og 2) redusere antall

---

<sup>249</sup> UD, 337.63-3, Telefaks fra Per Wium til Ann-Karin Valle. Rapport fra Helseforsamlingen 1995. 30.06.1995. s. 10.

<sup>250</sup> Svenbalrud 2012 s. 2.

<sup>251</sup> St. meld. nr. 43 (1996-97) s. 5.

<sup>252</sup> Se blant annet St. prp. nr. 1 (1996-1997) s. St. prp. nr. 1 (1999-2000) s. 175.

<sup>253</sup> Som vist i bakgrunns kapitlet har Norge tradisjonelt gått inn for organisasjonens største budsjetter for å støtte utviklingslandene. Dette var dermed ikke noe nytt, men argumentene var trolig annerledes med hensyn til oppmerksomheten om den økonomiske situasjonen.

<sup>254</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Utkast til strategiplan for det norske styremedlemskapet i WHO 1998-200. 10.05.98. s. 2.

<sup>255</sup> UD, 337.63, Telefaks til avdelingsdirektør Asbjørn Haugsbø til Per Wium seniorrådgiver. Vedlegg til rapport fra WHO-styrets samling 25. januar til 01. februar 1999. 11.03.99. s. 5.

<sup>256</sup> UD, 337.63, E-post til Utenriksdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Oppsummering fra 52. Helseforsamling. 31.05.99. s. 3.

enkeltprosjekter og gjøre administreringen lettere fra norsk side. For organisasjonene ville det øke den tematiske øremerkingen av midler og i så måte gjøre bidragene mer friere enn ved bevilgninger til bestemte programmer. I forslaget til statsbudsjett ble det understreket at bidragsformen lå nærmere generelle bidrag (RBF) og ga en mulighet for å styrke det multilaterale systemet.<sup>257</sup>

Som et ledd i utviklingen ble det i 2003 inngått avtaler med to av FNs fond og programmer, samt fire særorganisasjoner. Blant sistnevnte var WHO. Fredag 13. juni, ble det innkalt til pressekonferanse i UD i forbindelse med at utviklingsminister Hilde Frafjord Johnson og WHOs generaldirektør Gro Harlem Brundtland undertegnet en rammeavtale. Rammeavtalen var ment til å representere en overgang fra prosjektsamarbeid og øremerking, til et bredere samarbeid med tematisk støtte knyttet til programmer vedtatt av organisasjonens styrende organer.<sup>258</sup> I tillegg til den langsiktige forpliktelsen ble ordningen supplert med toårige programsamarbeidsavtaler (PSA) som skulle angi omfanget og fordelingen av støtten etter forslag fra organisasjonen.<sup>259</sup>

Det er rimelig å anta at de økonomiske tilsagnene under avtalene var ment til å gi WHO en bedre mulighet til å administrere ressursene og planlegge gjennom en viss forutsigbarhet i bidragene. Det ble hevdet i innkallingen til pressekonferansen at Norge sammen med andre store giverland, hadde fulgt opp utviklingen i WHO med hensyn til ubalansen i budsjettet. I siste instans ble det hevdet fra norsk side at «bedre giverharmonisering og konsentrasjon om felles målsettinger har forsterket WHOs fokus på FNs tusenårsmål, fattigdomsbekjempelse og helse som en forutsetning for økonomisk vekst og fremgang».<sup>260</sup> Dette var som vist områder som spesielt interesserte Norge. På den andre siden tilbød rammeavtalen en mekanisme for å overvåke, gjennomgå og evaluere oppnåelsen av bidragene.<sup>261</sup> I sin helhet ville størrelsen på tilskuddene primært være avhengig av WHOs prestasjon i forhold til de målene som er utarbeidet i organisasjonen.<sup>262</sup> I så måte var det også en kontrollmekanisme.

Fra 2004 ble det offisielt gitt uttrykk for bekymringene tilknyttet RBF og EBF i de norske stortingsproposisjonene. Norge og andre likesinnede land hadde som mål å harmonisere sine bidrag til WHO på grunnlag av organisasjonens programbudsjett. Norge ville arbeide for

---

<sup>257</sup> St. prp. nr. 1 (2001-2002) s. 150.

<sup>258</sup> St. prp. nr. 1(2004-2005) s. 201.

<sup>259</sup> St. prp. nr. 1(2003-2004) s. 69.

<sup>260</sup> Utenriksdepartementet 2003a.

<sup>261</sup> Dette inkluderer blant annet årlige budsjetter, rapporter, arbeidsplaner og ekstern og intern revisjon.

<sup>262</sup> Framework agreement on cooperation in the field of development between the government of Norway and the World health organization.



at grunnfinansieringen ble styrket gjennom RBF og en avøremerking av EBF.<sup>263,264</sup> De frivillige bidragene skulle i økende grad finansiere prioriteringene gjort av WHO's styrende organer og ikke bare donorlands nasjonale prioriteringer.<sup>265</sup> I programsamarbeidsavtalene fra 2008 kom dette til uttrykk gjennom de ulike postene for EBF der de prioriterte områdene i bistanden sortert under postene som fullstendig fleksible, høyt fleksible, medium fleksible og øremerking.<sup>266</sup>

Fra og med PSA fra 2008-2009 ble de fullstendige- og høyt fleksible frivillige bidragene til WHO administrert av fondet «Core Voluntary Contribution Account» (CVCA). Norge har uttrykt støtte for dette i proposisjonene siden 2009–2010. Hensikten med CVCA var å tilrettelegge for økningen i ikke-øremerkede midler og sikre at EBF i økende grad blir brukt til å støtte opp under prioriteringene vedtatt i de styrende organene.<sup>267</sup> Fra norsk side ble fondet vurdert som viktig for å sørge for at organisasjonens langtidsplaner ble finansiert og det støttet en effektiv fordeling av ressurser og oppnåelse av forventede resultater i organisasjonen.<sup>268</sup> Men i den norske instruksen til styremøtet i 2009 ble det kommentert at fondet ikke er stort nok til å endre forholdet mellom EBF og RBF. Målet for 2010-2011 var 300 mill USD og i 2009 var det kun 100 mill USD. Norge skulle dermed ta til ordet for å øke RBF og oppfordre flere land til å bevilge midler til CVCA for å redusere ubalansen.<sup>269</sup> Under helseforsamlingen samme året var Norge et av flere land som uttrykte bekymring for ubalansen i budsjettet.<sup>270</sup> I det norske innlegget ble støtten til fondet understreket og landet oppfordret medlemsland til en avøremerking av EBF. I generaldirektør Margaret Chans oppsummering fikk spesielt Norge og Storbritannia ros for bidragene til CVCA. Den norske delegasjonen bemerket i rapporten fra sesjonen at innsatsen burde vurderes fulgt opp med en ytterligere avøremerking av EBF.<sup>271</sup> Men som vi skal se i neste avsnitt ble ikke anbefalingen nødvendigvis fulgt opp.

## **Fleksible midler**

Som vist tidligere i denne oppgaven var det en tydelig øremerking på 1990-tallet til bestemte programmer i organisasjonen. Disse ble senere tematisert under postene som fellesfinansierte

---

<sup>263</sup> St. prp. nr. 1 (2003-2004) s. 40.

<sup>264</sup> St. prp. nr. 1 (2006-2007) s. 52.

<sup>265</sup> St. prp. nr. 1 (2006-2007) s. 52.

<sup>266</sup> Ved høyt fleksible EBF er de bestemt på et objektivt strategisk nivå, medium fleksible er «organization-wide expected results» (OWER). Fullstendig fleksibelt er åpen bevilgning på programbudsjett nivå. Øremerking gikk under «Specific funds».

<sup>267</sup> Prop. 1 S (2010-2011). s. 77.

<sup>268</sup> UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009.

<sup>269</sup> HOD, 2009, Instruks til WHO's 124. styremøte (EB124, Genève 19.-27. januar 2009.s. 29.

<sup>270</sup> HOD, 2009, Norsk Rapport fra Verdens 62. helseforsamling (WHA62), Genève 18.-22. mai 2009. s. 5.

<sup>271</sup> HOD, 2009, Norsk Rapport fra Verdens 62. helseforsamling (WHA62), Genève 18.-22. mai 2009.

spesialprogrammer, barnerettede programmer og primærhelsetjenester. Tematiseringen hadde til hensikt å styrke den norske satsingen på området. Men fra årtusenskiftet var det en gradvis oppmykning av bidragene ved en tematisering i budsjettforslagene for å styrke WHO og gjøre administreringen lettere for Norge. Også i programsamarbeidsavtalene fra 2003 er dette synlig. Programmene som ble styrt av WHOs styrende organer blir ikke eksplisitt nevnt, men heller temaer som «Womens Health», «Malaria», «nutrition» etc. Øremerkingen blir på sin side nevnt som spesifikke programmer og aktiviteter under en egen post.<sup>272</sup>

Som allerede nevnt ble de prioriterte områdene i bistanden sortert under postene som fullstendig fleksible, høyt fleksible, medium fleksible og øremerking fra 2008. I WHO blir også de medium fleksible midlene regnet som «myk» øremerking. Som det utgår fra Tabell 3. har det vært en økning av de totale bundne bidragene. Prosentmessig har de fullstendig øremerkede midlene økt lite. Veksten ligger i de medium fleksible og i en reduksjon av høyt fleksible bidrag. Som det utgår fra PSA for 2012-2013 skyldtes bindingene av bidragene vektleggingen av ikke-smittsomme sykdommer (Tobakk og alkohol), klimasatsing, malaria og implementeringen av rammeverket for «pandemic influenza preparedness». Hvorvidt dette skyldtes en reel vektlegging av sakene eller en generell økning av bidraget på grunn av norsk styremedlemskap i WHO kan diskuteres.

Tabell 3. Prosentfordelingen av bevilgningene 2008-2013<sup>273</sup>

Underpostenes betegnelse	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fullstendig fleksible midler	25 %	25 %	26 %	26 %	27 %	27 %
Høyt fleksible midler	31 %	31 %	31 %	31 %	24 %	24 %
Medium fleksible midler	28 %	28 %	21 %	21 %	32 %	32 %
Øremerkede midler	17 %	17 %	22 %	22 %	18 %	18 %
SUM bidrag til WHO	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

En økning av øremerkede midler fra 44% til 50% demonstrerer at det ikke trenger å være samsvar mellom uttalte mål og praksis. Det som trolig har skjedd er at det har blitt foretatt en avveining mellom ulike mål. På den ene siden et ønske om at WHO skal fokusere mer på de norske prioriteringene, på den andre siden å gjøre EBF mer fleksibel. Ikke-øremerkede midler har generelt svingt rundt 50% i norsk FN-politikk mellom 2006 og 2011. I 2005 var den henholdsvis 58%.<sup>274</sup> Økningen av bundne bidrag kan antas å være en del av denne trenden. Dessuten har «myk øremerking» færre ulemper i forhold til fullstendig øremerking ettersom

<sup>272</sup> Se for eksempel: UD,2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2004-2005.

<sup>273</sup> UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009., UD,2005/14001, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2010-2011., UD, 2011/03493, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2012-2013.

<sup>274</sup> Meld. St. 33 (2011-2012) s. 103.

det støtter opp om temaer som er en del av den overordnede prioriteringen i organisasjonen. De er mer fleksible og medfører ikke like mye rapportering som prosjektfinansiering.<sup>275</sup> Men hvis vi ser i *Financial report* for 2012–2013 er de norske bidragene til WHO ganske fleksible sammenlignet med de øvrige bidragene til organisasjonen. I toårsperioden var kun 7,55 % fleksible EBF. 92,45 % var dermed øremerkede midler.<sup>276</sup> I sin helhet er det mulig å konkludere med at det var en tendens i perioden til en gradvis oppmykning av de norske bidragene. Samtidig kan Norge regnes som et foregangsland med avbinding av EBF i WHO. Likevel kan det stilles spørsmål med hvor troverdig Norge er i reform-debatten hvis landet binder en større andel av midlene. Men måten å tenke om finansiell-reform er i forandring. WHO har endret fokuset fra et behov for ikke-øremerking til behov for forutsigbar finansiering med øremerking. Dette kan trolig sees på bakgrunn av at flere store givere ikke kom til å avøremerke sine bidrag. Da en ny finansieringsmodell av organisasjonen ble diskutert under et ekstraordinært styremøte i 2011 var det ifølge den norske delegasjonen ingen avklaring om et forslag med øremerket forutsigbar finansiering ville gå på bekostning av ikke-øremerket finansiering. Oppslutning om den nye linjen blant store donorland og lite optimale forhold for CVCA, førte til tanker om revurderinger av den norske posisjonen i spørsmålet for fremtidige diskusjoner.<sup>277</sup>

## Avslutning

Temaet for dette kapitlet er Norge som økonomisk bidragsyter til Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1990 til 2013. Målet var å undersøke hvordan Norge markerte seg ved frivillige bevilgninger gjennom å kartlegge prioriterte områder og bruken av ressursene for å profilere seg og sin politikk. Problemstillingen var dermed å undersøke mål og programmer som ble støttet i ulike faser og hvilke måte landet forholdt seg til bruken av frivillige bidrag.

Jeg begynte kapitlet med å analysere svingningene i de norske midler til WHO. På den ene siden kunne det vurderes på bakgrunn en økonomisk vekstperiode i Norge. Men det var også både faglige og politiske momenter som spilte inn som påvirket nedgangen, utflating og oppgang i bevilgningene. Den første økningen som tok sted i 1992 kan vurderes som både en faglig og utenrikspolitisk beslutning som støttet opp om den internasjonale utviklingen. Reduksjonen i 1994 var mer en politisk sak ettersom det var en symbolsk markering ovenfor ledelsen i organisasjonen. Da bidragene igjen økte utover 1990-tallet var argumentene at 1) Oslo-rapporten kunne bidra til en effektivisering av organisasjonen og 2) at WHO nærmet seg

---

<sup>275</sup> Meld. St. 33 (2011-2012) s. 103.

<sup>276</sup> World Health Organization 2014a s. 6.

<sup>277</sup> HOD, 2012, Norsk Instruks til WHO's 130. styremøte (EB130) Genève 16.-23 januar 2012.s. 9ff.

et lederskifte som kunne styrke reformprosessen som Norge støttet. Økningen ble som sådan brukt til å demonstrere en økende tillit til organisasjonen fra Norges side.

To andre forhold som trolig påvirket bevilgningene var inntreden av norske styremedlem i perioden 1998-2000 og 2010-2013 og Gro Harlem Brundtlands valg til generaldirektørvervet i 1998. I seg selv kan dette være et ønske om å gå frem som foregangsland da nordmenn hadde sentrale verv. Likevel gir stagneringsperioden 2003-2009 og de etterfølgende årene en indikasjon på andre aktører og arenaers viktighet i helsespørsmål. Norge har dermed vurdert det som formålstjenlig å tilføre GAVI økende ressurser, mens bidragene til WHO endret seg lite sammenlignet.

Mål, temaer og programmer som Norge støttet var relativt stabile over tid der fattigdomsorienteringen var kjernen i bistanden. Imidlertid var en delvis kumulativ utvikling ettersom få områder forsvant mens nye merkesaker oppstod. På begynnelsen av 1990-tallet ble det tydeligere fokusering på kvinner og barn som målgruppe i tråd med internasjonale toppmøter og konferanser som ga føringer i FN-systemet som Norge støttet. Deretter ble primærhelsesystemer med sin horisontale tilnærming vektlagt fra 1996 i samråd med Oslo-rapportene og konferanser og toppmøter som hadde som prinsipp at alle mennesker skulle sikres visse sosiale tjenester og grunnbehov. Ved årtusenskiftet ble FNs tusenårs mål sentrale i utviklingsspørsmålet og landet vurderte seg som en pådriver. Tusenårs målene ble et førende prinsipp i avtalene mellom WHO og Norge og satsingen berørte en del av de samme temaene som før. Men det var en utvidelse av sykdomsfokuserte programmer og en nysatsing på forebyggende helsearbeid. En del av orienteringen kan trolig også sees på bakgrunn av Brundtlands agenda for å få helse på dagsorden gjennom en rekke programmer, initiativer og partnerskap. Omfanget av områder som fikk norsk støtte økte betraktelig fra 1990 til 2007 samtidig som den generelle pengestøtten hadde steget. I så måte kan det tenkes at Norge har blitt en mer aktiv aktør i organisasjonen som en økonomisk bidragsyter.

Frem til 2011 var det lite forandring i de prioriterte målene i budsjettforslagene og den norske WHO-strategien indikerte en bred norsk satsing. Sammenlignet med arbeidet tidligere i WHO, nasjonalt og internasjonalt generelt samsvarte det godt. Men sammenligningen er ikke presis siden WHO-strategien reflekterer innsatsen i organisasjonen i styrende organer og ikke nødvendigvis bidragene. I følge embetsmenn og en tidligere konsulent tilknyttet WHO er det en noe spredning mellom hva som blir bevilget penger og det som blir vektlagt i styrende organer i organisasjonen. Ingen av de offentlige dokumentene prioriterer eksplisitt mellom punktene. Eksempelvis er NCD sterkt nedprioritert i PSA til fordel av mor og barn helse og smittsomme sykdommer som hadde en høyere utenrikspolitisk profil i Norge.

Måten landet forholdt seg til frivillige bidrag og øremerkede midler var i forandring mellom 1990 og 2013. Slik Oslo-rapporten viste var det både fordeler og ulemper med EBF. Viktigheten for organisasjonen var likevel et gjennomgående trekk fra Norsk side slik helseministeren uttrykte i 2003. For Norge kunne midlene brukes til å; 1) vedlikeholde prioriterte områder, 2) etablere en profil som stor økonomisk bidragsyter og ved å støtte bestemte temaer, 3) markere seg som kritiker, og 4) bruke frivillige bidrag som insentiv til reform og forandring. I så måte var det et virkemiddel som kunne gi innflytelse. Men Norge bidro dermed også til det noe ustabile momentet som var en utfordring med EBF. På 1990-tallet var det en tydelig øremerking og landet var villig til å redusere bidragene basert på politiske forhold i organisasjonen. Men etter Oslo-rapportene, målene for det norske styremedlemskapet og Brundtlands første budsjett, ønsket Norge å øke RBF for å motvirke negative tendenser ved EBF. Fra Norges side ble det dermed iverksatt flere tiltak: Tematisering av bistand for mykere øremerking, og inngåelse rammeavtale og PSA for mer forutsigbarhet, planlegging og harmonisering. Dette var også målet med den norske støtten til CVCA som videre hadde til hensikt å oppfordre til mindre øremerking. Likevel var det en økning i den norske øremerkingen i perioden fra 44% til 50%. Men den største veksten var i medium-fleksible midler (myk øremerking) som hadde færre ulemper enn fullstendig øremerking. Videre var det ikke uvanlig at de norske bidragene til FN svinger rundt 50% øremerking. Sammenlignet med WHO der andel av bundne bidrag utgjorde 92,45% var norsk EBF ganske fleksibelt. I sin helhet var dermed utviklingen siden 1990-tallet preget av en gradvis oppmykning av de norske bidragene samtidig som det var et foregangsland i organisasjonen med avbinding av EBF.

## Kapittel 2. Valgkamp: «Kunsten å selge Brundtland»<sup>278</sup>

### Tema, mål og problemstilling

Temaet for dette kapitlet er valgkampen til Gro Harlem Brundtland til stillingen som generaldirektør i Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1997 til 1998. På 1990-tallet var organisasjonen i en autoritetskrise, finansiell krise og en legitimitets krise under den sittende ledelsen.<sup>279</sup> Etter et mislykket afrikansk forsøk på å kaste generaldirektøren i 1995 hevdet byråsjefen for FN-seksjonen i Utenriksdepartementet (UD) at det demonstrerte hvor vanskelig det var å avsette generaldirektører i FN. Han mente at innsatsen burde konsentreres om å finne en sterk motkandidat og at det var spesielt viktig at EU presenterte en omforent kandidat så raskt som mulig.<sup>280</sup> Flere forhold lå til rette for et norsk kandidatur. For det første hadde Norge vært en pådriver for en fornyelse av organisasjonen gjennom støtte til reform, kritikk av ledelsen og finansiering av undersøkelser av WHO's virke.<sup>281</sup> For det andre har Norge vært blant topp ti i hele perioden av frivillige økonomiske bidrag.<sup>282</sup> Slik Nordisk Råd understrekte i 1994, kan respekten for bistandsiver og økonomisk innsats på noen områder smitte av i respekten for politisk innsatser.<sup>283</sup> For det tredje hadde Norge blitt valgt til å utnevne et styremedlem til Eksekutivkomiteen i 1997 basert på nordisk rotasjonsorden. Landet hadde dermed i utgangspunktet en god mulighet til å jobbe fra «innsiden» samtidig som Norge uformelt hadde 1 av de 32 stemmene som skulle nominere generaldirektøren. For det fjerde hadde Norge en sterk kandidat med Gro Harlem Brundtland da hun gikk av som statsminister i 1996.

Målet med dette kapitlet er å undersøke hvordan Norge drev valgkampen for å sikre seg en nordmann i toppvervet. Dette er relevant for oppgavens hovedproblemstilling fordi det viser hvordan landet sikret oppslutning og søkte innflytelse i WHO. Kapitlets problemstilling er som følger: Hvilke virkemidler og strategier benyttet Norge for å sikre støtte til Gro Harlem Brundtlands kandidatur til stillingen som generaldirektør? Kampanjen var en del av prosessen for etableringen av helse som en «nisje» i norsk utenrikspolitikk.<sup>284</sup> Men det er verdt å understreke at denne fremstillingen på ingen måte er ment til å være uttømmende for

---

<sup>278</sup> Johansen 1997.

<sup>279</sup> Chorev 2013.

<sup>280</sup> UD, 337.63-3, Stemplet av Merete K. Wilhelmsen. Referat fra oppsummeringsmøte etter helseforsamlingen 29. mai 1995. (Dato for utstedelse av dokumentet er ukjent). s. 1 f.

<sup>281</sup> Se kapittel 3.

<sup>282</sup> Se kapittel 1.

<sup>283</sup> Eksnes 1994 s. 103.

<sup>284</sup> Sandberg & Andresen 2010 s. 309.

Brundtlands kampanje og lederskap. Likevel gir det et innblikk i hvordan valgkampen ble drevet og hvilke vurderinger og virkemidler som var aktuelle for å fremme hennes kandidatur.

### **Grunnleggende antakelser**

I dette kapitlet tar jeg utgangspunkt i to overordnede antakelser knyttet til generaldirektørstillingen. Den første antakelsen er at en slik lederposisjon i en internasjonal organisasjon gir prestisje til hjemlandet selv om generaldirektøren ikke skal motta instruksjoner fra regjeringer. Slik Kai Kruger Henriksen i PR-firmaet Burson-Marsteller understrekte i 1998, kan tunge lederposisjoner være både et effektivt og billig virkemiddel for å bygge en internasjonal profil.<sup>285</sup> Som allerede nevnt var Brundtlands lederskap en av de utløsende faktorene for utviklingen av helse som en nisje i norsk utenrikspolitikk.

Den andre antakelsen er at generaldirektører til en viss grad er indirekte representanter for sitt hjemland. Med dette mener jeg ikke at de mottar instruksjoner. Men at vedkommende kommer fra et bestemt land med en bestemt bakgrunn og kultur som kan forme holdninger i enkeltsaker. Det vil trolig variere i hvilke grad dette spiller inn. Men det er ikke umulig å tenke seg et sammenfall mellom hva generaldirektøren fremmer i organisasjonen og hva myndighetene i hjemlandet vurderer som viktig. I så måte kan toppvervet til Brundtland gi Norge indirekte makt gjennom stillingens formelle posisjon i organisasjonens konstitusjon og uformelt gjennom agendasetting og normetablering. På bakgrunn av dette kan valgkampen også vurderes som en viktig prosess for å oppnå anerkjennelse internasjonalt generelt og innflytelse i WHO spesielt. På et overordnet nivå var det nettopp et sammenfall mellom det norske arbeidet i WHO og satsingene som Brundtland gjennomførte i sin styreperiode. Dette var spesielt tilfellet med hensyn til fattigdomsorienteringen,<sup>286</sup> resultatbasert budsjettering og andre reformer som styrking av WHO på landnivå.<sup>287</sup> På den ene siden kan sammenfallet vurderes som et resultat av at den norske forvaltningen bidro til utarbeidelsen av valgplattformen som Brundtland måtte oppfylle da hun ble generaldirektør. På den andre siden var reformspørsmålene oppfattet som et reelt problem generelt, og dermed trolig noe Brundtland og hennes støttespillere anså som viktig. Det var hennes regjering som valgte å kutte 10% av bidragene til organisasjonen tidlig 1990-tallet på grunn av misnøyen med ledelsen.<sup>288</sup> En av Brundtlands store suksesser som generaldirektør i WHO var å øke tilliten til organisasjonen og sette helsespørsmål på den

---

<sup>285</sup> Gimmestad 1998 s. 19.

<sup>286</sup> UD, 337.63, Telefaks fra avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig. Rapport fra WHO styrets samling i Genève 24-29. januar 2000. 06.04.2000.s. 2.

<sup>287</sup> Se blant annet kapittel 1 og 3.

<sup>288</sup> St. prp. nr. 1 (1993-1994) s. 126.

internasjonale dagsorden innenfor rammene av sikkerhet, utvikling og økonomisk vekst. Slik som med miljøkommisjonen mobiliserte hun ikke bare interesser innenfor en bestemt sektor, men politisk ledelse. Med økt tro på organisasjonen og nye rammer for helsepolitikk økte bevilgninger fra donorene til WHO.<sup>289</sup>

## **Teorier og begreper**

I dette kapitlet vil jeg benytte meg av Joseph Nyes teori om «Hard power», «Soft power» og «Smart power», og teorien om «Public diplomacy».

Som vist i introduksjonskapitlet blir maktbegrepet forstått som det å påvirke atferden til andre for å oppnå noe en selv vil. Hard makt refererer til tvang, betaling eller insentiv. Myk makt er evnen til å oppnå ens mål gjennom attraksjon. En strategisk kombinasjon av disse utgjør «smart power».<sup>290</sup> Teorien vil dermed bli brukt for å analysere hvordan Brundtlands støttespillere forholdt seg til maktdimensjonene i kampanjen for å søke oppslutning om kandidaturet. I denne sammenhengen har jeg valgt å vurdere hard makt som å kjøpe, gi insentiv eller å tvinge til seg stemmer. Mykt makt anser jeg som å vinne stemmer ved å virke attraktiv på bakgrunn av politikk eller andre måter.

I forlengelsen av dette benytter jeg meg av teorien om «Public diplomacy». Offentlig diplomati blir forstått som et instrument som myndighetsaktører benytter for å mobilisere myke maktressurser for å formidle og tiltrekke seg offentligheten i andre land i stedet for bare de som styrer.<sup>291</sup> I dette kapitlet blir begrepet brukt om strategier som når ut til et større publikum i valgkampen.

## **Kapitlets struktur**

I dette kapitlet har jeg valgt å strukturere fremstillingen i to deler: Valgkampens løp og Strategier og virkemidler. I førstnevnte vil jeg kort gjøre rede for den overordnede kronologien i valgkampen. Det andre delkapitlet har jeg avgrenset til tre temaer basert på tilgjengelig kildemateriale: Påvirkningsarenaer, alliansebygging og profilbygging og ryktespredning. Avslutningsvis i hver tematiske del vil jeg vurdere funnene som er gjort i lys av Joseph Nyes maktdimensjoner og teorien om offentlig diplomati.

---

<sup>289</sup> Lee 2009 s. 105 ff.

<sup>290</sup> Nye 2009 s. 160.

<sup>291</sup> Nye 2008 s. 95.



## Valgkampens løp

I denne delen av oppgaven gjør jeg kort rede for den overordnede kronologien i Gro Harlem Brundtlands valgkamp fra våren 1997 til styremøtet i WHO januar 1998. Teksten er ment til å gi et bakgrunnsteppe for det videre analytiske arbeidet i kapitlet.

I et intervju med Gro Harlem Brundtlands rådgiver Victor C. Rønneberg 6. april 1997, ble det kjent at den tidligere statsministeren var åpen for et kandidatur for stillingen som WHO's nye generaldirektør. Fristen for å signalisere et ønske om å stille til valg var mai samme år. Gjennom diplomatiske kanaler var det dermed gitt beskjed om «at hun vil kunne stille seg til disposisjon dersom det er en bred oppslutning om henne i helseorganisasjonens medlemsland».<sup>292</sup> Rønneberg bemerket at hun hadde fått forespørsler om jobben helt siden hun gikk av som statsminister i 1996.<sup>293</sup> De siste månedene hadde hun mottatt en rekke oppfordringer fra land i ulike regioner om å stille til valg som organisasjonens generaldirektør.<sup>294</sup> Både nasjonalt og internasjonalt ble hun vurdert som en potensiell, frisk pust i WHO. I et intervju med en diplomat i *Nature Medicine* mai 1997 ble Brundtland beskrevet som en «.. heaven-sent candidate» for stillingen.<sup>295</sup> Den sittende generaldirektøren Hiroshi Nakajima hadde vært en kontroversiell skikkelse. Siden han overtok posten i 1988 hadde organisasjonen gradvis mistet sin tillit i det internasjonale helsesamfunnet. Spesielt i hans andre periode fra 1993 ble han utsatt for kritikk for sitt svake lederskap, mangel på prioritering og korrupsjon.<sup>296</sup> Norge var et av de landene som ikke la skjul på sin vurdering av ledelsen.<sup>297</sup>

Arbeidsgruppen som skulle sikre generaldirektørstillingen ble opprettet av UD og hadde første samling 16 april.<sup>298,299</sup> I de påfølgende møtene ble det redegjort for generelle tiltak og regionale strategier for å skape oversikt over situasjonen.<sup>300</sup> På bakgrunn av Brundtlands brede

---

<sup>292</sup> Svendsby & Sortland 1997 s. 3.

<sup>293</sup> Svendsby & Sortland 1997 s. 3.

<sup>294</sup> Utenriksdepartementet 1997.

<sup>295</sup> Brown 1997 s. 481 f.

<sup>296</sup> Lee 2009 s. 83.

<sup>297</sup> Se kapittel 3. s. 71 ff.

<sup>298</sup> UD, 337.63, Korrespondanse fra Utenriksdepartementet til Sosial- og helsedepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997.

<sup>299</sup> Brundtlands Valgkomite/arbeidsgruppe endret noe sammensetning fra det ble opprettet. I mai inkluderte det følgende aktører: Hilde C. Sundrehagen fra Sosialdepartementet, Victor Rønneberg som Brundtlands sekretær (stortinget), Ambassadør i Genève Bjørn Skogmo, Jonas Gahr Støre fra Statsministerens kontor, utenriksråd Bjarne Lindstrøm, Knut Langeland fra Utenriksdepartementet, Kjell Halvorsen fra Utenriksdepartementet, Tarald Brautaset fra Utenriksdepartementet og helsedirektør Anne Alvik. Sistnevnte ble også valgt som styremedlem i WHO 1997.

<sup>300</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO generaldirektørspørsmålet. 25.04.1997. s. 6.

støtte og bekreftelse av tilgjengelighet bestemte dermed regjeringen Jagland å formelt fremme hennes kandidatur i en pressemelding 2. mai.<sup>301</sup>

I samhold med organisasjonens forretningsorden var det fra 18. juli mulig å foreslå kandidater til generaldirektørstillingen. 27. august ble Brundtlands kandidatur formelt fremmet av den norske helseministeren. Andre land som stilte kandidater var Pakistan, Indonesia, Barbados, Bolivia, Gambia og Jordan.<sup>302</sup> Av disse var Brundtland og kandidaten fra Jordan de eneste som stod utenfor FN-systemet på daværende tidspunkt. Etter den offisielle nomineringen av Brundtland ble det norske valgkampsekretariat etablert i UD under ledelse av Morten Wetland i første uken av september. Hensikten var at Arbeidsgruppen fremdeles skulle ha det overordnede ansvaret.<sup>303</sup> Andre instanser som jobbet tett med UD var Sosial- og helsedepartementet, Statens Helsetilsyn og FN-delegasjonen i Genève.<sup>304</sup>

Fristen for å nominere kandidater til generaldirektørstillingen gikk ut i november. I desember skulle det sendes ut et formelt brev til styremedlemmer om mottatte kandidaturer. Den neste etappen var dermed styremøtet 19.-28. januar.<sup>305</sup> I løpet av sesjonen ble det avholdt fire avstemninger. Brundtland ledet med minst fire stemmer de tre første rundene og vant til slutt med 18 av 32 stemmer. Med resolusjon ble Brundtland dermed nominert til ny generaldirektør 27. januar. Den formelle «godkjenningen» eller ratifiseringen tok sted under helseforsamlingen i mai 1998. Med 166 mot 7 stemmer ble hun valgt til ny generaldirektør 13. mai.<sup>306</sup> Overtakelsen fant sted 21. juli.<sup>307</sup>

## **Strategier og virkemidler: et aktivt diplomati**

I denne delen av oppgaven undersøker jeg de strategier og virkemidler som fremgår av kildematerialet jeg har benyttet i kapitlet. Teksten er følgende strukturert rundt tre overskrifter. Det første temaet er påvirkningsarenaer der jeg trekker frem eksempler på multilaterale og bilaterale kontekster for kampanjen.<sup>308</sup> Det andre temaet er alliansebygging der jeg vil bruke ulike land som eksempler på samarbeidspartnere. Det tredje temaet er profilbygging og

---

<sup>301</sup> Utenriksdepartementet 1997.

<sup>302</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Ukjent avsender. WHO. Kandidaturspørsmålet. 1997 s. 1.

<sup>303</sup> UD, 337.63, Notat til Utenriksministeren fra Utenriksråden. Arbeidet med å fremme Gro Harlem Brundtlands kandidatur til generaldirektørstillingen. 15.08.1997.

<sup>304</sup> Johansen 1997 s. 13.

<sup>305</sup> AAB, GHBA, F-L0005, Telefaks til UD fra den faste delegasjonen i Genève, WHO. Generaldirektørstillingen. Nominasjonsprosessen. 08.10.97. S. 1 ff.

<sup>306</sup> UD, 337.63, Undertegnet Sosial- og helsedepartementet, utsteder Anne-Sofie T. Oraug. Rapporteringsskjema for utenlandsreiser. Helseforsamlingen 1998. 29.6.98. s. 2.

<sup>307</sup> Eriksen 1998.

<sup>308</sup> De eksemplene jeg trekker frem i denne delen er ikke uttømmende for virksomheten. Men jeg har tatt utgangspunkt i det kildematerialet jeg har tilgjengelig.

ryktespredning.<sup>309</sup> Der undersøker jeg eksempler på valgkampens mediestrategi, rollen til Norges utenrikspolitisk profil, valgplattform og ryktespredning. Flere av disse områdene berører hverandre og kan ikke fullstendig adskilles. Jeg vil derved referere på tvers av overskriftene. Avslutningsvis i hver tematiske del vil jeg vurdere funnene som er gjort i lys av Joseph Nyes maktdimensjoner og teorien om Offentlig diplomati.

### **Påvirkningsarenaer**

Den norske kampanjen benyttet ulike arenaer for å drive påvirkningsarbeid for å fremme Brundtlands kandidatur. Det overordnede, strategiske grepet for arbeidsutvalget i perioden var ifølge Jonas Gahr Støre å jobbe for et «aktivt diplomati». De skulle rette arbeidet mot land som var med i organisasjonens sentralstyre, men også land som ikke var representert. Brundtland selv og valgkomiteen skulle videre styrke hennes kandidatur gjennom telefonsamtaler, skriftlig korrespondanse og ved personlig fremmøte ved andre lands politiske myndigheter og helseforvaltninger.<sup>310</sup> Brundtlands kandidatur skulle bli tatt opp på alle nivåer der offisielle norske representanter hadde samtaler med andre land.<sup>311</sup> Dette var trolig gjeldende gjennom hele valgkampen, både bilateralt og multilateralt. Forane var viktige utgangspunkt drive påvirkningsarbeid og i så måte utøve makt. I det følgende vil jeg trekke frem eksempler fra denne virksomheten.

### ***Multilateral setting***<sup>312</sup>

Sentrale multilaterale påvirkningsarenaer i WHO var helseforsamlingen, de regionale møtene og sesjonen i Eksekutivkomiteen. Første etappen i valgkampen ble regnet for å være helseforsamlingen i WHO fra 5. til 15. mai. Gahr Støre hevdet at både helseminister Gudmund Hernes og andre norske deltakere ville drive lobbyvirksomhet ovenfor andre medlemsland for å fremme Brundtlands kandidatur.<sup>313</sup> Brundtland deltok også selv under helseforsamlingen og Utenriksråden anbefalte arbeidsgruppen at det ble utarbeidet brev til de hun hadde kontakt med for å styrke en eventuell videre dialog.<sup>314</sup> Tilsvarende aktivitet var trolig gjeldende i WHO's regionalmøte for Europa i Istanbul i september. I en korrespondanse mellom den norske delegasjonen i Haag og det nederlandske styremedlemmet ble det anbefalt at Norge la arbeid i forberedelsene til møtet. Vedkommende understrekte at samlingen i Istanbul var en viktig

---

<sup>309</sup> Sorteringen som er foretatt er et analytisk grep i denne oppgaven. Men leseren må være klar over at disse tematikkene ikke klart er adskilt fra hverandre.

<sup>310</sup> Ruud & Mathisen 1997 s. 16.

<sup>311</sup> Sønstelie 1997 s. 4.

<sup>312</sup> Det som menes med «setting» er at det foregår samtaler ved siden av møter i slike samlinger.

<sup>313</sup> Sønstelie 1997 s. 4.

<sup>314</sup> UD, 337.63, Telefaks til den faste delegasjonen i Genève fra Utenriksdepartementet. Møte i styringsgruppen for generaldirektørstillingen 26 mai 1997. 29.05.91.

anledning for underhånssoverføring og for å legge forholdene til rette for det videre løpet i kampanjen.<sup>315</sup> Også årsmøtene fra de andre regionale organisasjonene ble vurdert som viktig for å fremme kandidaturet fra norsk side.<sup>316</sup>

Under styremøtet i januar kan det diskuteres hvorvidt lobbyvirksomhet hadde en reell innvirkning. De fleste av de 32 styremedlemmene hadde trolig allerede bestemt seg før sesjonen. Men det kan tenkes at noen ikke hadde konkludert i generaldirektørspørsmålet. På et overordnet nivå ble den norske delegasjonen instruert til å opptre slik at Brundtland fikk mest mulig støtte og holde kontakt med de nordiske landene.<sup>317</sup> I et intervju med Morten Wetland understrekte han at Brundtland selv hadde intensjoner om å møte samtlige styremedlemmer og nøkkelpersoner som hadde innflytelse på valgprosessen.<sup>318</sup> Slik den norske utsendingen ble rådført av vennligsinnede land var den personlige kontakten trolig viktigere i WHO enn i noen annen særorganisasjon. Selv rådgivere og vararepresentanter til styremedlemmer skulle oppvartes ved å holde lunsjer og tilsvarende.<sup>319</sup> Videre anbefalte den faste FN-delegasjonen i Genève at det ble holdt rådslagningsmøter med «venneland» og vennligsinnede styremedlemmer under styremøtet.<sup>320</sup> Eksempelvis hadde franskmennene gitt beskjed om at de hadde til hensikt å gjennomføre intenst påvirkningsarbeid den andre uken av sesjonen for den norske kandidaten.<sup>321</sup>

Andre arenaer for tilsvarende virksomhet var for eksempel FN-toppmøtet i juni og FNs generalforsamling i september 1997. Under toppmøtet skulle tidligere statsminister Thorbjørn Jagland fremme Brundtlands kandidatur i alle samtaler med statsledere under konferansen.<sup>322</sup> Tilsvarende var planlagt for utenriksminister Bjørn Tore Godal under åpningen av FNs generalforsamling. I tillegg til møter med de russiske og franske utenriksministere, hadde Godal til hensikt å fokusere på ministrene fra de landene som hadde personer i WHO's styre.<sup>323</sup>

---

<sup>315</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra norske ambassaden i Haag, WHO. Generaldirektørstillingen Oppfølging. 06.08.97 s. 1 f.

<sup>316</sup> UD, 337.63. Telefaks til Fylkeslegen Kristian Hagestad fra Utenriksdepartementet. WHO kandidaturet: status i prosessen. 14.07.97. s. 3.

<sup>317</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Forslag til instruks for den norske delegasjonen til styremøte i WHO, 19.-28. Januar 1998. 1998. s. 2.

<sup>318</sup> NTB 1998 s. 1.

<sup>319</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra den faste delegasjonen i Genève. WHO styrets 101. samling, januar 1998. Merknader med tilleggs – og endringsforslag til mottatt utkast til norsk tidsplan for valg av ny generaldirektør. 12.12.97. s. 3.

<sup>320</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra den faste delegasjonen i Genève. WHO styrets 101. samling, januar 1998. Merknader med tilleggs – og endringsforslag til mottatt utkast til norsk tidsplan for valg av ny generaldirektør. 12.12.97. s. 2.

<sup>321</sup> AAB, GHBA, F-L0005, Telefaks til UD fra norske ambassaden i Paris. WHO-kandidaturet. 15.01.98. s. 1 f.

<sup>322</sup> Andenæs 1997 s. 8.

<sup>323</sup> Elvik 1997 s. 18.

Målet var å overbevise de andre deltakerne om at Brundtland hadde egenskapene for å være en drivende kraft for å lede organisasjonen.<sup>324</sup> I argumentasjonen for å styrke kandidaturet fremhevet de hennes person og brede karriere både nasjonalt og internasjonalt.<sup>325</sup> Dette spesielt med hensyn til Brundtlands rolle som statsminister, leder av miljø-kommisjonen og sterke engasjement i FN, men også at hun kom fra et land som prioriterte å fremme folkehelse og bekjempelse av fattigdom.<sup>326</sup>

Tilknyttet internasjonale organisasjoner ble Brundtlands kandidatur også vurdert fremmet på internasjonale konferanser som WHO konferansen «New Players for a New Era» på sommeren og Barnearbeidskonferansen høsten 1997. Begge møtene representerte en mulighet for å kommunisere kandidaturet. I førstnevnte skulle delegasjonen formidle informasjon om Brundtland og vise at både hun og den norske regjeringen var forpliktet til WHO.<sup>327</sup> Sistnevnte vurderte UD som en viktig arena ettersom både pressen og sentrale aktører fra den internasjonale arbeidstagerorganisasjonen (ILO) og UNICEF skulle være til stede. Generelt ville konferansen få stor internasjonal oppmerksomhet.<sup>328</sup>

Utenfor de store internasjonale organisasjonene benyttet den norske kampanjen seg av tiltak som det UD-arrangerte møtet på Holmenkollen Park Hotel Rica i Oslo juni 1997.<sup>329</sup> Det var helseministeren som inviterte til samlingen og deltakerne ble valgt på bakgrunn av faglig kvalifikasjon, land som var viktige støttespillere og land som hadde styremedlem.<sup>330</sup> Representantene kunne enten være helseeksperter eller politikere. I følge Norsk Telegrambyrå (NTB) samlet møtet helseeksperter og representanter fra FN, Verdensbanken og ulike regjeringer og universiteter. I løpet av hovedarrangementet ledet Brundtland en tre timer lang diskusjon om internasjonale helseutfordringer.<sup>331</sup> Hernes uttrykte i intervjuet at seminaret ikke var ment til å styrke Brundtlands kandidatur. Det var en idédugnad om verdens helseproblemer og utfordringene til helseorganisasjonen.<sup>332</sup> Dette ble også understreket på forhånd i interne

---

<sup>324</sup> Andenæs 1997 s. 8.

<sup>325</sup> Andenæs 1997 s. 8.

<sup>326</sup> Andenæs 1997 s. 20.

<sup>327</sup> UD, 337.63. Telefaks til Fylkeslegen Kristian Hagestad fra Utenriksdepartementet. WHO kandidaturet: status i prosessen. 14.07.97. s. 3.

<sup>328</sup> UD, 337.63, Notat. Til statsministerens kontor fra PKI avdelingen. Gro Harlem Brundtland - kandidat til lederstillingen i WHO. Informasjonsspørsmål. 16.07.97.

<sup>329</sup> I et UD dokument nevnes det flere slike internasjonale helsemøter for 1997. Men jeg har ikke dokumenter som bekrefter deltakelse.

<sup>330</sup> UD, 337.63, Notat. Til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. WHO generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen. 04.06.1997. s. 1.

<sup>331</sup> UD, 337. 63. Telefaks til den faste delegasjonen i Genève fra Utenriksdepartementet. WHO. Generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen 26 mai 1997. 29.05.97. s. 2.

<sup>332</sup> NTB 1997.

dokumenter at det ikke ville bli lagt føringer for støtte til generaldirektørvervet.<sup>333</sup> Men likevel fikk den sterk tilknytning. Hensikten for samlingen var tosidig. For det første ville det være et godt utgangspunkt for utarbeidelse av en valgplattform. Det ga muligheten for Brundtland til å bli oppdatert på viktige helsepolitiske utfordringer og hvilke oppgaver WHO bør prioritere. For det andre for å bekrefte seriøsiteten ved kandidaturet og vise henne frem som en konsulterende person som ønsket å jobbe frem kampanjen på en systematisk måte. I sin helhet ga samlingen mulighet for ulike drøftinger og å etablere nettverk. Videre kunne det tenkes at ekspertene som var til stede også påvirket myndighetene hjemme og bidro til å skape oppmerksomhet rundt Brundtlands kandidatur. Rapporter fra møtet vurderte seminaret som vellykket og håpte deltakerne vendte hjem med positiv innstilling til Brundtland.<sup>334</sup>

### ***Bilateralt***

Slik som de multilaterale arenaene tok også den bilaterale virksomheten flere former. Som allerede nevnt var det en strategi at Brundtlands kandidatur skulle bli tatt opp på alle nivåer der offisielle norske representanter hadde samtaler med andre land. I så måte var trolig mange ambassader og delegasjoner sentrale. Slik UD understrekte i statusrapporten fra 14. juli skulle de norske fagstasjonene, spesielt i de landene som hadde styremedlem, bli trukket aktivt med i arbeidet.<sup>335</sup> I forbindelse med utarbeidelsen av Brundtlands strategi og valgplattform ble utenriksstasjonene brukt til å hente informasjon fra sitt vertsland. Områder de undersøkte var blant annet landenes helseprofil, bilateralt samarbeid med Norge, relasjon til WHO og lignende.<sup>336</sup> Utenriksstasjonene ble også brukt til å samle informasjon om motkandidatene til Brundtland.<sup>337</sup>

Et annet eksempel på deres virksomhet var organiseringen av to arbeidslunser av den faste FN-delegasjonen i Genève. Deltakerne bestod av håndplukkede delegater til vaksinasjonsprogrammet og programmet for tropiske sykdommer. Der hadde delegasjonen orientert om Brundtlands kandidatur og arbeidet fremover og prøvd å sette viktige spørsmål

---

<sup>333</sup> UD, 337.63, Notat. Til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. WHO generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen. 04.06.1997. s. 1.

<sup>334</sup> UD, 337.63. Telefaks til Fylkeslegen Kristian Hagestad fra Utenriksdepartementet. WHO kandidaturet: status i prosessen. 14.07.97. s. 3.

<sup>335</sup> UD, 337.63. Telefaks til Fylkeslegen Kristian Hagestad fra Utenriksdepartementet. WHO kandidaturet: status i prosessen. 14.07.97. s. 3.

<sup>336</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD Norsk Ambassade i Harare. WHO. Generaldirektørstillingen. Oppfølging. 16.06.97.

<sup>337</sup> UD, 337.63, Notat. Til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. WHO generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen. 04.06.1997. s. 4.

under debatt. Dette ble vurdert som en viktig fremgangsmåte ettersom enkelte av delegatene hadde god kontakt med styrende myndigheter i hjemlandet.<sup>338</sup>

Arbeidet i høstmånedene 1997 til begynnelsen av januar 1998, bar preg av at Brundtland foretok en rekke reiser i forbindelse med kampanjen, blant annet til Asia, Afrika og Gulf-landene. Hensikten var å introdusere Brundtland som en kandidat og møte representanter fra myndighetene for å diskutere utfordringer og prioriteringer i WHO. I sin helhet kan det tenkes at reisene ble lagt til de landene som krevde mest bearbeidelse for å støtte Brundtland. I timeplanen for besøket i Abu Dhabi 26–28 september ser man for eksempel at det var planlagt et seminar, møte med pressen, lunsjavgifter og middag med den norske ambassadøren og andre norske aktører. Det viktigste på listen var trolig møtet og lunsjen med helseministeren.<sup>339</sup> I forberedelsen til Asia turen i UD, fremgår det av en fax fra den norske ambassaden i Colombo at samtaler og møter med politikere burde være den viktigste prioriteringen i reisen til landet. I kontakten med media ble det vurdert som hensiktsmessig å ha en avgrenset pressekonferanse med utvalgte journalister som kunne engelsk godt og som kjenner feltet faglig og politisk. Videre var det mulighet for intervjuer i ulike TV-kanaler og radiostasjoner.<sup>340</sup> Tilsvarende møter og strategiske vurderinger var trolig gjeldende gjennom de fleste reisene i valgkampturneen.

### ***Delkonklusjon***

Som det fremgår av teksten kan de ulike internasjonale arenaene fungere som kanaler for myndighetsaktører. Samlingene og møtene i de multilaterale og bilaterale foraene ga norske aktører og vennligsinnede land mulighet til å drive påvirkningsarbeid og lobbyvirksomhet. I så måte var de et virkemiddel, eller utløp for det som i Nyes teori blir kalt myk makt og eventuelt hard makt. Som jeg vil vise til senere i dette kapitlet var det var ikke uvanlig at styremedlemmer fikk insentiv i form av «gaver» for å få deres gunst i stemmegivningen. Men fra norske side var det primært myk maktutøvelse i form av ordinært påvirkningsarbeid og lobbyvirksomhet. Både i WHO, FN for øvrig og internasjonale konferanser forsøkte Norge å oppmuntre til en gunstig holdning. Kilden til den myke makten slik den ble uttrykt i intervjuer av statsministeren og utenriksministeren i FN-sammenheng var både Brundtlands person, karriere nasjonalt og internasjonalt og hvilket land hun kom fra.

---

<sup>338</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO. Generaldirektørstillingen. Situasjonsrapport. 26.06.97 s. 4.

<sup>339</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Program. Dr. Gro Harlem Brundtlands besøk til Abu Dhabi 26-28.9.97. 1997.

<sup>340</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra ambassaden i Colombo, WHO: Forberedelser til asia turen. 24.10.97. S. 1 ff.

Utenom virksomheten i de internasjonale organisasjonene ble det også skapt eller etablert arenaer for påvirkningsmuligheter. Dette var tilfellet for ekspertmøtet på Holmenkollen, Genève-delegasjonens arbeidslunsjer og Brundtlands kampanjereiser. Hensikten med de to førstnevnte var noe mer indirekte enn den siste. Men de bød likevel på en mulighet for å skape oppmerksomhet om Brundtland. I så måte representerte det en bruk av Offentlig diplomati i form av å tiltrekke seg mer enn politikere og tjenestemenn. Det mobiliserte også representanter fra andre samfunnsgrupper. Under kampanjereisene ble det også oppfordret til kontakt med pressen og å benytte Tv og radio som instrument til å fremme myk makt. Videre kan diplomatiet betegnes effektivt ettersom samlingene skapte muligheter for å lytte til hva andre mente og hvilke helseutfordringer de prioriterte. Kampanjen kunne dermed tilpasse sitt budskap og styrke Brundtland sin kredibilitet.

## **Alliansebygging**

### ***Spillet om internasjonale verv***

Under kampanjen ble det opprettet kontakt med flere land på regjeringsnivå og mellom delegasjoner og ambassader. Det er rimelig å anta at nettverk av samarbeidspartnere er et grunnleggende trekk ved internasjonale kampanjer. Eksempelvis hevdet en senior-forsker i Nakajimas kabinett at den sittende generaldirektøren ville reise en mot-allianse mot Brundtland. Han mente at Nakajima trolig ville anstrenge seg for å gjøre valgkampen vanskelig for Norge og videre forhindre at landet fikk styremedlem på tross av Europa-regionens bestemmelser. Sistnevnte ville føre til en ekstraordinær situasjon som kun har skjedd få ganger tidligere. Nakajimas holdning kan vurderes på bakgrunn av at Norge hadde vært en uttalt kritiker over flere år av organisasjonens ledelse.<sup>341,342</sup> Senior-forskeren anbefalte at Norge måtte begynne å bygge strategiske allianser og fokusere på landene som hadde styremedlem.<sup>343</sup> Sikringen av samarbeidspartnere i valgkampen tok ulike former og hadde ulike formål. «Venneland» kunne på den ene siden være kilde til informasjonsinnhenting. På den andre siden kunne de påvirke styremedlemmer som de hadde større innflytelse over enn Norge.<sup>344</sup> Tidlig i kampanjeperioden formidlet henholdsvis FNs generalsekretær Kofi Annan til Norge at det var viktig å påvirke land som ikke var i styret. Disse kunne ha stor regional innflytelse og sikre

---

<sup>341</sup> Se kapittel 3. s. 71 ff.

<sup>342</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 7 f.

<sup>343</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 8.

<sup>344</sup> UD, 337.63, Notat til Utenriksministeren fra Utenriksråden. Arbeidet med å fremme Gro Harlem Brundtlands kandidatur til generaldirektørstillingen. 15.08.1997. s. 4.



oppslutning.<sup>345</sup> Land som ble fremhevet fra norsk side som samarbeidspartnere var blant annet de nordiske, Tyskland, Nederland, Storbritannia, USA, Australia, Frankrike, Brasil og Sør-Afrika.<sup>346</sup> Sistnevnte hadde eksempelvis til hensikt å «konvertere» afrikanske helseministre til å støtte Brundtland allerede før helseforsamlingen i 1997.<sup>347</sup> Holdningen til de sørafrikanske myndighetene reflekteres godt da helseministeren utbrøt «Thank God!» da kandidaturet ble bekjentgjort. Venner av WHO skulle bli til venner av Brundtland ifølge ministeren.<sup>348</sup>

En annen sentral alliansebygging var den som fant sted i Nederland. I samtaler mellom den norske ambassaden og G. M van Etten som ledet den internasjonale avdelingen i helseministeriet ble det bekreftet at Nederland støttet Brundtlands kandidatur. Van Etten var også styremedlem i WHO i perioden og dermed en viktig kontakt. Nederland hadde forøvrig sikret en samlet EU-holdning i spørsmålet før EU-formannskapetets avslutning. Brundtland ble av de nederlandske myndighetene ansett som den ideelle kandidaten.<sup>349</sup> Viktigheten av bred støtte i Europa ble tydelig i Styremøtet januar 1998. Den norske delegasjonen hevdet i sin rapport at de kandidatene som først ble utslått i avstemningene hadde til felles at de manglet solid støtte i sin region.<sup>350</sup>

Tilsvarende «konvertering» kan imidlertid være høyt politisk. I et intervju med Gudmund Hernes sammenlignet han WHO-kampanjen med kampen om å få OL til Lillehammer. Han hevdet at det ikke bare var kvalifikasjonene til kandidatene som lå til grunn for vurderingen. Men det var også et spørsmål om hvorvidt en får andre med på laget ved hjelp av tilgodelapper eller ved at det på en annen måte tjener deres interesser. Dette kunne ifølge Hernes innebære at man gjorde andre en tjeneste i andre sammenhenger. For eksempel ved å støtte deres kandidater til andre internasjonale verv. Spesielt aktuelt i det henseende var valget til Telekommunikasjonsunionen (ITU) og ILO.<sup>351</sup> I en situasjonsrapport fra juni var det forventet at de regionale fordelingskabalene i forbindelse med nye toppstillinger i ILO, ITU, og muligens FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) og FNs utviklingsprogram (UNDP)

---

<sup>345</sup> UD, 337.63, Telefaks til utenriksråden fra politisk kontor. WHO. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen. Møte 28 april 1997. 28.04.1997. s. 2.

<sup>346</sup> UD, 337.63, Notat til Utenriksministeren fra Utenriksråden. Arbeidet med å fremme Gro Harlem Brundtlands kandidatur til generaldirektørstillingen. 15.08.1997. s. 4.

<sup>347</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 7.

<sup>348</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 6 f.

<sup>349</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra norske ambassaden i Haag, WHO. Generaldirektørstillingen Oppfølging. 06.08.97 s. 1.

<sup>350</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Rapport fra WHO-styrets 101. samling Geneve 19-26. Januar 1998. 1998. s. 3 f.

<sup>351</sup> Johansen 1997 s. 13.

ville bli sterkere.<sup>352</sup> I tilgjengelige dokumenter kommer både Sør-Korea, Chile og Canada frem som eksempler på hestehandel.

### ***Hestehandel: internasjonal fordelingskabal***

Tidlig august fikk arbeidsgruppen følgende henvendelse fra Sør-Korea: «If we support your candidate at an early stage, what kind of considerations do you have in mind for us?».<sup>353</sup> Henvendelsen gjaldt karrieren til den sør-koreanske legen Jong-Wook Lee som var direktør for WHO's vaksinasjonsprogram. Brundtland hadde imidlertid møtt han allerede i juni og hadde et godt inntrykk. Dersom hun ble generaldirektør ville hun at han skulle være en av de sentrale medlemmene i sitt team.<sup>354</sup> Etter valget av Brundtland i 1998, ble Lee en del av den nye ledelsens kabinett som generaldirektørens rådgiver. Han hadde flere sentrale posisjoner og etter Brundtlands lederperiode var over ble han selv ny generaldirektør med norsk støtte.<sup>355</sup>

Under den internasjonale Arbeidskonferansen i 1997 tok den chilenske delegasjonen underhåndskontakt med den norske utsendingen. I forsiktige vendinger ble det nevnt at Chile ville støtte Brundtlands kandidatur i WHO og arbeide for dette i den latin-amerikanske gruppen. Til gjengjeld søkte de tilsvarende norsk støtte for det chilenske kandidaturet til generaldirektørstillingen i ILO. Det går ikke frem hva som ble utfallet av saken. Men delegasjonen fortsatte å holde spørsmålet under observasjon. Usikkerheten om byttehandel baserte seg blant annet på at det gikk rykter om at Chile støttet en annen kandidat i WHO. Dessuten var ikke landet medlem av WHO's styre og hadde således ingen stemme å bytte. Delegasjonen oppfordret til å få klargjort hva Chile mente de kunne gjøre i forhold til den latin-amerikanske støtten i organisasjonen. Spesielt med tanke på Argentina og Peru som på sin side hadde styremedlem. Men den norske delegasjonen var også usikre på ringvirkningen av en slik støtte til Chile i forhold til Frankrike og Afrika. I tillegg anså de det som nyttig å klargjøre hvorvidt den chilenske kandidaten til ILO var akseptabel.<sup>356</sup>

En tilsvarende situasjon oppstod i forbindelse med den kanadiske støtten til Brundtland. Canada hadde tidligere oppfordret henne å stille til valg. Men holdningen i juni var blitt mer avventende. Den norske ambassaden i Ottawa anbefalte å handle raskt og med ny styrke ovenfor

---

<sup>352</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO. Generaldirektørstillingen. Situasjonsrapport. 26.06.97 s. 1 f.

<sup>353</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. WHO-kandidaturet. Henvendelse fra Sør-Korea. 11.08.97.

<sup>354</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. WHO-kandidaturet. Henvendelse fra Sør-Korea. 11.08.97.

<sup>355</sup> UD, 337.63, Instruks til den norske delegasjonen. Verdens 56. helseforsamling, Genève 19.-28 mai 2003. (Dato for dokument ikke oppgitt). s. 1.

<sup>356</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, ILO-WHO. Generaldirektørstillingene. 21.06.97 s. 1 f.

kanadierne. I samtaler med den kanadiske statsministerens utenriks- og sikkerhetspolitiske rådgiver, kanadiske utenriksdepartementet og den assisterende viseministeren understreket den norske ambassaden viktigheten av deres støtte i WHO. Dessuten fremhevet sistnevnte bla. hvordan Brundtland som statsminister hadde støttet den kanadiske kandidaten til generaldirektørstillingen i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD). I tillegg til støtte i FNs miljøprogram (UNEP), ble også det norsk-kanadiske samarbeidet internasjonalt generelt og i handelsspørsmålet spesielt understreket.<sup>357</sup> På tross av dette valgte Canada å støtte kandidaten fra Barbados i WHO. En mulig forklaring på standpunktet var at støtten til stillingen var en del av det øvrige FN-spillet for å sikre stemmer i andre saker.<sup>358</sup>

### ***Delkonklusjon***

Å skape nettverk av «venneland» var et viktig strategisk grep under valgkampen. De kunne som vist hente informasjon eller påvirke andre land ved å spre budskap eller gi insentiv. Som det fremgår av redegjørelsen var det ulike forsøk på alliansebygging og lobbyvirksomhet i tilfellene med Sør-Afrika, Nederland, Sør-Korea, Chile og Canada. De to førstnevnte gir uttrykk for det som gjerne blir omtalt som myk makt i Joseph Nyes teori. Her var det kandidatens attraksjon i seg selv som sikret oppslutning om kandidaturet. Slik Nederland understrekte var Brundtland ansett som den ideelle kandidaten. Eksempelet fra Sør-Korea og Chile gir det klareste eksempelet på hard makt i dette kapitlet. Spesielt i det sistnevnte tilfellet var det ikke attraksjonen som gjorde at Chile ønsket å fremme støtte for Brundtland i den latin-amerikanske gruppen. Men det var ment til å gis som en form for «betaling» eller byttehandel mot at de fikk støtte for toppvervet i en annen organisasjon. Kvalifikasjonene og derav de myke maktressursene var mindre viktige. Men som vist var Norge skeptiske av flere grunner og de ønsket å klargjøre kvalifikasjonene til den chilenske kandidaten. Likevel kan det tenkes at Norge ville gått med på dette hvis Chile hadde hatt et styremedlem i WHO.

Det kanadiske tilfellet representerte en annen utvikling der landet endret holdning fra en opprinnelige positiv stemme til å støtte Brundtland. I utgangspunktet kan det se ut som at den myke makten var nok. Men holdningen skiftet og Norge forsøkte å veksle inn «tilgodelapper» ved å blant annet å vise til den tidligere støtten til Canada i OECD og UNEP. Likevel valgte landet å støtte en annen kandidat, trolig på grunn av det øvrige FN-spillet.

Basert på de ulike tilnærmingene til alliansebygging i seg selv er det dermed rimelig å hevde at det fant sted det som av Joseph Nye er blitt kalt «smart makt». Det var en strategisk

---

<sup>357</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til delegasjonen i Genève fra UD, WHO. Generaldirektørstillingen. Kanadiske synspunkter. 19.06.97 s. 1 ff.

<sup>358</sup> Hanssen 1997 s. 19.

kombinasjon av både myk- og hard makt. På denne måten kunne Norge sikre oppslutning på den mest effektive måten.

## **Profilbygging og ryktespredning**

### ***Mediestrategi***

I situasjonsrapporten av 26. juni hevdet Norges faste delegasjon i Genève at Brundtland var den klart ledende kandidaten til generaldirektørstillingen. Imidlertid understreket delegasjonen at det var et behov for å synliggjøre kandidaturet bedre.<sup>359</sup> Kampanjene til motkandidatene utnyttet dette og hevdet at hun ikke var «fully committed».<sup>360</sup> Men det var også tegn til utålmodighet blant støttespillere.<sup>361</sup> Større synlighet i kampanjen ble dermed sentralt for å fasilitere posisjonen. I siste instans ble det stilt spørsmål om en eventuell mediestrategi. Slik den indiske journalisten Chitra Subramaniam understrekte i korrespondanse til den norske ambassadøren i Genève at «politics is as much about perception as it is about policies and electoral platforms».<sup>362,363</sup>

I en korrespondanse fra Genève delegasjonen til Utenriksdepartementet 1. juli ble spørsmålet om en mediestrategi trukket frem som agendapunkt for en kommende telefonkonferanse. Jeg har ikke dokumenter som viser gjennomføring av strategien i praksis, men delegasjonen hadde flere innvendinger. Blant annet ble det foreslått å etablere uformell kontakt med mediepersonligheter i flest mulige nøkkelregioner. Målet var å trekke på deres råd og innsikt i forbindelse med medieprofilering i deres respektive regioner. I tillegg kunne de eventuelt medvirke til strategisk plasserte intervjuer, artikler, presentasjoner og lignende.<sup>364</sup> Under kampanjen ble det videre drøftet hvorvidt det skulles etableres et informasjonsbudsjett. Et alternativ var å ansatte et informasjonsrådgivningsselskap som kunne utvikle forslag til en enhetlig og profesjonell profil ovenfor media og i andre sammenhenger. Det ble også foreslått å utvikle en pressemappe som aktivt ville bli delt ut til pressen og informanter fra alle de norske utenriksstasjonene. Videre kunne stasjonssjefene i de mest aktuelle landene invitere utvalgte

---

<sup>359</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO. Generaldirektørstillingen. Situasjonsrapport. 26.06.97 s. 1 ff.

<sup>360</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO/GENDIR stillingen. Oppfølging etter Oslo-Seminar. 01.07.97. S. 1 ff.

<sup>361</sup> AAB, GHBA, F-L0001, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO. Generaldirektørstillingen. Situasjonsrapport. 26.06.97 s. 2.

<sup>362</sup> UD, 337.63, Til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Gendir. Spørsmålet. Faglig plattform. 10.06.97. s. 7.

<sup>363</sup> Det var den indiske ambassadøren som hadde oppfordret til kontakten. Hun kommenterte utkastet til Brundtlands valgkamplattform.

<sup>364</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO/GENDIR stillingen. Oppfølging etter Oslo-Seminar. 01.07.97 s. 1 ff.

pressefolk til lunsj der Brundtland aktivt skulle presenteres.<sup>365</sup> I det henseende ble det foreslått å utvikle en videopressemelding med bilder og klipp fra Brundtlands ulike sider som statsminister, lege, miljø- og likestillingsforkjemper og privatperson. Det ble understreket at også Norges vekt på utdanning, likestilling, helse og miljø burde fremheves.<sup>366</sup> I sin helhet kunne en slik profil trolig skape en bred appell. Som det ble understreket i den strategiske tilnærmingen fra Norges faste delegasjon i Genève var det ikke bare om å gjøre å vinne styresmaktene i statene, men å skape en forent posisjon internt i det landet en søkte å «vinne». Dette ble vurdert som det mest effektive for å skape oppslutning.<sup>367</sup>

### ***Norsk utenrikspolitisk profil***

Som allerede nevnt kunne den norske utenrikspolitiske profilen regnes som en ressurs i kampanjen for generaldirektørvervet. Da utenriksministeren og helseministeren henvendte seg til sine kollegaer i land skulle inn og ut av Eksekutivkomiteen i WHO ble Norges øvrige internasjonale bidrag fremhevet. I råtkastet til utenriksministeren var det dermed ikke bare Brundtlands karriere som statsminister og leder av miljøkommisjonen som ble vektlagt. Men også at Norge i seg selv var en stor bidragsyter til FN-systemet i form av frivillige bidrag, fredsbevaring og humanitære operasjoner.<sup>368</sup> Dette var momenter som hadde blitt spesielt synlig i norsk utenrikspolitikk og bygget opp under Norges profil som fredsnasjon etter kald krig.<sup>369</sup> Landet kunne dermed stå frem som en troverdig aktør generelt og med Brundtland spesielt. Denne tilnærmingen var ikke bare aktuell i WHO. At Norge ble oppfattet som en humanitær stormakt var også et moment som ble trukket frem i Astrid Nøklebye Heibergs kamp for presidentvervet i Det internasjonale Røde Kors 1996-1997.<sup>370</sup> Landets profil som humanitær stormakt og fredsnasjon var dermed ressurser for å skape oppslutning om Brundtland.

Betydningen av Norges utenrikspolitiske profil ble også synlig i en henvendelse fra Zimbabwe under valgkampen. Der ble det understreket at ettersom ikke Norge var medlem av EU kunne Brundtland lanseres som en global kandidat.<sup>371</sup> I forbindelse med valgkampen om lederposisjonen i Verdens opphavsrettsorganisasjon (WIPO) hadde bla. EU inntatt det som ble

---

<sup>365</sup> UD, 337.63, Notat. Til statsministerens kontor fra PKI avdelingen. Gro Harlem Brundtland - kandidat til lederstillingen i WHO. Informasjonsspørsmål. 16.07.97.

<sup>366</sup> UD, 337.63, Notat. Til statsministerens kontor fra PKI avdelingen. Gro Harlem Brundtland - kandidat til lederstillingen i WHO. Informasjonsspørsmål. 16.07.97.

<sup>367</sup> UD, 337. 63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Gendirstillingen. 19.06.97. s. 2.

<sup>368</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO generaldirektørspørsmålet. 25.04.1997. s. 6.

<sup>369</sup> Se bakgrunnskapittel s. 18 f.

<sup>370</sup> Gimmetad 1998 s. 19.

<sup>371</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 5.

oppfattet som en arrogant holdning som hadde ført til at afrikanske land hadde samlet seg om sin egen kandidat.<sup>372</sup> Dermed var Norge trolig tjent med å stå utenfor EU under valgkampen i WHO, hvis tilsvarende situasjon skulle oppstå. Brundtland kunne søke en tverregional profil i stedet for primært å være forankret i vesten og EU. Slik Irland og det irske styremedlemmet, John Hurley, understrekte i september 1997 kunne en sterk offentlig støtte fra europeiske land virke i mot sin hensikt og føre til regionalisering av kandidatene. Han mente at Brundtland hadde større mulighet til å vinne frem i Asia, Afrika og Latin-Amerika i kraft av sin egen tyngde og som det norske kandidaturet.<sup>373</sup>

Et annet moment var Norges nordiske profil. Før Nakajima ble valgt til generaldirektør i 1988 var den høyt respekterte dansken Halfdan Mahler sekretariatets overhode. Flere vurderte Brundtland i samme stil som Mahler – en skandinaver med høy moralsk overbevisning og egenskapen til å samle brede kretser.<sup>374</sup> En tidligere ansatt i den regionale organisasjonen for sør-øst Asia, Satnam Singh, ønsket å drive påvirkningsarbeid for kandidaturet i Indonesia, Bhutan og Sri Lanka på bakgrunn av Brundtlands gode kvaliteter. Men også på grunn av hennes «base» i et nordisk land ble antatt å gjøre kandidaten mer sympatisk til å vedta strategier for langsiktig kapasitetsbygging i stedet for kortsiktig «veldigighet».<sup>375</sup> Han anså at Brundtland også hadde potensialet for å samle de globale ressursene for utvikling og gjennomføring av slike strategier.<sup>376</sup> Likevel kunne pendelen svinge andre veien. Mahler hadde vært generaldirektør i 16 år. Det ble hevdet av en senior-forsker i Nakajimas kabinett at skandinaviske land ofte kunne oppfattes som moralsk arrogante og opptatt av å presse frem sitt verdisyn. Han anbefalte dermed en viss ydmykhet uten at det gikk på bekostning av egen integritet.<sup>377</sup>

### ***Kampanjens valgplattform***

Kandidater til generaldirektørvervet skal i henhold til organisasjonens forretningsorden utarbeide visjoner for prioriteringer og strategier i WHO. Under kampanjene utgjør dette valgkampplattformen. Etter Norges vurdering skulle Brundtlands plattform ha to målgrupper:

---

<sup>372</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 5.

<sup>373</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra den Norsk Ambassaden i Dublin. 04.08.1997. s. 1.

<sup>374</sup> Lee 2009 s. 104.

<sup>375</sup> Dette er egen oversettelse, og jeg tolker det slik at han refererer til den nordiske sosiale profilen og helsesystemer. Videre må jeg understreke at de landene han søkte å påvirke for Norge i Sør-Asia hadde allerede blitt sikret. Dette var også noe han hadde forespurt på forhånd før han eventuelt iverksatte en politisk innsats. Men Brundtland ønsket å holde kontakten hvis hun ble valgt til generaldirektør.

<sup>376</sup> AAB, GHBA, F-L0004, E-post til WHO-sekretariatet i Utenriksdepartementet fra Victor C. Rønneberg. WHO. Director General Position. 24.12.97. s. 10.

<sup>377</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.97. s. 8.

på den ene siden regjeringssjefer og utenriksministre, og på den andre siden styremedlemmer og helsemyndigheter. I tråd med den tidligere kritikken av Nakajima var det et mål å få frem en visjon om styrking av organisasjonen hvor tillit gjenopprettes.<sup>378</sup> Brundtland måtte fremstå som å bringe nye øyne til WHO og vise at hun mente alvor når hun ville komme i dialog med styrende organer og medarbeidere.<sup>379</sup> Sistnevnte var trolig viktig i forhold til reformagendaen for organisasjonen. Av flere land ble hun vurdert som en attraktiv kandidat på grunn av reformprofilen.<sup>380</sup> Det var dermed en avveining mellom radikale reformforslag på den ene siden og de særinteresser som ville mobiliseres mot agendaen.<sup>381</sup> I sin helhet bar den endelige valgplattformen preg av behovet for forandring. I tillegg til helseaspektene med vektleggingen av nye, tradisjonelle og tilbakevennende sykdommer og primærhelsesystemer var plattformen dermed gjennomgående politisk orientert. Mer spesielt ble blant annet følgende områder fremhevet: bedre koherens mellom helsesatsinger nasjonalt og internasjonalt, mellom FN og ikke-statlige aktører, styrking av organisasjonens finansielle basis gjennom en velstyrt og transparent organisasjon, møte utfordringene og mulighetene med globalisering og tilpasse organisasjonen de mål det var enighet om i konsultasjon med WHO og medlemslandene.<sup>382</sup> Disse områdene stemmer godt med den norske kritikken mot Nakajimas lederskap og gjennom Oslo-rapportene og nordiske FN-reform prosjektet (se kap. 1 og 3). For det første med hensyn til den økonomiske situasjonen og prioriteringen til vertikale sykdomsprogrammer på bekostning av primærhelsesystemer (Oslo-I).<sup>383</sup> For det andre med sammenheng mellom WHO, FN forøvrig og ikke-statlige aktører og den pågående mangel på samarbeid (Oslo-II og Nordiske FN-prosjektet).<sup>384</sup> I siste instans vant Brundtland valgkampen med en klar reformagenda.

---

<sup>378</sup> UD, 337. 63. Telefaks til den faste delegasjonen i Genève fra Utenriksdepartementet. WHO. Generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen 26 mai 1997. 29.05.97. s. 2.

<sup>379</sup> UD, 337. 63. Telefaks til den faste delegasjonen i Genève fra Utenriksdepartementet. WHO. Generaldirektørstillingen. Møte i styringsgruppen 26 mai 1997. 29.05.97. s. 2.

<sup>380</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO/GENDIR stillingen. Oppfølging etter Oslo-Seminaret. 01.07.97 s. 1 ff.

<sup>381</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Generaldirektørspørsmålet. 19.05.97. s. 6.

<sup>382</sup> AAB, GHBA, F-L0007, Nominasjonsbrevet til Brundtland fra Gudmun Hernes til styreformamm i Eksektivkomiteen.. 27.08. 97 s. 1 ff.

<sup>383</sup> AAB, GHBA, Gro Harlem. F-L0006, Cooperation for Health Development. Extrebudgetary Funds and the World Health Organization 1995.

<sup>384</sup> AAB, GHBA, Gro Harlem. F-L0006 , Cooperation for Health Development. WHO's support to programmes at country level. Summary. September 1997., AAB, GHBA, F-L0006, Notat til Politisk kontor fra FN-seksjonen, Implikasjoner av det nordiske-FN reform prosjektet på arbeidet til Verdens helseorganisasjon.

## **Ryktespredning**

I dokumentene og avisartiklene som jeg har benyttet i dette kapitlet er det fire rykter vedrørende Brundtland som er fremtredende under valgkampen. Det første gikk ut på at Brundtland egentlig ikke ønsket stillingen i WHO, men posisjonen som FNs «Deputy Secretary General» under Kofi Annan. Det andre ryktet dreide seg om at Norge kjøpte stemmer av styremedlemmene. Det tredje sentrerte seg rundt at Brundtland ikke var egnet til stillingen. Det fjerde ryktet hevdet at Brundtland ville ødelegge WHO's regionalstruktur. Slik den undersøkende journalisten Chitra Subramaniam advarte den norske Genève-ambassadøren, måtte den norske kampanjen forberede seg på «dirty tricks» som ville bli satt ut av mindre vennligsinnede land. Hun understrekte at det var verdige måter å løse dette på, å være forberedt var halve kampen.<sup>385</sup>

Det første ryktet om at Brundtland ikke var interessert ble motarbeidet ved at Annan selv gikk ut og persisterte at hun ikke var kandidat til stillingen som «Deputy Secretary General» på daværende tidspunkt. Brundtland sendte også brev til generalsekretæren der hun uttrykte at hun så frem til å jobbe med han hvis hun ble valgt som generaldirektør i WHO.<sup>386</sup> I et intervju med Wetland ble det hevdet at de tok ryktet svært alvorlig og jobbet aktivt for å stoppe det.<sup>387</sup> Samtidig var det ikke tvil om at Annan var positiv til Brundtlands kandidatur. Allerede i april hadde han anbefalt at norske myndigheter mer aktivt burde fremme henne i WHO kampanjen.<sup>388</sup> Senere på året rådførte han seg med Brundtland om hvem som burde bli den nye «Associate Administrator» i FNs utviklingsprogram (UNDP).<sup>389</sup>

Det andre ryktet gikk ut på at UD kjøpte stemmer ved å love bistandsmidler. Fra norsk side var de overbevist om at historiene var satt ut for å skade Norges kandidat. Wetland understrekte at det kunne få negative konsekvenser for kampanjen hvis enkelte land følte at man koblet stemmegivningen til bistandsbevilgningene.<sup>390</sup> Som vist i kapittel 1. skjedde det en økning av de frivillige bidragene til WHO fra 1997 på grunn av det norske styremedlemskapet og Brundtlands kandidatur. Men om dette regnes som korrupsjon er lite sannsynlig, og er trolig legitimt i form av at Norge ville sette et godt eksempel mens de var i en sentral posisjon. Men slik Alvik hevdet i et intervju med Aftenposten var kulturen for å drive valgkamp annerledes

---

<sup>385</sup> UD, 337.63, Til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Gendir. Spørsmålet. Faglig plattform. 10.06.97.

<sup>386</sup> Elvik 1997 s. 10.

<sup>387</sup> Johansen 1997 s. 13

<sup>388</sup> UD, 337.63, Telefaks til utenriksråden fra politisk kontor. WHO. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen. Møte 28 april 1997. 28.04.97. s. 2.

<sup>389</sup> AAB, GHBA, F-L0004, E-post til WHO-sekretariatet i Utenriksdepartementet fra Victor C. Rønneberg. WHO. Director General Position. 24.12.97. s. 3.

<sup>390</sup> Johansen 1997 s. 13.



ute i verden. Både hun og andre styremedlem opplevde å bli tilbudt gaver eller suvenirer.<sup>391</sup> Likevel rapporterte Alvik til WHO-Forumet September 1998 at det ikke var tendenser til kjøp av stemmer under valgkampen.<sup>392</sup>

Det tredje ryktet gjaldt ulike temaer vedrørende egnethet. Et av disse var spørsmålet om «hva har hun gjort som lege og for helsevesenet» i Norge. Allerede i situasjonsrapporten fra juni hadde den norske delegasjonen i Genève gitt uttrykk for at det var nødvendig og ønskelig å komme med klarere signaler i kampanjen når det gjaldt reform-spørsmålet i WHO. Delegasjonen understreket imidlertid at det standpunkt Brundtland tok i saken ville bli utnyttet og misbrukt av de andre kandidatene. Samtidig ble hun vurdert som en attraktiv kandidat nettopp fordi hun ble sett på som den som kunne gjennomføre nødvendige reformer i organisasjonen.<sup>393</sup> Delegasjonen anbefalte dermed i oktober å håndtere dette ved å utarbeide et to siders notat med oversikt over hvilke helsepolitiske spørsmål Brundtland tok stilling til og de store reformtiltakene innen legemiddelpolitikk og smittsomme sykdommer som fant sted da hun var statsminister. Den norske delegasjonen anbefalte videre at det inneholdt noe om hennes aktive periode som lege. Slik som det ble understreket i korrespondansen, så ville dette notatet også være nyttig for Brundtland selv i forbindelse med intervjuet i det kommende styremøtet i januar.<sup>394</sup>

Spørsmålet om Brundtlands egnethet kom igjen opp under styremøtet i januar. I norsk presse ble fremstøtet gjort av Per Fugelli som var professor i sosialmedisin. Han hevdet at Brundtland var eurosentrisk og manglet visjoner.<sup>395</sup> Men mer spesielt var nok de tre brevene som sirkulerte blant styremedlemmene i WHO. Det var de norske organisasjonene Pro Vita og Forening 2 foreldre og en privatperson som hevdet hun var uskikket til å lede organisasjonen. Innholdet ble ifølge Bergens Tidende karakterisert som «nedrig». Norge ble blant annet beskrevet som «korrupt og diktatorisk» i Brundtlands statsministerperiode. Imidlertid er det lite som tyder på at brevene påvirket kampanjen nevneverdig.<sup>396</sup>

Det fjerde ryktet vedrørende regionalstrukturen ble av arbeidsgruppen betraktet som en utstrakt misbruk av formuleringer i det nordiske FN-reform prosjektet fra 1996. Det ble hevdet at Norden generelt og Brundtland spesielt ville ødelegge regionalstrukturen ved en sterkere

---

<sup>391</sup> Johansen 1997 s. 13.

<sup>392</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Referat fra WHO-Forum 1/98 i Sosial- og helsedepartementet. 02.09.98. (Avsender og mottaker ukjent). s. 2.

<sup>393</sup> AAB, GHBA, F-L0003, Telefaks til UD fra Norges faste delegasjon i Genève, WHO/GENDIR stillingen. Oppfølging etter Oslo-Seminaret. 01.07.97 s. 1 ff.

<sup>394</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Gro Harlem Brundtlands WHO kandidatur - notat på engelsk om de store reformtiltakene i helsesektoren som fant sted mens GHB var statsminister. 1997.

<sup>395</sup> Width 1998 s. 2.

<sup>396</sup> Strand 1998 s. 4.

sentralisering og at WHO bare skulle utføre normativt arbeid.<sup>397</sup> Regionalstrukturen med de seks kontorene har i organisasjonen vært et følsomt tema siden etableringen<sup>398,399</sup> og kunne dermed være skadelig for kampanjen. Norge anså det normative arbeid som viktig for organisasjonen, men den unyanserte fremstillingen var i strid med Norge og de nordiske landenes holdning for å styrke fokuset på landsnivå i FN og WHO de senere årene.<sup>400</sup> Ryktet ble av den norske delegasjonen sporet tilbake til kandidaten fra Indonesia, Uthon Muchtar. Det var snakk om at han drev en svært aggressiv kampanje der han tok i bruk flere virkemidler.<sup>401</sup> Den faste Genève delegasjonen anbefalte dermed UD i kommende samtaler å gå offensivt ut med grunnlag i det nordiske reformprosjektet.<sup>402</sup> I mai måneden 1997 ble det også foreslått å ta spørsmålet opp med de nordiske landene i Genève og på FN-reform seminar i Stockholm.<sup>403</sup>

### ***Delkonklusjon***

Slik som ved etableringene av arenaer kan mediestrategien og profileringen regnes for å være et instrument i form av offentlig diplomati. Målet var å mobilisere de myke maktressursene for å formidle og gjøre seg attraktiv. Ressursene var som viste flere både offentlig og i lukket korrespondanse: Brundtlands karriere og person, norsk utenrikspolitiske- og nordiske profil, og valgplattformen med sikte på forandring. Forslagene til mediestrategien hadde en bred fremgangsmåte med intervjuer, artikler, presentasjoner, pressemapper, videopressemelding og lignende. På denne måten kunne valgkampen nå ut til styresmakter og offentlighetene i flere land. Dette ble vurdert som den mest effektive strategien for å skape oppslutning og er et av grunnleggende trekkene i teorien om offentlig diplomati. Men det er verdt å nevne at selv om dette var noe de ønsket, så er det ikke sikkert at slike tilnærminger får den ønskede effekten. Dette vil kun være tilfelle av myk makt hvis det gjør vedkommende attraktiv og at det dermed stemmer overens med det som blir vurdert som positivt i det aktuelle landet. Som vist kunne Norge i kraft av å være et nordisk land bli oppfattet som moralsk arrogante og presse frem sitt

---

<sup>397</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Generaldirektørspørsmålet. 19.05.97. s.7.

<sup>398</sup> Siddiqi 1995 s. 60 ff.

<sup>399</sup> I dokumentene jeg benytter er det to sider ved denne saken som kommer frem på 1990-tallet: På den ene siden mente flere I-land at modellen førte til fragmentering av arbeidet og at regionene ikke innrettet seg til prioriteringene i hovedkvarteret i Genève. Landene i sør mente på sin side at den regionale strukturen var en garanti for større styring og ressursallokering til de aktivitetene som prioriteres i regionen.

<sup>400</sup> UD, 337.63, Telefaks uten avsender/mottaker. Stemplet av Åse Elin Bjerke. WHO-kandidaturet: Status i arbeidet. Datert juli 1997. s. 4.

<sup>401</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Generaldirektørspørsmålet. 19.05.97. s. 5.

<sup>402</sup> UD, 337.63, Telefaks uten avsender/mottaker. Stemplet av Åse Elin Bjerke. WHO-kandidaturet: Status i arbeidet. Datert juli 1997. s. 4.

<sup>403</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Generaldirektørspørsmålet. 19.05.97. s. 7.

verdisyn. Det andre var at valgplattformens reformagenda der kritikere mobiliserte mot agendaen.

Ryktespredningen og den norske håndteringen av disse, kan på sin side vurderes som et forsøk på å forhindre tap av myk makt. Slik som Joseph Nye understreker i teorien lever vi i en informasjonens tidsalder der rykter er viktigere enn før og politisk dragkamp oppstår over etablering og ødeleggelse av kredibilitet. At Brundtland søker en annen stilling, at hun ikke er egnet, at Norge kjøper stemmer eller ønsker å ødelegge den regionale strukturen reduserer attraksjonen ovenfor de andre landene. Reform-spørsmålet er spesielt aktuelt i det henseende.<sup>404</sup> Saken kan vurderes som sentral ettersom flere medlemsland mente at dette var viktig. Noe av kritikken mot den sittende generaldirektøren var nettopp mangel av reform i organisasjonen. Det var dermed trolig ønskelig å vise og argumentere for at Brundtland kom inn i organisasjonen med nye øyne og kunne bøte på dette, samtidig som man ikke ønsket radikal forandring vedrørende regionene. Ryktet om Brundtland kunne dermed gjøre henne mindre attraktiv og skade den myke makten. Måten dette ble håndtert på vedrørende reformer med utarbeidelse av et dokument om hennes statsministerperiode og periode som lege, reflekterer i tråd med Nyes teori en supplerende budskap med handling som kunne vise handlekraft.

## **Avslutning**

Temaet for dette kapitlet er valgkampen til Gro Harlem Brundtland til stillingen som generaldirektør i Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1997 til 1998. Problemstillingen min var å undersøke hvilke virkemidler og strategier Norge benyttet for å sikre en nordmann i toppvervet. Både kampanjen generelt og fremgangsmåten spesielt demonstrerer viktigheten av generaldirektørstillingen i organisasjonen. Det Jonas Gahr Støre kalte et «aktivt diplomati» er en passende beskrivelse for den norske aktiviteten. For det første var det en overordnet strategi å utnytte diverse bilaterale og multilaterale settinger og relasjoner. Landet skapte også arenaer ved å holde lunsjer, seminaret på Holmenkollen, og ulike reiser i løpet av høsten. Disse kunne vært utløp for både myk- og hard makt. Som det fremgår av undersøkelsen var det imidlertid den myke makten som ble benyttet i forhold til Norge i de ulike møtene. Offentlig diplomati var et virkemiddel i forlengelsen av det øvrige for å mobilisere maktressursene under samlingene. Det var om å gjøre å fremstille Brundtland så attraktiv som mulig og formidle det til et større publikum for å sikre stemmer. Dette kan virke åpenbart. Men andre land, som Indonesia, drev en aggressiv kampanje og styremedlemmer kunne motta suvenirer for å sikre

---

<sup>404</sup> Jeg har ikke sett dokumentet med det endelige resultatet fra dette arbeidet. Men av annet materiale kommer det frem av at denne prosessen ble iverksatt

en positiv holdning. Slik som jeg operasjonaliserte Joseph Nyes teori vurderer jeg dette som hard makt.

Mediestrategien var trolig et sentralt virkemiddel under kampanjen. Den hadde en bred appell for å ikke bare vinne myndighetene i enkeltland, men også andre interne aktører. En forent posisjon i staten en søkte å vinne, ble vurdert som den mest effektive strategien for å skape oppslutning. Dette er en av de grunnleggende trekkene i offentlig diplomati som teori. De myke maktressursene som ble fremmet i de ulike settingene var Brundtlands person, karriere, landet hun kom fra og den politiske plattformen. Tilknyttet valgplattformen var det en tydelig reformagenda for organisasjonen. Hvordan dette slo ut i andre settinger enn i de åpne intervjuene som jeg benyttet vedrørende FN-møtene stemmer likevel godt. Men viktigheten av Norges utenrikspolitiske profil er kanskje noe tydeligere. Dette var spesielt i Norges uavhengige status fra EU, landet som humanitær stormakt og den nordiske profilen. Men disse områdene gir kun makt i den grad det blir oppfattet som attraktivt. Eksempler på at profilen får motsatt effekt var at Norge som nordisk land kunne bli oppfattet som moralsk arrogante og at valgplattformens reformagenda mobiliserte kritikere til forandring. Andre momenter som kunne skade de myke maktressursene var ryktespredning. Dermed var det viktig med tiltak og strategier for å bekjempe desinformasjon på flere områder og vise handlekraft i tråd med teorien om Offentlig diplomati.

Et annet strategisk grep var alliansebygging der sikring av samarbeidspartnere i valgkampen tok ulike former og hadde ulike formål. Både Sør-Afrika og Nederland var eksempel på myk makt ettersom landene sluttet seg opp om den norske kandidaten uten insentiv. Tilfellet med Sør-Korea og Chile ga på den andre siden uttrykk for hard makt ettersom de søkte å «bytte» tjenester eller stemmegivning. Canada reflekterte en blanding der de myke maktressursene i utgangspunktet var nok, til at Norge forsøkte å veksle inn «tilgodelapper».

Som det utgår fra undersøkelsen var det primært de myke maktressursene som dominerte i strategiene og kampanjen basert på tilgjengelig kildemateriale. Bruken av påvirkningsarenaer, profilbygging og håndtering av ryktespredning demonstrerer dette. Men alliansebyggingen kunne inneholde hard makt. Hestehandel var et middel som potensielt kunne brukes til å oppnå stemmegivning i Brundtlands favør. I så måte var «smart» maktutøvelse en del av den overordnede strategien i henhold til Joseph Nyes teori.

# Kapittel 3. Norge som kritisk støttespiller i Verdens helseorganisasjon

## Tema, mål og problemstilling

Temaet for dette kapitlet er Norge som kritisk støttespiller i Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1990 til 2013. Med kritisk støttespiller mener jeg aktører som slutter seg opp om organisasjonens hensikt og oppdrag, men som samtidig er aktive på en kritisk måte for beslutninger som potensielt kan forbedre effektiviteten i WHO's virksomheten. Dette perspektivet er relevant for min masteroppgave fordi det kan belyse hvordan Norge valgte å posisjonere seg i organisasjonen. I det henseende er det mulig å vurdere hva som lå bak de norske vurderingene. Motivasjonen kan være egne interesser, altruistiske eller sammenfall av de to førstnevnte. Disse blir gjerne uttrykt i form av en posisjon som bremsekloss, pådriver eller passiv deltaker i diskusjonene. Men det som blir oppfattet som norske interesser er ikke like klart i FN systemet som i bilaterale relasjoner. Dermed vil jeg også benytte teorien om «status seeking» som forklart i introduksjonskapitlet. Land med få tradisjonelle maktmidler ønsker å oppnå status som en «good power». Dette blir forstått som å 1) spille på moralsk autoritet når de søker å øke sin status og 2) bli oppfattet som gode og pålitelige partnere.<sup>405</sup>

Som tidligere vist i denne oppgaven er det blitt hevdet at helsesamarbeidet rundt årtusenskiftet opplevde det største presset for forandring siden slutten på andre verdenskrig. Den internasjonale arkitekturen beveget seg mot et «regime complex» med nye helseutfordringer. Organisasjonen var lite forberedt på helsekonsekvensene som blant annet hadde røtter i den politiske og økonomiske utviklingen i tiårene rundt årtusenskiftet.<sup>406</sup> WHO har med dette måtte tilpasses en ny virkelighet både eksternt og internt. Målet med denne fremstillingen er dermed å undersøke Norges rolle i denne forandningsprosessen med hensyn til organisasjonens ledelser og reformer. Kapitlets problemstilling er som følger: Hvordan markerte Norge seg som en kritisk støttespiller i en kontekst som krevde organisatorisk forandring?

## Struktur og avgrensning

I besvarelsen av problemstillingen har jeg avgrenset kapitlet til to temaer basert på tilgjengelig kildemateriale: kritikken av organisasjonens lederskap under Hiroshi Nakajima og

---

<sup>405</sup> Nagelhus Schia & Sending 2015. s. 11.

<sup>406</sup> Se kapittel 3. s. 78.

reformprosessene i organisasjonen som kommer opp i de styrende organene. Temaene er strukturert i delkapitler, men er ikke gjensidig utelukkende og må sees på bakgrunn av behovet for omstilling i organisasjonen. Hver del avsluttes med en delkonklusjon der jeg trekker trådene til begrepet om «kritisk støttespiller» og teorien om statusøking. Avslutningsvis vil jeg foreta en samlet vurdering av landet som en kritisk støttespiller.

Alle forslag til reform og justering av organisasjonen kan ikke undersøkes i dette kapitlet. For det første har jeg valgt de prosessene som varte lengst og gikk over flere år i stedet for enkeltforslag under egne agendapunkter. Eksempelvis er forsøket på å utvide forståelsen av helse til å involvere spirituell velferd eller en generell utvidelse av antall styremedlemmer i 1998 utelukket. Andre reformprosesser jeg ikke omtaler er endringene i programbudsjettet og kriteriene for fordeling av budsjettmidler mellom regionene. Avgrensningen innebærer også en utelukkelse av en mer nyere prosess rundt diskusjonen om hvorvidt generaldirektørvervet burde rotere mellom organisasjonens regioner og ikke-statlige organisasjoners deltagelse i WHO.

For det andre har jeg valgt å ikke omtale de interne reformene i sekretariatet som Gro Harlem Brundtland gjennomførte i sin styreperiode fra 1998 til 2003. Dette skyldes at vurderingen av hennes reformer allerede er foretatt i andre fremstillinger.<sup>407</sup> Med unntak av budsjettreformene forekommer det også få vurderinger av reformene fra norsk hold i tilgjengelig kildemateriale. Jeg har kun rapporter og instruksjoner som gir korte innspill når generaldirektøren rapporterer til styrende organer om fremdriften med reformene.<sup>408</sup> Dette er trolig på grunn av at de strukturelle reformene var en intern sak i sekretariatet, og beslutningene kunne tas uten at generaldirektøren måtte konsultere medlemslandene. I den grad reformene i sekretariatet presenteres vil det være i forbindelse med andre reformer.

På grunn av masteroppgavens omfang begrenser jeg analysene til å behandle aktuelle rapporter og reformer på et overordnet nivå. Temaene som undersøkes er omfattende og komplekse og jeg vil kun overfladisk berøre enkelte diskusjoner, reformer og tekniske aspekter ved prosessene. Dette kan føre til en noe forenklet fremstilling av saksgangen der detaljer og nyanser utelukkes, spesielt i forhandlingsrunder der det var mye debatt. En kildekritisk utfordring er dermed at Norge kan fremstå som mer aktivt, eller at landet fikk flere gjennomslag enn det faktiske tilfellet. Videre er det ikke alltid mulig å peke ut og hevde at noe er «norske forslag». Men jeg kan undersøke hvorvidt landet bidro som pådriver, bremsekloss eller passiv

---

<sup>407</sup> Se blant annet: Andresen 2002; Yach & von Schirnding 2013; Lee 2009., Chorev 2013.

<sup>408</sup> For eksempel står det i den norske rapporten om de interne reformene i 1999 at organisasjonen hadde fått en ny og handlekraftig ledelse og at det ble uttrykt bred og sterk støtte til de initiativ og reformer som generaldirektøren hadde iverksatt. Den norske omtalen går ikke mer i detaljer enn dette.

aktør. Slik som forklart i småstatsteorien kan det oftere bety mer å bli sett som en «spiller» enn selve utfallet.

## **Gjenvalg, korrupsjon og motstand**

I denne delen av kapitlet analyserer jeg Norges holdning ovenfor WHO's lederskap under generaldirektør Hiroshi Nakajima på 1990-tallet. Først vil jeg klargjøre konteksten og vanligste kritikken mot Nakajima. Deretter undersøker jeg utviklingen av Norges holdning i saken og hvordan landet posisjonerte seg. Avslutningsvis vil jeg vurdere hvordan landet markerte seg som kritisk støttespiller og trekker tråder til teorien om småstaters søken etter status.

### **Ny kontekst og et svakt lederskap**

Den japanske generaldirektøren Hiroshi Nakajima overtok generaldirektørvervet i Verdens helseorganisasjon i 1988. I løpet de fem første årene av hans lederperiode kollapset den bipolare verdensorden og helsekonsekvensene av den økonomiske og politiske utviklingen ble tydelig. Det var et økende press på organisasjonen for å yte «value for money» samtidig som nye aktører inntok den internasjonale helsearkitekturen.<sup>409</sup> Under Nakajimas ledelse mistet organisasjonen tillit og det var et sterkt behov for reformer for å tilpasse WHO nye tider.<sup>410</sup> Likevel var det trolig kontroversene rundt generaldirektørens person og lederskap som eskalerte motstanden mot ham. I norske dokumenter som summerer den vanligste kritikken blir det blant annet hevdet at det var en «..total mangel på ledelse og prioriteringer i organisasjonen».<sup>411</sup> Nakajima ble beskrevet som å ha en autokratisk stil, fravær av egentlig lederskap, mangel på kommunikasjon og dialog med både givere og medarbeidere. Et annet moment var at han hadde vist liten vilje å skjære ned stillinger internt. Organisasjonen var topptung og det ryktes at han brukte ansettelse politisk og for å omgi seg med et «hoff» av lojale medarbeidere.<sup>412</sup> Slik Dagbladet summerte i 1997 var det ikke bare elendig ledelse, men også korrupsjon, inkompetanse og rasisme som karakteriserte Nakajima.<sup>413</sup>

### **Økt norsk motstand**

I flere tilfeller havnet diverse saker i pressen tilknyttet generaldirektøren. I 1990 var det spesielt i forhold til Dr. Jonathan Mann som var leder for aidsprogrammet før han gikk av grunnet

---

<sup>409</sup> Se bakgrunnskapittel s. 18.

<sup>410</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Uten avsender og dato. Stemplet, men uleselig. Informasjon til arbeidsgruppa. Kritikken mot ledelsen i WHO., Lee 2009 s. 83.

<sup>411</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Uten avsender og dato. Stemplet, men uleselig. Informasjon til arbeidsgruppa. Kritikken mot ledelsen i WHO.

<sup>412</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Uten avsender og dato. Stemplet, men uleselig. Informasjon til arbeidsgruppa. Kritikken mot ledelsen i WHO.

<sup>413</sup> Dagbladet 1997.

konflikten.<sup>414</sup> Kritikken generelt var rettet mot Nakajimas lederstil og holdning ovenfor spesialprogrammene. Den norske instruksen i saken var å uttrykke støtte til de nevnte programmene og understreke betydningen av en åpen dialog med alle involverte parter.<sup>415</sup> Landet inntok dermed en moderat posisjon. Likevel reflekteres skepsisen ovenfor generaldirektøren ved at det i 1992 fra nordisk side ble fremmet et forslag om å nedsette en «search-comittee» for å finne den best egnede kandidaten til generaldirektørvervet. Imidlertid førte ikke forslaget frem i organisasjonens styre<sup>416</sup> og med gjenvalget i 1993 eskalerte misnøyen ovenfor generaldirektøren.

20. januar vant Nakajima nominasjonsvalget til flere lands overraskelse. Den norske delegasjonen rapporterte til utenriksdepartementet (UD) at hovedinnstillingen blant vestlige land var å legge beslutningen bak seg og jobbe konstruktivt fremover. Videre skulle man arbeide for at Nakajimas innflytelse i sekretariatet ble redusert og motivere for at det ble klarere prioriteringer i organisasjonen.<sup>417</sup> Norge og samarbeidslandene hadde dermed en plan for hvordan man best mulig skulle utnytte situasjonen. Men syv dager etter nominasjonsvalget tok sjefen for WHO's internrevisjon, nordmannen Helge K. Larsen, kontakt med den norske ambassadøren i Genève. Forholdet gjaldt inngåelse av kontrakter mellom enkeltpersoner i WHO's styre og sekretariat og firmaet Hoffman & Hoffman før og under valgkampen. Enkelte kontrakter som var inngått oppfylte ikke kravene for kontraktinngåelse. Bla. hadde rådsmedlem Mr. Bentzon fra Filipinene fått en sum på hele 150 000 USD for å foreta en undersøkelse som ikke krevde omfattende kompetanse. Hoffman & Hoffman hadde på sin side hatt i oppgave å drive PR for Nakajima ved siden av andre oppgaver for WHO. Om lag 60 % av verdiene i de nevnte kontraktene hadde gått til generaldirektørens profilering der pengene var tatt fra en annen intern konto.<sup>418</sup> Da de avdekkede forholdene ble tilkjentgjort ovenfor sjefen for budsjett og finans i WHO konfiskerte han alle de aktuelle dokumentene og saksmapper. I kildene blir vedkommende beskrevet som en Nakajima-lojalist og forsøkte dermed å forhindre prosessen til internrevisjonen.<sup>419</sup> Den franske formannen i styret ba imidlertid om en full rapport om saken

---

<sup>414</sup> Lee 2009 s. 83.

<sup>415</sup> UD, 26. 15/3, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Helsedirektoratet. Verdens helseforsamling - Bidrag til instruks for Den norske delegasjonen. 3.05.90.

<sup>416</sup> UD, 337. 66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Helsedirektoratet. Forberedelser til årets helseforsamling, Verdens helseorganisasjon, 3. – 14. mai 1993, oversending av arbeidsdokument. 19.03.93. s. 3.

<sup>417</sup> UD, 337.63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. Valg av GD i WHO. Videre oppfølging. 22.01.93.

<sup>418</sup> UD, 337.63-2. Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO: kontrakter inngått med medlemmer av Eksekutivrådet. 27.01. 93. s. 2

<sup>419</sup> UD, 337.63-2. Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO: kontrakter inngått med medlemmer av Eksekutivrådet. 27.01.93. s. 2.



til fremleggelse under helseforsamlingen i mai.<sup>420</sup> Det videre arbeidet mot helseforsamlingen var dermed preget av undersøkelser foretatt av eksterntrevisoren i WHO, Storbritannias riksrevisor.<sup>421</sup>

Flere vestlige land som var med i styret ønsket å følge opp internrevisjonens avsløringer og hvilke følger det skulle få for Nakajima. Under en nordisk lunsj orienterte den danske ambassadøren den norske delegasjonen om arbeidet i EF for et felles gratulasjonsbrev til generaldirektøren som skisserte det videre samarbeidet. Det nye utkastet ble vurdert som mye mer kritisk enn den tidligere versjonen før avsløringene. Men fra norsk side oppstod det tvil om man skulle stikke hodet ut om EF ikke kom til enighet. Nordmannen Jo Asvall som var direktør for WHO's Europakontor understreket i den sammenheng at et slikt brev måtte bli underskrevet av alle ambassadørene. Hvis ikke kunne brevet knyttes til Norge alene og Asvall som fra før hadde et vanskelig samarbeidsforhold med Nakajima.<sup>422</sup> Tilsvarende valgte også Storbritannia å ikke markere seg med et brev til generaldirektøren på grunn av alvorligheten ved de forholdene som var avslørt.<sup>423</sup>

Fra norsk side vurderte man møtet i helseforsamlingen som spesielt viktig på grunn av problemene med re-nomineringen. Landet skulle dermed stille med en delegasjon på høyt nivå fra Sosialdepartementet og Helsedirektoratet.<sup>424</sup> I en telefaks fra Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet ble det understreket at Norge hadde investert mye i samarbeidet med WHO og at landet hadde grunn til å reagere og stille krav om ny ledelse. Helsedirektoratet foreslo dermed å stemme imot Nakajima under helseforsamlingen.<sup>425</sup> Ledelsen i WHO ble vurdert til å ha konsekvenser for organisasjonens troverdighet og virksomhet. I siste instans kunne mangel på overordnet retning og strategi gå ut over faglig kvalitet og utvikling i organisasjonen. Det var medlemslandenes plikt til å reagere og motvirke uheldige tendenser.<sup>426</sup> I UD ble det vurdert i hvilke grad gjenvalget burde få konsekvenser for norsk bistandsprofil i

---

<sup>420</sup> Anklagepunktene: Disponering av WHO's midler, bestikkelser under valgkampen og tilsidesettelse av regler for kontraktinngåelse.

<sup>421</sup> UD, 337.63-2, Notat. Til spesialråd Vraalsen fra Politisk kontor. Valg av ny generaldirektør for WHO. 10.02.93. s. 1 f.

<sup>422</sup> UD, 337.63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. Valg av GD i WHO: Videre oppfølging. 01.02.93. s. 1 f.

<sup>423</sup> UD, 337.63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. Valg av GD i WHO: Videre oppfølging. 01.02.93. s. 3.

<sup>424</sup> UD, 337.66, Notat. Til Politisk avdeling fra Politisk kontor. Norsk WEOG-lederskap under Helseforsamlingen i Genève. 01.04.93.

<sup>425</sup> UD, 337.66, Telefaks til UD v/ Wilhelmsen fra Ann-Karin Valle v/ Helsedirektoratet. Vedlegg: Danmarks kommentarer til dagorden, notater vedrørende aids og tuberkulose og atomvåpen og helse. 19.04.93. s. 2.

<sup>426</sup> UD, 337.66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Helsedirektoratet. Forberedelser til årets helseforsamling, Verdens helseorganisasjon, 3. – 14. mai 1993, oversending av arbeidsdokument. 19.03.93. s. 3.

WHO.<sup>427</sup> Tilsvarende holdning gjorde seg også gjeldende i et brev fra en japaner i WHOs sekretariat som ble levert under hånden til den norske delegasjonen. Brevet var adressert til det japanske UD og frarådet sterkt gjenvalget av Nakajima. Det ble hevdet at re-nomineringen var en bitter seier og ville føre til troverdighetsproblemer for Japan i ettertid. Forfatteren konkluderte med nødvendigheten av å ta til fornuft og unngå gjenvalget under helseforsamlingen.<sup>428</sup> Japaneren hevdet også at det var flere i sekretariatet av samme oppfatning. Dette illustrerer at det ikke bare var Norges nærmeste allierte i saken som reagerte. Men også japanere selv i sekretariatet. Tore Godal som ledet avdelingen for tropiske sykdommer i WHO viste i det henseende til at det verserte rykter i Genève om at det ikke var samsvar mellom det japanske UD og helsedepartementet i saken. Førstnevnte var ikke særlig fornøyd med situasjonen som hadde oppstått.<sup>429</sup>

Eksternrevisorens rapport som var tilgjengelig i løpet av våren ble fra norsk side ansett som relativt mild i formen på tross av de forholdene som var avdekket. Det var ikke bare en mangel på god ledelse, men også korrupsjon fra ledelsens side.<sup>430</sup> Under helseforsamlingen besluttet den norske helseministeren Werner Christie å stemme imot gjenvalget av generaldirektøren. Den kritiske innstillingen ble også videreført i helseministerens innlegg under debatten av rapporten i helseforsamlingen. Han uttrykte bekymring for utviklingen som hadde tatt sted og behovet for forbedret lederskap, styresett og strategisk retning. I sin tale understreket Christie at:

*In January, before the meeting of the Executive Board, Norway took the position that a change in management of the World Health Organization was necessary. The External Auditor's report has reaffirmed that position.*<sup>431</sup>

Den norske holdningen etter møtet var noe mer avvendende for å se hvilke tiltak som ble iverksatt for å støtte opp om de sentrale resolusjonene fra helseforsamlingen. Etter forslag fra den norske ambassadøren ble de nordiske landene enige om å samle seg om en felles henvendelse til Nakajima. Den norske delegasjonen ble bedt om å påta seg koordineringsrollen i dette arbeidet.<sup>432</sup>

---

<sup>427</sup> UD, 337.63-2, Notat. Til spesialråd Vraalsen fra Politisk kontor. Valg av ny generaldirektør for WHO. 10.02.1993. s. 2.

<sup>428</sup> UD, 337.63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO: Gjenvalg av Nakajima. 22.03.93.

<sup>429</sup> UD, 337.63-2, Notat. Til spesialråd Vraalsen fra Politisk kontor. Valg av ny generaldirektør for WHO. 10.02.93. s. 2.

<sup>430</sup> UD, 337.66, Telefaks til UD v/ Wilhelmsen fra Ann-Karin Valle v/ Helsedirektoratet. Vedlegg: Danmarks kommentarer til dagorden, notater vedrørende aids og tuberkulose og atomvåpen og helse. 19.04.93. s. 2.

<sup>431</sup> World Health Organization 1993a. s.124.

<sup>432</sup> UD, 337. 63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO: Amerikansk initiativ overfor DG Nakajima. 02.06.93. s. 4.

Ved neste helseforsamling i 1994 ble det rapportert at det var kun Norge som konkret etterspurte forbedring av regelverket for kontraktinngåelse mellom styremedlemmer og WHO.<sup>433</sup> Innlegget som Norge holdt på vegne av de nordiske landene fikk imidlertid støtte fra blant annet USA, Canada, Australia, Nederland og New Zealand. Landene fra Sør støttet opp om viktigheten av oppfølging, men var uenig på enkelte områder som endte i avstemming.<sup>434</sup>

I helseministerens innlegg i 1995 understrekte Norge at det hadde vært lite fremgang siden 1993 i organisasjonens lederskap og styre.<sup>435</sup> Året i forveien markert Norge sin misnøye med å redusere de frivillige bidragene med 10%.<sup>436</sup> Skepsisen ble også demonstrert ved at Norge ville støtte en afrikansk resolusjon for å tvinge Nakajima til å gå av i 1995 hvis det ble hemmelig avstemming. Det afrikanske initiativet førte ikke frem, men landet var likevel forberedt til å gripe muligheten til å bli kvitt generaldirektøren.<sup>437</sup> I sin helhet svekket trolig hendelsen generaldirektørens stilling ytterligere. Likeledes kan de norsk koordinerte Oslo-rapportene fra midten av 1990-tallet tolkes i samme retning. Rapportene var en reaksjon på ledelsen og tregheten i reformarbeidet i organisasjonen. Allerede i 1993 understrekte Helsedirektoratet at:

*Dersom en ekstern evaluering får en vellykket profil kan det fungere som et kontinuerlig press på ledelsen og være med på å demme opp for en videre forvitring av organisasjonen, og forhåpentligvis fremtvinge overordnet strategisk arbeid og klargjøring av prioriteringer.*<sup>438</sup>

Kritikken og argumentene var også gjeldende i det norske innlegget under helseforsamlingen 1996.<sup>439</sup> Imidlertid var tonen annerledes i 1997. Kritikken mot Nakajima lederskap var dempet og flere land, deriblant Norge, viste til de positive aspektene som ledelsen hadde stått for.<sup>440</sup> Denne utviklingen kan sees på bakgrunn av at Norge selv hadde lansert en kandidat til generaldirektørstillingen ved Gro Harlem Brundtland. I et informasjonsdokument tilknyttet valgkampen til Brundtland kommer det klart frem hvordan Norge kunne kapitalisere på å være

---

<sup>433</sup> UD, 337.63-3, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Statens Helsetilsyn. Referat fra Helseforsamlingen, 47 WHA 2-12. mai 1994. 16.06.94.s. 2.

<sup>434</sup> UD, 337.63-3, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Statens Helsetilsyn. Referat fra Helseforsamlingen, 47 WHA 2-12. mai 1994. 16.06.94. s. 4.

<sup>435</sup> World Health Organization 1995a s. 79.

<sup>436</sup> Se kapittel 1. s. 25 f.

<sup>437</sup> UD, 337. 63-3, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHA. – Resolusjonsforslag mot Gendir. Nakajima. 11.05.95. s. 2.

<sup>438</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Ann-Karin Valle v/Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet, NORAD og Sosialdepartementet. Notater til Helseforsamlingen 1993. Dokumentene er fra perioden 18 mars til 19 april 93. s. 3.

<sup>439</sup> World Health Organization 1996 s. 19.

<sup>440</sup> I helseministerens innlegg fikk Nakajima ros for etableringen av «Task Force on Health Development» og forbedringer i budsjettarbeidet og viktigheten av reformer ble understreket.

en kritisk støttespiller til organisasjonen. For det første kunne Norge, med norsk kandidat, vise til at landet har vært kritisk til den sittende ledelsen. Samtidig hadde ikke landet trukket seg tilbake og foretatt store kutt i bistanden. 10% i reduksjon av frivillige bidrag var forholdsvis lite sammenlignet med andre aktører. Dessuten hadde Norge uttrykt støtte til WHO og at det burde være den ledende helseorganisasjonen. Ved å påta seg en lederrolle i arbeidet for evalueringen av WHO's bistandsarbeid gjennom Oslo-rapportene ga Norge uttrykk for å være urolig over eksisterende forhold samtidig som man var villig til å gjøre noe med det.<sup>441</sup> Men landets posisjon gikk ikke ubemerket. Under kampanjen for å sikre Brundtland generaldirektørvervet understrekte en senior-forsker i Nakajimas kabinett at generaldirektøren trolig ville gjøre valgkampen vanskelig for Norge. Det var også sannsynlig at han ville etablere mot-allianser.<sup>442</sup>

Som vist i kapittel 2. vant Brundtland generaldirektørvervet med en klar reformagenda for organisasjonen. Ved overtakelsen av stillingen sikret blant annet Norge reformsatsingen ved finansieringen av Brundtlands «Transition Team» og ved bevilgning av penger til et fornyelsesfond i WHO. Jonas Gahr Støre som var Brundtlands assisterende generaldirektør begrunnet bevilgningene med at budsjettet i organisasjonen var for stramt og fastlagt, til å gi rom for de endringsprosessene Brundtland ønsket å iverksette.<sup>443</sup> Fra UD's side ble det vurdert som en naturlig oppfølging av Oslo-rapportene å bidra med ressurser til reformene.<sup>444</sup> I korrespondanser med Jonas Gahr Støre hevdet en tidligere ansatt i organisasjonen, professor Ralph Andreano, at Brundtland nærmest måtte bygge opp organisasjonen på nytt.<sup>445</sup>

### **Delkonklusjon: en kritisk støttespiller til en organisasjon i krise**

Som det fremgår av teksten markerte Norge seg som en pådriver i kritikken av Nakajimas lederskap på 1990-tallet. Til å begynne med var den imidlertid noe dempet og ønsket tilsynelatende å innta en meglersrolle i forbindelsen med konflikten mellom Dr. Mann og generaldirektøren. Likevel kan det tolkes som at Norge var bekymret for kvaliteten ved lederskapet da de nordiske landene ønsket å nedsette en komité samme året som valgkampen for å finne den best egnede kandidaten. Dette kan vurderes som et reelt uttrykk for behov for forandring i deres øyne. Ved nomineringen hadde også de vestlige landene en «plan» for å håndtere Nakajima ved å redusere hans innflytelse. Imidlertid tilspisset kritikken seg ved

---

<sup>441</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Informasjon til WHO-arbeidsgruppa. Norsk holdning overfor og bidrag til WHO. Uten avsender og konkret dato (1997-1998). Stemplet av underdirektør Asbjørn Eidhammer.

<sup>442</sup> UD, 337.63, Telefaks til Helsedirektør Alvik fra Utenriksdepartementet. Arbeidsgruppen for generaldirektørstillingen i WHO. 14.04.1997. s. 8

<sup>443</sup> Aftenposten 1998. s. 5.

<sup>444</sup> Dagbladet 1998. s. 24.

<sup>445</sup> AAB, GHBA, F-L0006, Korrespondanse fra professor Ralph Andreano til Jonas Gahr Støre. Comments on JS Draft on Transition. 18.12.97.

korrupsjonsavsløringene til nordmannen Helge K. Larsens. På tross av noe usikkerhet i henhold til hvorvidt Norge ville markere seg med gratulasjonsbrevet, viser interne dokumenter at forvaltningen i landet var opprørt. Hvis vi tar utgangspunkt i korrespondansen fra Helsedirektoratet til UD var motivasjonen for den norske kritikken todelt; 1) Norge hadde investert mye i samarbeidet og 2) lederskapet ville gå ut over organisasjonens troverdighet, virksomhet, retning og strategi og faglig kvalitet og utvikling. Selv om det også var en egennytte i dette anser jeg det som er reelt ønske for at organisasjonen skal fungere best mulig. Sammen med den øvrige utviklingen vurderer jeg dette som en grunnleggende holdning som kritisk støttespiller. Denne markerer fortsatte i praksis gjennom de norske innleggene i helseforsamlingen 1993-1996, Oslo-rapportene, reduksjon av frivillige bidrag og ved konkrete forslag for kontraktinngåelse som var kjernen i korrupsjonssaken. I så måte var landet en pådriver for å forbedre de regjerende forholdene samtidig som man utviste reel skepsis. Samtidig var ikke Norge blind for en mer konfronterende fremgangsmåte med å støtte det afrikanske forslaget for å tvinge frem Nakajimas avgang.

Tilknyttet teorien om staters søken etter status som «good power» er det sentralt å spille på moralsk autoritet og bli oppfattet som gode og pålitelige partnere. Jeg vurderer at dette var fremtredende i den norske politikken. For det første som kritiker av ledelsen ved korrupsjonsavsløringene og kritiker i helseforsamlingene. For det andre var Norge en god støttespiller, eller partner til organisasjonen for øvrig ved å finansiere både Oslo-rapportene, overgangsteamet til Brundtland og fornyelsesfondet der landet viste evne til å tilby ressurser, hjelp og råd. Satsingen og påfølgende synlighet gjorde at landet kunne stå frem blant likemenn ved å innta en aktiv pådriverrolle som kritisk støttespiller. Norge kapitaliserte trolig på denne synligheten i ettertid i valgkampen til Brundtland. Landet kunne dermed videreføre sin agenda for å bedre organisasjonen samtidig som det ga Norge en sentral posisjon. Likevel kan det kun spekuleres i om dette var en bevisst satsing over tid, å etablere en rolle som kritisk støttespiller og en status som en «good power».

## **Reform og omstrukturering**

I denne delen av kapitlet vil jeg analysere Norges bidrag i utvalgte reformprosesser mellom 1990 og 2013. Først vil jeg redegjøre for generelle trekk ved WHO reform siden 1990 og norsk innsats for FN-reform generelt. I de påfølgende overskriftene vil jeg undersøke Norge som kritisk støttespiller gjennom Oslo-rapportene, reform av styrets rolle fra 1998 til 2003, FN-reformprosjektet «Delivering as One» og generaldirektørens reformagenda fra 2010.

Avslutningsvis vil jeg vurdere hvordan landet markerte seg som kritisk støttespiller og trekker tråder til teorien om småstaters søken etter status.

### **WHOs reformagenda og norsk FN-initiativ**

Reformer har blitt gjennomført i WHO siden etableringen i 1948. Forandringene har vært alt fra sammensetning og størrelse til styrende organer, reformer av finansielle systemer, omstrukturering av sekretariatet og omorganisering av de toårige arbeidsprogrammene.<sup>446</sup> Spørsmålet om reform og hvilke svakheter organisasjonen må imøtekomme har vært lite forandret siden 1990-tallet ifølge Jon Lidén.<sup>447</sup> Basert på artiklene fra *British Medical Journal* i 1994 konkluderes det med fem områder som var sentrale for reform: landkontorene, den regionale strukturen, de frivillige bidragene, helsedeterminantene tilknyttet økonomiske, sosiale og politiske forhold, og relasjoner til andre institusjoner på helseområdet.<sup>448</sup> Kanskje tydeligere summert av Alan Cassels et al. kan rammeverket for reformarbeidet kokes ned til «priorities, governance and management».<sup>449</sup> Dette stemmer godt med reformområdene som ble fremmet av generaldirektøren fra 2010.

Utgangspunktet for 1990-tallets reformer kan hevdes å være to sentrale resolusjoner fra helseforsamlingen i 1994: *Budgetary Reform* og *WHO Response to Global Change* (WGG). Førstnevnte var ment til å fremme et mer «brukervennlig» budsjett som blant annet var mer transparent og avklarer strategiske og finansielle prioriteringer som var vedtatt. Med denne vedtok også helseforsamlingen å opprette en budsjett og finanskomite som skulle assistere styret.<sup>450</sup> Sistnevnte er likevel det som blir trukket frem i forhold til reformer under Nakajima som generaldirektør. Arbeidsgruppen for WGG var nedsatt i 1992 og ved resolusjonen i 1994 ble reformprosessen etablert for å tilpasse organisasjonen globale politiske, sosiale og økonomiske forhold i samtiden.<sup>451,452</sup>

Med unntak av budsjettprosessen ble det likevel tydelig at de nødvendige reformene ikke ble iverksatt. Det er på denne bakgrunn man kan vurdere de norske initiativene i den påfølgende perioden. Som vist i det forrige delkapitlet uttrykte Norge en utbredt misnøye i helseforsamlingen med at få endringer av betydning ble vedtatt. Men på tross av en mer markert

---

<sup>446</sup> Lee & Pang 2014 s. 120.

<sup>447</sup> Lidén 2014 s. 142

<sup>448</sup> Lidén 2014 s. 142 f.

<sup>449</sup> Cassels et al 2014 s. 202.

<sup>450</sup> UD, 337. 63-2, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO: Amerikansk initiativ overfor DG Nakajima. 02.06.93. s. 7.

<sup>451</sup> Den uttalte hensikten var å møte utfordringene tilknyttet bla. Organisasjonens struktur og styrende organer, lederskap, mandat, prioriteringer, finans og administrasjon, koordinering med øvrige FN og andre aktører og teknisk ekspertise og kommunikasjon.

<sup>452</sup> World Health Organization 1993b.

reform-profil etter 1993 i WHO så var ikke dette nytt for Norge innenfor FN-systemet for øvrig. Et stigende antall FN organer var etablert uten at de finansielle ressursene fulgte etter, som et resultat vokste ineffektiviteten i organisasjonen. I denne konteksten hevdet Åge Eknes at de nordiske landene var de naturlige aktørene for å fremme reformkravet ettersom de generelt har unngått den overdrevne høfligheten i forhold til FN-systemet. Fremstøtet for den nordiske reformagendaen tok sted ved FN-reformprosjektet *The United Nations in Development* fra 1988-1991 som påpekte behov for mer gjennomsiktighet, lydhørhet og ansvarlighet på det økonomiske og sosiale området.<sup>453</sup> I denne perioden presenterte regjeringen også sin plan for reform gjennom *FN- på terskelen til et nytt århundre. Om reform av de forente nasjoner*.<sup>454</sup> Agendaen ble videreført med Oslo-rapportene i WHO 1993-1997, *Det nordiske FN-reformprosjektet 1996*, norsk initiativ til opprettelse og deltakelse i Utstein-gruppen fra 1999 og undersøkelser etter årtusenskiftet gjennom «Multilateral Organisations Performance Assessment Network» (MOPAN).<sup>455</sup> I sistnevnte ble det gjennomført eksplisitte vurderinger av WHO. Fra og med 1997 var det et offisielt mål for Norge å bidra til positive endringer som kunne hjelpe WHO med å ivareta sine funksjoner som verdens normgivende helseorganisasjon.<sup>456</sup>

### **Norsk reformagenda: Oslo-rapportene**

Bekymringene for mangel av implementering av de nødvendige reformene førte til en økning av eksterne undersøkelser av organisasjonen. Både donorer, internasjonale stiftelser, medisinske journalister og ansatte i WHO utenfor kontortid kom med forslag til forbedringer.<sup>457</sup> I den førstnevnte kategorien av aktører inngår de norsk-koordinerte vurderingene av WHO's bistandsvirksomhet. Initiativet ble uformelt kalt «The Oslo Group» og ble etablert i 1993 som et samarbeid mellom Norge, Australia og Storbritannia. Undersøkelsen ble begrunnet ut i fra at reformprosessen ikke gav resultater, og forslagene fra studien ble utviklet med tanke på å bidra til å rette opp i den negative utviklingen i WHO.<sup>458</sup> Norge vurderte at eksterne undersøkelser kunne fungere som press på ledelsen og fremme strategisk arbeid og klargjøring av prioriteringer.<sup>459</sup> Et hovedpoeng med den første rapporten (Oslo-I) var å belyse organisasjonens

---

<sup>453</sup> Eknes 1994 s. 99 f.

<sup>454</sup> St. meld. nr. 43 (1996-1997).

<sup>455</sup> St. meld. nr. 35 (2003-2004).

<sup>456</sup> Se blant annet St. prp. nr. 1 (1996-1997) s. St. prp. nr. 1 (1999-2000) s. 175.

<sup>457</sup> AAB, GHBA, F-L0009, Telefaks vedrørende WHO Reform. Avsender og mottaker ukjent. 26.06.97.

<sup>458</sup> St. prp. nr. 1 (1995-1996) s. 151.

<sup>459</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Ann-Karin Valle v/Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet, NORAD og Sosialdepartementet. Notater til Helseforsamlingen 1993. Dokumentene er fra perioden 18 mars til 19 april 1993. s. 3.

struktur og ledelses innvirkning på de operative aktivitetene og forskningsaktivitetene finansiert gjennom frivillige bidrag.<sup>460</sup> Slik den norske helseministeren understrekte ved fremleggelsen av Oslo-gruppens konklusjon i 1995 var:

*The main issue is not the effects of the extra-budgetary funds on the organization, it is rather the lack of authority and leadership exerted by the WHA, the Executive Board and the Director General over the whole organization, including the use, distribution and accountability for all funds, including extrabudgetary funds.*<sup>461</sup>

Rapporten fikk i det store og hele støtte av WHO og donorer og diskusjonene fortsatte uformelt i 1996 og 1997.<sup>462</sup> Oslo-I var dermed et sentralt norsk bidrag til reformdebatten tilknyttet de frivillige bidragene. Denne diskusjonen er fremdeles aktuell i dag og blir gjerne vurdert som kjernen av reformprosessen.<sup>463</sup> Som vist i kapittel 1 markerte Norge seg generelt på det økonomiske feltet som en stor bidragsyter som førte en politikk for å gjøre de frivillige bidragene mindre øremerket. Å bedre organisasjonens budsjett og styring var ett av de fem prioriterte områdene i den norske WHO strategien fra 2010 til 2013.<sup>464</sup>

Den andre fasen av «The Oslo Group» kan sees på bakgrunn av at Oslo-I anbefalte undersøkelser av WHO på landnivå. Oslo-II ble dermed initiert i 1996 og ble av Kelley Lee vurdert som en av de mest substansielle rapportene rundt WHO-reformene i samtiden.<sup>465,466</sup> Forskningsteamet søkte å analysere hvordan WHO tolket og oppfylte sin rolle og mandat tilknyttet individuelle land.<sup>467</sup> Konklusjonen fra studiet understrekte at WHO fungerte varierende på landnivå. Rapporten anbefalte blant annet «essential presence», at organisasjonen måtte forbedre sin evne til å analysere hva enkelte land trenger av ekstern støtte og derav skreddersy sin tilstedeværelse til landenes behov.<sup>468</sup> Konklusjonen samsvarte godt med resultatet fra *Det nordiske FN-reformprosjektet 1996* som foreslo reformer for å støtte integrert bistand og lokalt eierskap til støtten i det enkelte land.<sup>469,470</sup>

---

<sup>460</sup> St. prp. nr. 1 (1995-1996) s. 151.

<sup>461</sup> UD, 337.63-3, Telefaks fra Per Wium til Ann-Karin Valle. Rapport fra Helseforsamlingen 1995. 30.06.95. s. 11.

<sup>462</sup> Lee 2009 s. 102.

<sup>463</sup> van de Pas & van Schaik 2013 s. 197.

<sup>464</sup> Helse- og Omsorgsdepartementet & Utenriksdepartementet 2010. s. 27.

<sup>465</sup> Lee 2009 s. 103.

<sup>466</sup> Undersøkelsen ble denne gangen utført av Norge, Australia, Storbritannia, Italia, Canada og Sverige.

<sup>467</sup> Lucas, A. O., et al. 1997.

<sup>468</sup> Lucas, A. O., et al. 1997.

<sup>469</sup> Utenriksdepartementet 1997.

<sup>470</sup> En del av konklusjonene var også nødvendigheten av samarbeid med andre organisasjoner og FN for øvrig. Dette har vært norsk standpunkt siden begynnelsen av 1990.



Oslo-II ble formelt overlevert til WHO i oktober 1997 og sekretariatet organiserte på eget initiativ et seminar om studiet i november samme år. I den norske rapporten fra seminaret ble det hevdet at det var godt oppmøte av både WHO-personell og faste delegasjoner i Genève. Studien ble ifølge den norske delegasjonen godt mottatt og ingen trakk i tvil dens relevans eller gyldigheten av funnene.<sup>471</sup>

Allerede i styremøtet i januar 1998 ble WHO's landkontor tatt opp til drøfting. Sekretariatets egen rapport om arbeidet på landnivå samsvarte godt med Oslo-II ifølge den norske delegasjonen.<sup>472</sup> Kelley Lee som arbeidet med WHO reform hevder at temaet ble tatt opp som en konsekvens av Oslo-gruppen.<sup>473</sup> Det umiddelbare resultatet var resolusjonen i styremøtet og helseforsamlingen som vedtok nye og mer objektive fordelingskriterier for økonomiske midler globalt, regionalt og på landnivå.<sup>474</sup> Med utgangspunkt i Oslo-II ble det også nedsatt en arbeidsgruppe for å se på samarbeidet med land i 1998.<sup>475</sup> I 1999 ble det første «global meeting of WHO representatives» avholdt og arbeidet med utviklingsland var fokuset for møtet om helse og utvikling i London.<sup>476</sup> I løpet av de neste årene iverksatte WHO «Country Cooperation Strategies» (CCS) og «Country Focus Initiative» (CFI).<sup>477,478</sup>

Spørsmålet om WHO's rolle på landnivå var ikke en ny debatt.<sup>479</sup> Men fokuset og innsatsen tok til internt i WHO rundt årtusenskiftet. Dette kan trolig sees på bakgrunn av rapporten i seg selv, andre aktørers bidrag til diskusjonen og fokuset på reform i FN-systemet. Ved en reformvennlig nordmann som generaldirektør ble det vist en kontinuitet i den norske holdningen og forholdene lå til rette for en nysatsing. Ved at Norge også hadde styremedlem fra 1998 til 2000 var det mulig for landet å utøve mer innflytelse enn ellers. I utkastet til norsk strategiplan for styreperioden skulle Norge følge opp Oslo-rapportene og «bistå i å få reformprosessen til å gå på skinner».<sup>480</sup> Landet skulle mobilisere de nordiske landene, skape

---

<sup>471</sup> UD, 337.63, Telefaks WHO-sekretariatet fra FN-seksjonen. WHO landnivå. Oppfølging av studien og relevans for WHO's 101. Styremøte. 12.01.98.

<sup>472</sup> UD, 337.63, Telefaks fra Statens Helsetilsynet v/ avdelingsdirektør Berit Olsen. Rapport fra WHO-Styrets 101. Samling Genève 19-26. Januar 1998. 03.03.98. s. 3.

<sup>473</sup> Lee 2009 s. 35.

<sup>474</sup> UD, 337.63, Undertegnet Sosial- og helsedepartementet, utsteder Anne-Sofie T. Oraug. Rapporteringsskjema for utenlandsreiser. Helseforsamlingen 1998. 29.6.98. s. 6.

<sup>475</sup> Working Group on Partnerships with Countries

<sup>476</sup> UD, 337.63, Notat til Avdeling for FN og internasjonale finansinstitusjoner fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 24.-29.1.00. Instruks for den norske delegasjonen. 21.01.00. s. 5.

<sup>477</sup> CCS er landsspesifikke rammeverk for 3-5 års perioder for WHO samarbeid i og med det aktuelle landet. Den legger til grunn både hva og hvordan organisasjonen skal utføre sitt arbeid. CFI er ment til å øke og forsterke organisasjonens respons til landenes behov. Sistnevnte blir i dag vurdert som viktig for WHO reform.

<sup>478</sup> Lee 2009 s. 35f.

<sup>479</sup> Lee 2009 s. 18 ff.

<sup>480</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Utkast til strategiplan for det norske styremedlemskapet i WHO 1998-200. 10.05.98. s. 2.

allianser med andre styremedlemmer og benytte alle muligheter for å komme i samtale med styremedlemmer på egne reiser eller når de var i Norge for å fremme reformagendaen.<sup>481</sup>

Samlet sett har Oslo-rapportene konsolidert og lagt noe av grunnlaget for den norske WHO politikken i perioden. På den ene siden kan det hevdes at det forberedte grunnlaget for Brundtland og hennes reformer. På den andre siden ble rapportene sentrale i den norske WHO-strategien for styreperioden 1998-2000. Utfordringene med de økonomiske bidragene og på landnivå refereres også til i den norske WHO strategien 2010-2013.<sup>482</sup> Videre øremerket Norge midler til fokuset på landnivå i programsamarbeidsavtalene mellom 2003 og 2009.<sup>483</sup> I sin helhet markert Norge seg som en pådrivere med disse initiativene og tjente trolig til å profilere landet som reformvennlig. I det henseende kan det stilles spørsmål ved om disse rapporten sammen med den øvrige norske satsingen for reform førte til at daværende statsminister Jens Stoltenberg ble en av lederne for FN-prosjektet «Delivery as One».

### **Reform av styret**

Med valget av Brundtland til generaldirektør ble den pågående reformprosessen i organisasjonen intensivert. I talen til helseforsamlingen i 1998 var slagordet «WHO is one». Det skulle være et samlet budsjett, en samlet struktur, samlet prioriteringer og opptre med samlet stemme.<sup>484</sup> Ved den samme helseforsamlingen hadde det også blitt vedtatt en nytolkning av konstitusjonens paragraf vedrørende styremedlemmenes status. Forslaget var fremmet av Finland og blant annet støttet av Norge. Fra nå av skulle deltakerne ikke møte i personlig egenskap, men være representanter for hjemlandet. I forbindelse med den øvrige konteksten ønsket Norge en mer «dristig forandring» i henhold til styrets rolle og funksjon. Siden begynnelsen av året hadde styreformannen sirkulert ti forslag til hvordan organets arbeidsformer kunne effektiviseres. I oktober 1998 ble diskusjonen ført videre da generaldirektøren organisert en uformell samling for å føre diskusjonen fremover. Men forslagene gikk ikke langt nok etter norsk mening. Tiden var moden for forandring.<sup>485</sup>

Den norske innstillingen kan trolig sees på bakgrunn av at Norge selv hadde et styremedlem i perioden. Muligheten til å påvirke var større enn vanlig. Videre hadde landet et ønske om å ta opp hvordan styret som mellomstatlig organ kunne få en mer aktiv rolle og bidra

---

<sup>481</sup> Riksarkivet, SHD, 2070, Utkast til strategiplan for det norske styremedlemskapet i WHO 1998-200. 10.05.98. s. 2.

<sup>482</sup> Helse- og Omsorgsdepartementet & Utenriksdepartementet 2010. s. 22 ff.

<sup>483</sup> Se for eksempel: UD, 2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009.

<sup>484</sup> World Health Organization 1998 s. 3.

<sup>485</sup> UD, 337.63, Telefaks til Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektør Alvik og Helsetilsynet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO styrets uformelle samling 16.-18 oktober 1998. Styrets arbeidsformer og styrelederens tanker om fremtiden. 12.10.98. s. 2f.

mer systematisk kommunikasjon mellom sekretariatet og medlemslandene. I det henseende ble det sirkulert et norsk «non-paper» i uformelle kontakter med andre delegasjoner.<sup>486</sup> Et av de forslagene Norge fremmet var et ekstra styremøtet på høsten for å bla. sikre organet en mer aktiv og konstruktiv rolle i reformprosessen.<sup>487</sup> Imidlertid la ikke styreformannen opp til en diskusjon av temaet under styremøtet i 1999 og det ble kun foreslått mindre reformer. Norge vurderte det som at endringene i realiteten ville ha liten betydning.<sup>488</sup> Da styrereform igjen skulle diskuteres i 2000 understrekte den norske delegasjonen at «styret neppe er rede til radikale reformforslag ..».<sup>489</sup> Samme året var Norges periode i organet over, men Sverige ble ventet å få inn sitt styremedlem og det var meldt interesse for å arbeide videre med styrereform.<sup>490</sup>

Reform av styret kom igjen på dagsorden etter forslag fra Pakistan i 2001. Den videre prosessen var preget av den åpne arbeidsgruppen som var nedsatt samme år. Den hadde til hensikt å foreslå reformer for å sikre at styret arbeidet målrettet, effektivt og transparent. Norge uttrykte støtte til arbeidet i styrende organer, levert innspill sammen med andre land og deltok selv i arbeidsgruppen.<sup>491</sup> Blant annet prøvde Norge igjen å fremme forslaget om et tredje styremøte på høsten uten å få gjennomslag.<sup>492</sup> Den norske delegasjonen rapporterte at det var harde forhandlinger i arbeidsgruppen og at Pakistan truet med å legge frem eget resolusjonsutkast med likesinnede land hvis det ikke ble enighet i 2003.<sup>493</sup> I «Western European and Other Groups» (WEOG/Vestgruppen) var det et ønske om å utarbeide reformforslag i tillegg til det som var fremmet av Pakistan og dets likesinnede land. Blant enkelte WEOG deltakere var det en frykt for at forslagene til den andre blokken ville svekke styret og generaldirektøren til fordel for helseforsamlingen.<sup>494</sup> I WEOG var det Norges tur til å innta

---

<sup>486</sup> UD, 337.63, Notat til Avdeling for FN og internasjonale finansinstitusjoner fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 24.-29.1.00. Instruks for den norske delegasjonen. 21.01.00. s. 12.

<sup>487</sup> Et alternativt forslag fra Norge var å slutte opp om styreformannens forslag for en Standing Committee. Forskjellen var at det skulle være like mange deltakere som det var styremedlemmer. Men dette førte ikke frem og forslaget landet på at komiteen skulle bestå av syv personer.

<sup>488</sup> UD, 337.63, Notat til Avdeling for FN og internasjonale finansinstitusjoner fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 24.-29.1.00. Instruks for den norske delegasjonen. 21.01.00. s. 12.

<sup>489</sup> UD, 337.63, Notat til Avdeling for FN og internasjonale finansinstitusjoner fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 24.-29.1.00. Instruks for den norske delegasjonen. 21.01.00.s. 13.

<sup>490</sup> UD, 337.63, Notat til Avdeling for FN og internasjonale finansinstitusjoner fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 24.-29.1.00. Instruks for den norske delegasjonen. 21.01.00.s. 13.

<sup>491</sup> UD, 337.63, Verdens 55. helseforsamling, Genève 13.-18. mai 2002, Instruks til den norske delegasjonen. Utsteder, mottaker og dato ukjent. s. 9.

<sup>492</sup> UD, 337. 63, E-post til Utenriksdepartementet, Helsedepartementet v/internasjonale seksjon. WHO. Reform av styret. Møtereferat fra WEOG 04.03.2002. 05.03.02. s. 2.

<sup>493</sup> UD, 337.63, E-post til FN-seksjonen i UD fra Ottar Christiansen. Oppsummering fra møtet i arbeidsgruppen om gjennomgangen av styrets arbeidsmetoder 12.-14 august 2002. 16.08.02. s. 3.

<sup>494</sup> UD, 337. 63, E-post fra Ottar Christiansen til Utenriksdepartementet og Helsedepartementet. WHO. Reform av styret. Møtereferat fra WEOG 06.02.2002. 07.02.02. s.2

ledervervet og landet holdt morgenmøter og samordnet deltakernes synspunkter og posisjoner til forhandlingene.<sup>495</sup>

I 2003 ble anbefalingene fra arbeidsgruppen presentert og vedtatt i styremøtet i mai. Det var ingen dokumenter i arkivet fra arbeidet i gruppen eller rapporter som sier hvor fornøyd Norge var med utfallet av denne prosessen. Likevel illustrerer den norske innsatsen at landet aktivt sluttet opp om en forandringene og tok initiativ i utviklingen selv om ikke disse alltid førte frem. Men hvis jeg sammenligner utkastet til det norske «non-paper» og instruks fra 1999 med arbeidsgruppens anbefalinger i 2003 var likevel noen av de norske synspunktene til en viss grad ivaretatt. I det førstnevnte dokumentet ble det foreslått at aktører som ikke er medlemmer av styret likevel kan delta i møtene, dog uten stemmerett.<sup>496</sup> Hensikten var å gjøre arbeidet mer transparent, og innvendingen ble ivaretatt i den endelige rapporten.<sup>497,498</sup> Likeledes var det norsk instruks i 1999 å ikke støtte «informal retreats» som en vanlig praksis for styret. Argumentet var at dette verken styrket organets styringsfunksjon eller bidro til mer åpenhet i arbeidet.<sup>499</sup> I arbeidsgruppens anbefalinger kommer det frem at flere land var uenige og at man dermed ikke kunne enes om en resolusjon i spørsmålet om slike møter.<sup>500</sup> Norge og andre likesinnede land i saken forhindret dermed en dreining i uønsket retning.

### **«Delivering as One»**

I Gro Harlem Brundtlands generaldirektørperiode ble det foretatt utstrakte reformer i organisasjonen. Målet var å etablere en flatere struktur, bedre kommunikasjon og mer åpenhet. WHO's programmer ble rasjonalisert i større avdelinger i form av «clusters». Hun søkte en «corporate culture» med mindre byråkrati og resultatbasert styring. Men slik Kelley Lee understrekte ble det tydelig at hennes reformer av hovedkvarteret i Genève kun var første steget. Som tidligere nevnt hadde både regionene og landkontorene hadde utstrakte problemer.<sup>501</sup>

Helseorganisasjonens reformprosess og den norske politikken kan sees i sammenheng med den øvrige agendaen i FN i perioden. Ved Paris erklæringen og Generalsekretær Kofi

---

<sup>495</sup> UD, 337.63, E-post til FN-seksjonen i UD fra Ottar Christiansen. Oppsummering fra møtet i arbeidsgruppen om gjennomgangen av styrets arbeidsmetoder 12.-14 august 2002. 16.08.02. SCAN122 s. 3.

<sup>496</sup> UD, 337.63, Telefaks til Sosial- og Helsedepartementet, Utenriksdepartementet og Helsedirektør Alvik fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO. Styrets 103 samling, DOP 4. Styrets rolle. Revidert foreløpig forslag til Non-paper.

<sup>497</sup> Dette var også et punkt Pakistan hadde etterspurt i helseforsamlingen.

<sup>498</sup> World Health Organization 2003 s. 10.

<sup>499</sup> UD, 337.63, Notat til Global avdeling fra FN-seksjonen. Styremøte i WHO 25.1.-3.2.99. Forslag til instruks for den norske delegasjonen. 19.01.99. s. 4.

<sup>500</sup> World Health Organization 2003 s. 2.

<sup>501</sup> Lee 2009 s. 105 ff.

Annans rapport til høynivåpanelet i 2005 var det presedens for reformer for økt sammenheng i FN-systemet og forbedret koordineringsmekanismer på landnivå.<sup>502</sup> Som vist i de foregående delkapitlene var ikke dette en ny problemstilling i den norske utenrikspolitikken. Gjennom Oslo-II og det nordiske reformprosjektet i 1996 hadde landet markert seg som en pådriver. Dette er kanskje også årsaken til at daværende statsminister Jens Stoltenberg ble oppnevnt som en av lederne for høynivåpanelet som hadde som formål å styrke FNs utviklingsvirksomhet. I 2006 ble rapporten «Delivering as One» (Stoltenberg-rapporten) presentert. Dokumentet kom med forslag for Ett FN: en leder, ett program, ett budsjett og ett kontor. Agendaen virker slående lik Brundtland sin tale for «One WHO» i 1998. I 2007 ble det iverksatt pilotprosjekt i åtte land basert på Stoltenberg-rapporten.<sup>503</sup>

Allerede før Stoltenberg-rapporten ble det vurdert som viktig å synliggjøre at Norge fulgte reformprosessen i WHO.<sup>504</sup> Instruksjonen var å gi ros for det som var oppnådd men samtidig påpeke svak rapportering og ønsket om tidsplaner og konkrete mål. Etter lanseringen av «Delivering as One» skulle Norge gi tydelige signaler om forventninger til aktiv deltakelse fra WHO i pilotene. Ved at Norge allerede hadde en tydelig profil i prosessen i FN ved Stoltenberg var det trolig viktig å gå frem som pådriver i arbeidet. I en samtale med daværende generaldirektør Margaret Chan forsikret hun Norge om at organisasjonen ville følge opp anbefalingene. Gjennom flere kontakter vurderte landet at det var god grunn til å tro at den nye ledelsen ville drive deltakelsen i FN-reformarbeidet med en mer positiv holdning en tidligere fungerende generaldirektør Anders Nordström. Etter styremøtet i 2007 foretok WHO en intern prioritering av punktene på FNs reformagenda. Norge var tilsynelatende fornøyd, men ønsket en avpolitisering av reformarbeidet slik at det ikke krevde eksplisitte vedtak i helseforsamlingen for at organisasjonen skulle delta i de ulike reformsporene.<sup>505</sup> Dette var trolig for å unnsnippe unødvendige forhandlinger i de styrende organene.

Mellom 2005 og 2009 holdt Norge innlegg eller sluttet seg opp om andre lands innspill for «Delivering as One» i organisasjonens styrende organer. Som det fremgår av instruksjonen til styremøtet i 2008 anså Norge seg selv som en pådriver for FN-reform og vurderte det som landets interesse at det ble holdt et høyt tempo og engasjement i prosessen. I så måte kan innsatsen i WHO vurderes som videreføring av generell FN-politikk i perioden. Norge ønsket blant annet at resolusjoner som ble vedtatt i generalforsamlingen i FN også ble gjeldende for

---

<sup>502</sup> HOD, 2005, Instruks til Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005. s. 16.

<sup>503</sup> Se: [http://www.fn.no/FN-informasjon/FN-reform/node\\_17289](http://www.fn.no/FN-informasjon/FN-reform/node_17289) (04.02.2016).

<sup>504</sup> HOD, 2006, Instruks til WHO's 59. helseforsamling, Genève 22.-27. mai 2006. s. 18.

<sup>505</sup> HOD, 2007, Instruks til WHO's 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23. mai 2007. s. 35.

WHO. Det ble dermed anbefalt at Norge støttet opp eller initierte arbeidet med en oppfølgingsresolusjon.<sup>506</sup> Men som det fremgår av rapportene fra styremøtet var det få innlegg og lite engasjement i WHO.<sup>507</sup> På tross av enkeltes land skepsis mot reformprosessen viste organisasjonen likevel samarbeidsvilje til å følge opp arbeidet på hovedkvarter- og landnivå.<sup>508</sup>

Det norske initiativet for å markere seg i reformprosessen var også tydelig med et felles innlegg i helseforsamlingen i 2008. Landet gikk sammen med to donorland (Storbritannia og Nederland) og tre mottakerland (Malawi, Mozambique og Tanzania) for å følge opp gjennomføringen av «Delivering as One». Felles innlegget var initiert av Norge og et resultat av at en delegasjon fra donorlandene besøkte de tre afrikanske landene i forbindelse med reform-prosjektet. I følge den norske delegasjonen var det første gang et slikt innlegg ble holdt og det ble fremmet seks anbefalinger for å styrke gjennomføringen av «Delivering as One». Som det utgår fra rapporten var det meningen å fremføre innlegget på vegne av de seks landene også i andre styrende organer og organisasjoner i fremtiden.<sup>509</sup>

### **Ny reformprosess**

Den nåværende reformprosessen i WHO har røtter i budsjettdiskusjonen fra 2009. Debatten hadde to kjerner; 1) sammenhengen mellom organisasjonens prioriteringer og tilgjengelige økonomiske ressurser, og 2) forutsigbarhet og stabilitet i finansiering for å fremme bedre planlegging og styring. Med dette som startpunkt arrangerte generaldirektøren et uformelt møte i januar 2010 vedrørende organisasjonens «kjernefunksjoner». Spørsmålet under diskusjon var hva organisasjonens oppdrag skulle være i et skiftende globalt helselandskap. Målet med samlingen var å klarlegge utfordringer, anerkjenne at det var forskjellige meninger og kartlegge veien videre for å føre debatten inn i de styrende organene. Møtet resulterte i nye spørsmål og lokaliserte utfordringer for organisasjonen.<sup>510</sup>

Slik som den norske delegasjonen bemerket var dette begynnelsen på en ny strategisk dialog.<sup>511</sup> Norge vurderte saken som en viktig prøve for reformvilje i organisasjonen og bidro med skriftlige innspill til rapporten fra januarmøtet.<sup>512</sup> Generelt understrekte Norge; 1) viktigheten av prosessen som var iverksatt og at den kunne fungere som en veiviser for andre

---

<sup>506</sup> HOD, 2008, Instruks til WHO 122. styremøte (EB122). Genève 21.-26. januar 2008.s.23.

<sup>507</sup> HOD, 2008, Utkast til rapport fra WHO 122. styremøte (EB122). Genève 21.-26. januar 2008. s. 15.

<sup>508</sup> HOD, 2008, Instruks til WHO 61. helseforsamling (WHA61), Genève 19.-23. mai 2008. s. 36 f.

<sup>509</sup> HOD, 2008, Rapport fra Verdens helseforsamling 61 (WHA61) og punktreferat bilaterale møter, Genève 19.-23 mai 2008.s. 17 f.

<sup>510</sup> World Health Organization 2010 s. 1 f.

<sup>511</sup> HOD, 2010, Instruks til WHO 63. helseforsamling (WHA63) og Executive Board (EB127), Genève, 16.-22 mai 2010. s. 52.

<sup>512</sup> HOD, 2011, Norsk instruks til WHO 128 styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 38.

organisasjoner, 2) at det var et reelt behov for konkrete prioriteringer i WHO, og 3) et ønske om å knytte den nye dialogen til diskusjonen om WHO's rolle internasjonalt og FN-reformprosjektet «Delivering as One».<sup>513</sup> Mer spesielt ble det kommentert og stilt spørsmål ved WHO's kjerneområder<sup>514</sup> og det ble foreslått å etablere en kommisjon som til slutt skulle føre saken videre i de styrende organene.<sup>515</sup> Norge gikk dermed inn i drøftelsene i en tidlig fase. På grunn av norsk styremedlemskap fra 2010 var Norge i en god posisjon for aktiv deltakelse i den påfølgende prosessen.

Da reformagendaen ble tatt opp til diskusjon i styremøtet i 2011 ble saken vurdert som en av de viktigste for Norge og landet ønsket å følge tett med og bidra aktivt.<sup>516</sup> Norsk instruksjonen var å vise støtte til generaldirektørens reformbestrebelse og signalisere vilje til fortsatt aktiv deltakelse i prosessen.<sup>517</sup> Dette ble fulgt opp i det norske innlegget under sesjonen og Norge fremhevet var bla. resultatbasert styring, budsjettering og evaluering.<sup>518,519</sup> Satsingen ble videreført i bilateralt møte med generaldirektøren, under helseforsamlingen<sup>520</sup> og den påfølgende konsultative prosessen om WHO reform. Sistnevnte innebar spesielt sirkuleringen av tre (senere fire) «concept papers» som skulle presenteres ved styrets spesialsesjon i november 2011.<sup>521,522</sup> Medlemslandene kunne primært bidra til reformforslagene gjennom en web-basert konsultasjon<sup>523</sup> og 1. juli tok den første diskusjonen sted om konseptpapirene. Uten at jeg har dokumenter fra dette møtet kommer det frem av e-poster mellom delegasjonen i Genève og forvaltningen i Norge at landet hadde planer om å komme med muntlige innspill i tillegg til skriftlig bidrag i den web-baserte konsultasjonen.<sup>524</sup> Slik landet bemerket i september

---

<sup>513</sup> Se: [http://www.who.int/dg/future\\_financing/norway\\_20100723.pdf](http://www.who.int/dg/future_financing/norway_20100723.pdf)

<sup>514</sup> Områdene som Norge diskuterte: organisasjonens normative og tekniske rolle, som koordinerende aktør på helsearenaen, deltaker og administrator i partnerskap, rolle på landnivå, organisasjonens interne styresett og ansvarliggjøring og finansiering.

<sup>515</sup> Se: [http://www.who.int/dg/future\\_financing/norway\\_20100723.pdf](http://www.who.int/dg/future_financing/norway_20100723.pdf)

<sup>516</sup> Reformområdene som ble presentert av generaldirektøren var seks grupperinger: «global health governance, programme priorities, resultbased planning, budgeting and evaluation, organizational design, human resources policy and practice» og «mobilizing and allocating resources».

<sup>517</sup> HOD, 2011, Norsk instruks til WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 39 f.

<sup>518</sup> HOD, 2011, Norsk rapport fra WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 50.

<sup>519</sup> Andre poenger som ble fremhevet i talepunktet, men som fikk mindre plass, var vektleggingen av arbeidet på landnivå, fokus på lederskap og personale, og menneskerettighet- og kjønnsperspektiv.

<sup>520</sup> HOD, 2011, Norsk rapport fra WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 34.

<sup>521</sup> Konseptpapirene omhandlet uavhengig evalueringer av WHO, «governance» (styresett) og etablering av et «World Health Forum». Det siste konseptpapiret kom på høsten og omfattet «management».

<sup>522</sup> World Health Organization 2011.

<sup>523</sup> World Health Organization 2011.

<sup>524</sup> UD, 2011/12011, E-post fra Jakhelln til Lindgren. WHO reform - concept papers. Kommentarer til møtet 01.07.2011.

var det viktig at de norske kommentarene til web-høring ble sendt så raskt som mulig. På denne måten ville de sikre at bidraget utgjorde en del av premissgrunnlaget i reformprosessen.<sup>525</sup>

I løpet av høstmånedene deltok landet i uformelle møter tilknyttet reformprosessen. Blant annet den tverrregionale samlingen om WHO reform ledet av Zimbabwe og Monaco 6. september<sup>526</sup> og uformelle samtaler under regionalmøtet for Europa i Baku 12. september.<sup>527</sup> Tilknyttet reformdiskusjonene i Baku ble det fra norsk side vurdert som hensiktsmessig å bygge allianser i den påfølgende prosessen rundt hovedprioriteringene for å sikre mest mulig gjennomslag.<sup>528</sup> Det er trolig på bakgrunn av dette Norge planla bilaterale møter med flere land under FNs generalforsamling for å utveksle synspunkter vedrørende reformpakken i WHO som var under diskusjon. På denne måten kunne Norge kartlegge hvorvidt andre land delte de samme oppfatningene i reformspørsmålet og dermed potensielt etablere samarbeidsland forut for spesialsesjonen.<sup>529,530</sup>

Etter spesialsesjonen i november kunne reformpakken sorteres i forslag knyttet til styresett, administrasjon/forvaltning og bedre prioritering.<sup>531</sup> Under styremøtet i januar 2012 holdt Norge innlegg under de tre reformpunktene og kom med egne forslag.<sup>532</sup> I sin helhet støttet Norge konklusjonene om å gi styret en mer strategisk rolle slik det var enighet om under spesialsesjonen.<sup>533</sup> Det som ble prioritert fra norsk side var vedtaket om en ny finansieringsmodell for organisasjonen.<sup>534</sup> Norge vurderte seg også som en av pådriverne og understrekte at dette ble kommunisert i spesialsesjonen. Det norske hovedargumentet for

---

<sup>525</sup> HOD, 2011/01869, E-post fra norske delegasjonen til HOD. Orientering av GD Chan for geneverepresentantene under RC61 i Baku 12.09.11

<sup>526</sup> HOD, 2011/03182, E-post fra Norges faste delegasjon til FN i Genève, Uformelt diskusjonsmøte 6. september. 08.09.11.

<sup>527</sup> HOD, 2011/01869, E-post fra norske delegasjonen til HOD. Orientering av GD Chan for geneverepresentantene under RC61 i Baku 12.09.11. 14.09.11.

<sup>528</sup> HOD, 2011/01869, E-post fra norske delegasjonen til HOD. Orientering av GD Chan for geneverepresentantene under RC61 i Baku 12.09.11

<sup>529</sup> De punktene som ble fremhevet som eksempler på norske synspunkter: 1) Finansieringsmodell som bidrar til et bedre samsvar mellom prioriterte oppgaver og finansiering, herunder system for hvordan man kan bli enige om hva som er prioriterte oppgaver for WHO, 2) endringer som bidrar til at WHO's styrende organer kan arbeide mer effektivt, 3) bedre og mer effektiv arbeidsdeling mellom de tre ulike nivåene i organisasjonen, slik at de ikke konkurrerer meg hverandre.

<sup>530</sup> Hdir, 2011/4356, Forslag talepunkter. WHO Reform. Bilaterale møter 19.-20. sept 2011 New York.

<sup>531</sup> Jeg har ingen direkte rapporter fra spesialsesjonen og kan dermed ikke redegjøre for alle diskusjonene som tok sted under spesialsesjonen.

<sup>532</sup> For eksempel forsøkte Norge å få igjennom å opprette et nytt tredje styremøte. Som vist tidligere i oppgaven var dette noe landet forsøkte å fremme ved årtusenskiftet. Også denne gangen ble det avvist.

<sup>533</sup> HOD, 2012, Norsk Instruks til WHO's 130. styremøte (EB130) Genève 16.-23 januar 2012. s. 7.

<sup>534</sup> Det bearbejdede forslaget om ny finansieringsmodell skulle sikre full finansiell dekning fra donorer og bidra til mer forutsigbar finansiering. Dette skulle gjøre det lettere å skape samsvar mellom finansiering og prioritering. Modellen har tre faser: «priority setting and planning; financing and resource mobilization; and monitoring and reporting». Tidligere var budsjettet kun en finansieringsplan med fast inndekning på rundt 20% basert på organisasjonens medlemskontingent.



forandringene var at det skulle sikre et bedre samsvar mellom prioriterte oppgaver og finansiering og bidra til økt åpenhet og transparens.<sup>535</sup> Utfordringene med lite forutsigbare midler har jeg allerede vist til i kapittel 1. Men Norge var nå bekymret for at fokuset på forutsigbar finansiering ville gå ut over vektleggingen av fleksible midler. I utvidelsen av diskusjonen om finansieringsmodell var det også et norsk prinsipp at de nye endringene ikke måtte gå ut over WHO som en demokratisk styrt organisasjon. Spesielt med hensyn til at de store giverne ikke fikk mer makt.<sup>536</sup> Norge som selv var en av de største bidragsyterne forfektet dermed et moralsk standpunkt på tross av at landet selv var en av WHO's største donorland.

Diskusjonen ble videreført i et ekstraordinært møte i desember 2012 i Program-, budsjett- og administrasjonskomiteen (PBAC). Den norske delegasjonen rapporterte at desembersamlingen utgjorde et positivt skifte fra tidligere reformdebatter om finansieringsmodellen.<sup>537</sup> Under helseforsamlingen i mai hadde delegasjonen bemerket at få sentrale forslag var videreutviklet<sup>538</sup> og hevdet at «selv reformdebatten var lite fruktbar og bar tydelig preg av dårlig møteledelse».<sup>539</sup> Forholdene var dermed forandret under møtet i PBAC der fem forslag ble diskutert for å styrke finansieringsdialogen. Norge bidro med innspill under flere av samtaleemnene. I diskusjonen om finansieringsdialogen var landet den første på talerlisten og ble støttet og sitert på innlegget av flere land.<sup>540</sup> På tross av at det var uenigheter om resultatet under styremøtet i januar 2013 var Norge likevel fornøyd med utfallet ettersom det var i tråd med de norske prioriteringene.<sup>541</sup> Da reformpakken kom til behandling under helseforsamlingen gikk det over alle forventninger ifølge den norske rapporten. Debatten bar preg av diskusjonene under det ekstraordinære møtet i PBAC og hele fem resolusjoner ble vedtatt. Norge holdt innlegg med vekt på programbudsjettet og finansieringsdialogen, og sluttet seg til et svensk innlegg om implementeringsplan for reformen.<sup>542</sup> I arbeidet fremover ble det vurdert som sentralt fra norsk side at finansieringsdialogen oppfylte sitt formål og landet ville delta aktivt i kommende møter om temaet.<sup>543</sup>

---

<sup>535</sup> HOD, 2012, Norsk Instruks til WHO's 130. styremøte (EB130) Genève 16.-23 januar 2012. s. 9 f.

<sup>536</sup> HOD, 2012, Norsk Instruks til WHO's 130. styremøte (EB130) Genève 16.-23 januar 2012. s. 9 ff.

<sup>537</sup> HOD, 2013, Tillegg til instruks for Norges delegasjon til Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28 mai 2013. S. 6 ff.

<sup>538</sup> Viktigste sakene til beslutning: 1) fem nye kategorier og prioritetssetting og utkast til generell arbeidsplan, 2) forslag til endring av møtesyklus for styrende organer, 3) videreutvikling av finansieringsdialog. Andre saker: bedre resultatbasert styring, tiltak for å bedre samordning mellom de tre organisasjonsnivåene og mer strategisk beslutninger i styrende organer.

<sup>539</sup> HOD, 2012, Rapport fra Verdens helseforsamling 65. Genève, 21.-26 mai 2012. s. 4 f.

<sup>540</sup> HOD, 2013, Tillegg til instruks for Norges delegasjon til Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28 mai 2013. S. 6 ff.

<sup>541</sup> HOD, 2013, Rapport fra WHO's 132. styremøte Genève, 21.-29. januar 2013. s.8 ff.

<sup>542</sup> HOD, 2013, Kortrapport fra Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28. mai 2013. s. 4 f.

<sup>543</sup> HOD, 2013, Kortrapport fra Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28. mai 2013. s. 9 f.

### **Delkonklusjon: Norge som deltaker og støttespiller for organisatorisk reform**

Reform er per definisjon et ønske om å forbedre noe. Tilknyttet begrepet om kritisk støttespiller vurderer jeg dermed Norges rolle i reformprosesser som sentral. Som vist i den foregående teksten utviklet landet en klar posisjon for reform gjennom blant annet stortingsmeldingen *FN-på terskelen til et nytt århundre. Om reform av de forente nasjoner* og diverse prosjekter og rapporter tiårene rundt årtusenskiftet. Tilknyttet WHO spesielt var Oslo-rapportene fra midten av 1990-tallet. Disse var i seg selv et uttrykk for bekymring av mangel på implementering av nødvendige reformer. Både oppmerksomheten, mottakelsen og det eventuelle resultatet fører til at de kan vurderes som sentrale norske bidrag til reform-diskusjonen. Tilknyttet teorien om småstaters statussøken viste Norge seg som en god og pålitelig partner til organisasjonen der landet bidro med ressurser og råd. Målet med de eksterne undersøkelsene var fra norsk side å legge press på ledelsen og fremme strategisk arbeid og klargjøring av prioriteringer. For Norge var det dermed ingen uttalte egeninteresse med agendaen annet enn et ønske om å forbedre organisasjonen. Denne profilen i saken kunne trolig gi status i seg selv som en «good power». Ved å finansiere undersøkelsene var Norge som sådan en pådriver for reform og kunne profileres som reformvennlig. Oslo-rapportene etablerte noe av grunnlaget for den norske politikken og bidro til å forme rollen som en kritisk støttespiller og «good power».

Dette var også tendensen i prosessen for reform av styret som begynte i 1998. Ettersom Norge hadde styremedlemskap kunne landet spille en aktiv rolle og markere seg i saken. Den norske holdningen var at styret burde ha en sterkere rolle enn forslagene som sirkulerte i samtiden. I 1999 tok Norge initiativ til diskusjon og sirkulerte egne forslag. Men slik som den norske delegasjonen hadde bemerket var ikke styret klar for radikale reformer og kun små endringer ble vedtatt. I den videre prosessen deltok Norge både i arbeidsgruppen fra 2001 og uformelle drøftelser i WEOG der landet hadde ledervervet. I sin helhet vil jeg karakterisere Norge som en pådriver og landet var synlig selv om man ikke nødvendigvis fikk gjennomslag for alt. Som det blir hevdet i småstatsteorien kan det oftere bety mer å ta del i handlingsforløpet enn selve utfallet og Norge kunne markere seg som en «good power».

En reformvennlig linje ble videreført i den norske politikken i «*Delivering as One*». Som allerede nevnt er det ikke urimelig å anta at den tidligere satsingen for reform førte til at daværende statsminister Jens Stoltenberg ble en av lederne for FN-prosjektet. Spesielt med tanke på Oslo-II og initiativene i ettertid med arbeidet på landnivå ved norsk generaldirektør. Hvis dette var tilfelle kunne landet dermed kapitalisere på tidligere satsing som kritisk støttespiller.

Både før og etter Stoltenberg-rapporten var det viktig for Norge å synliggjøre at landet fulgte reformprosessen. Vektleggingen av synlighet var mer fremtredende i «Delivering as One» enn de øvrige tiltakene jeg omtaler. Men dette kan være på grunn av at det ble viktig å følge opp den norske profilen som Norge allerede hadde etablert ved Stoltenberg og øvrige satsingen innen prosjektet i FN. I det henseende kunne det også styrke Norges status som «good power» der både deltakelse og synlighet er viktige trekk. Landet støttet arbeidet for reformer i de styrende organene, bilaterale samtaler med generaldirektøren og gjennom fellesinnlegget i 2008 som ble oppfattet som det første av sitt slag. Likevel gikk Norge blant annet inn for å avpolitiserer reformarbeidet i WHO slik at det ikke krevde eksplisitte vedtak i helseforsamlingen for at organisasjonen skulle delta i de ulike reformsporene. På den ene siden betyr dette færre sjanser for å synliggjøre seg selv i de styrende organene. På den andre siden kan det vurderes som en prisverdig holdning i seg selv og kunne føre til en effektivisering av arbeidet ved å slippe unødvendige forhandlinger. Norges motivasjon kan som sagt være et ønske å oppnå status som «good power», spesielt med hensyn til deltakelse og synligheten. Landet vurderte seg selv som en pådriver der det var i norsk interesse å holde et høyt tempo og engasjement. I så måte var det et eksempel på sammenfall av egeninteresser og det beste for organisasjonen.

I reformprosessen fra 2010 fortsatte Norge som en aktiv deltaker i diskusjonene. Norge gikk inn i drøftelsene i en tidlig fase der landet hadde egne innspill fra første møtet. Støtten til reformbestrebelsene ble uttrykt i styrende organer og Norge deltok i web-konsultasjonen, uformelle møter, styrets spesialsesjon, det ekstraordinære møtet i PBAC og planla bilaterale samtaler. I motsetning til tidligere blir ikke behovet for synlighet understreket i samme grad på tross av at det var viktig å vise støtte og at landet ønsket å bidra aktivt. Men dette kan være et resultat av at flere av diskusjonene primært foregikk utenom de styrende organene. I sin helhet er det liten tvil om at Norge ønsket å delta aktivt på ulike arenaer. På denne måten kunne landet påvirke prosessen i ønsket retning. For eksempel var det som vist i norsk interesse å bidra i konsultasjonsprosessen for å medvirke til premissgrunnlaget for reformene og landet søkte å bygge allianser for mest mulig gjennomslag.

Som før var den uttalte motivasjonen at Norge generelt ønsket å styrke reformprosessen i WHO. Videre var det trolig i landets interesse som stor bidragsyter at organisasjonen fungerte på en god måte. Samtidig kunne den synlige, reformvennlige profilen gi status som en «good power» i seg selv under forhandlingene. Men Norge inntok også en moralsk rolle i diskusjonene om finansieringsdialogen. Dette var spesielt med hensyn til å bevare organisasjonens demokratiske prinsipper og forhindre at store bidragsytere fikk mer makt. Norge var i hele perioden som denne oppgaven dekker en av de største bidragsyterne (se kapittel 1). Norge gikk

dermed imot et potensiell ordning for mer innflytelse. Som nevnt gav dette trolig Norge en moralsk profil som styrket landets rolle som en «good power». Som før trenger ikke det å være et bevisst ønske å søke etter status. Men det kan likevel være en konsekvens av hvordan landet markerte seg i saken.

## **Avslutning**

Temaet for dette kapitlet er Norge som kritisk støttespiller i Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 1990 til 2013. I perioden som fremstillingen dekker, var det et behov for organisasjonen å tilpasse seg en ny intern og ekstern virkelighet. Målet med kapitlet var å undersøke Norges rolle i forandringsprosessen med hensyn til WHO's ledelse og reform. Problemstillingen var dermed å undersøke hvordan landet markerte seg som en kritisk støttespiller i en kontekst som krevde organisatorisk forandring.

Som det fremgår av teksten markerte Norge som en kritiker av Nakajimas lederskap på 1990-tallet. Til å begynne med var Norge noe avventende og eskalerte først ved gjenvalget og påfølgende korrupsjonsavsløringer. På tross av noe usikkerhet i henhold til hvorvidt Norge ville markere seg med gratulasjonsbrevet til Nakajima viser interne dokumenter at forvaltningen i landet var opprørt. Motivasjonen for motstanden var både egennytte og en reel bekymring for organisasjonens utvikling. I sin helhet reflekterte landet en grunnleggende holdning som kritisk støttespiller. I de påfølgende årene ble rollen utøvet gjennom flere tiltak: krasse uttalelser i styrende organer, reduksjon av frivillige bidrag, eksterne evalueringer av WHO's virksomhet, mulig støtte til det afrikanske forslaget for å presse frem ledelsens avgang og støtte til Brundtlands overgangsteam og fornyelsesfond. Denne rollen som kritisk støttespiller kan ifølge småstatsteorien gi landet status som en «good power». Norge kunne vise en moralsk autoritet og bli oppfattet som en god og pålitelige partner til organisasjonen. Ved satsingen og synligheten hadde Norge muligheten til å stå frem blant likemenn ved å innta en aktiv rolle. I ettertid ble det vurdert at Norge hadde mye å vise til og kunne dermed kapitalisere på det i valgkampen til Brundtland. Likevel kan det kun spekuleres i om dette var en bevisst satsing over tid.

Reformspørsmålet vurderer jeg som en sentral del av rollen som kritisk støttespiller. Oslo-rapportene var et uttrykk for bekymring for manglende implementering av nødvendige forandringer. Norge bidro dermed med ressurser og råd til et formål det ikke var tydelige identifiserbare interesser med annet enn å forbedre organisasjonen. Likevel tjente det trolig til en reform-vennlig profil for Norge og således en status som «good power». Landet var en tydelig deltaker i reformbestrebelsen. Dette var også tendensen for prosessen for reform av

styret som startet i 1998. Norge sirkulerte egne forslag for å styrke organets funksjoner, bidro i den åpne arbeidsgruppe og deltok i uformelle møter i WEOG for å diskutere reformer. Landet inntok en pådriverrolle og var synlig selv om de ikke nødvendigvis fikk gjennomslag for alt. Som det blir hevdet i småstatsteorien kan det oftere bety mer å ta del i handlingsforløpet enn selve utfallet.

En reformvennlig linje ble videreført i den norske politikken i «Delivering as One» og reformprosessen fra 2010. I førstnevnte tilfellet kunne Norge trolig kapitalisere på å være en kritisk støttespiller og resulterte muligens i at Stoltenberg ble en av lederne for prosjektet. Både før og etter Stoltenberg-rapporten ble det gitt uttrykt at det var viktig å synliggjøre at Norge fulgte prosessen. Landet vurderte seg selv som en pådriver og anså det som i landets interesse å holde et høyt tempo og engasjement. Både deltakelse og synlighet er viktige fremgangsmåter for å oppnå status som en «good power», og Norge støttet arbeidet for reformer i de styrende organene, bilaterale samtaler med generaldirektøren og gjennom fellesinnlegget i 2008 som ble oppfattet som det første av sitt slag. I sin helhet kan Norges motivasjon vurderes som et sammenfall av egeninteresser og det som var best for organisasjonen.

Engasjementet som en pålitelig partner og deltaker i reformbestrebelsene fortsatte i generaldirektørens reformprosess fra 2010. Norge var til stede på flere diskusjonsarenaer og bidro med skriftlige og muntlige innspill i hele prosessen fra 2010 til 2013. Aktiv deltakelse og eventuell alliansebygging var virkemidler som trolig ble benyttet for å få innflytelse og gjennomslag i arbeidet. Den uttalte motivasjonen var som før at Norge generelt ønsket å styrke reformprosessen i WHO og landet hadde trolig en interesse av en velstyrt organisasjon som en stor donor av frivillige bidrag. Spørsmålet om finansieringsdialogen var som vist et viktig moment for Norge. Samtidig kunne den synlige, reformvennlige profilen gi status som en «good power» i seg selv under forhandlingene. Denne statusen ble trolig styrket gjennom at Norge inntok en moralsk rolle ved å uttrykke støtte til organisasjonens demokratiske prinsipper og at store donorer ikke burde få mer makt. Dette var på tross av at Norge i seg selv har vært en av de største bidragsyterne og i så måte forhindret et potensial for mer innflytelse.

## Kapittel 4. Norge i kryssningen mellom høy- og lavpolitikk: handel, helse eller sikkerhet?

### Tema, mål og problemstilling

Temaet for dette kapitlet er Norges politikk og helsediplomati i saker som berører tradisjonell høypolitikk i Verdens helseorganisasjon (WHO) mellom 1990 og 2013. I følge David P. Fidler har det vært vanlig å plassere utenrikspolitikken funksjoner i et hierarki der nasjonal sikkerhet og økonomi er på toppen, og utvikling og menneskelig verdighet er på bunnen.<sup>544</sup> Helse har gjerne blitt koblet til normative verdier og tilhører dermed lavpolitikken.<sup>545</sup> Likevel kan skillet bli noe diffust når spørsmålene berører hverandre. Helt siden begynnelsen av det multilaterale helsesamarbeidet med de internasjonale sanitærkonferansene har økonomi og sikkerhet vært en del av helsediplomatiet. Økonomiske handelsinteresser og sikkerhetspolitiske mål tilknyttet epidemier, legemidler, bioterrorisme, miner og atomvåpen henger sammen med helsespørsmål. Historisk har helse spilt en varierende rolle i utenrikspolitikken. Men de siste årene har denne koblingen blitt tydeligere og Fidler hevder at helsespørsmål har blitt en del av alle utenrikspolitikken funksjoner.<sup>546</sup>

Målet med dette kapitlet er å undersøke Norges posisjon i saker som berører tradisjonell høypolitikk på en arena som gjerne blir oppfattet som å tilhøre lavpolitikk. Mer spesielt vil fremstillingen søke å gi et inntrykk av Norges motivasjon og rolle i saker som har kontaktflate med lands viktigste interesser. Kapitlets hovedproblemstilling er som følger: Hvordan forholdt Norge seg til handel- og sikkerhetspolitiske spørsmål i WHO? I besvarelsen av dette spørsmålet har jeg følgende underproblemstillinger: Hvem inngikk Norge allianser med? Og hvordan ble handel- og sikkerhetspolitiske interesser vurdert i forhold til helseinteresser? Som beskrevet i introduksjonskapitlet kan skillet i politikken forklares som en spenning mellom verdimeslige prinsipper og interesser. Førstnevnte er veiledende og utelukker dermed ikke at Norge omgår disse hvis de er i strid med andre interesser. Samspeillet mellom de motiverende faktorene kan i siste instans forklare en splittelse mellom ord og handling. Slik Jan Egeland understrekte i *Impotent Superpower – Potent Small State* har småstater mer spillerom for å utøve utenrikspolitikk i henhold til altruistiske normer og prinsipper på grunn av få økonomiske og

---

<sup>544</sup> Utenrikspolitikken funksjoner samler David P. Fidler i 1) nasjonal sikkerhet, 2) økonomisk makt og fremgang, 3) sikre orden og stabilitet i land og regioner som er viktig for nasjonal sikkerhet og økonomi, og 4) fremme og beskytte menneskelig verdighet. Viktigheten av de forskjellige funksjonene kan variere og syntesen mellom dem trenger ikke å være i harmoni.

<sup>545</sup> Fidler 2005 s. 3.

<sup>546</sup> Fidler 2005 s. 5., Fidler 2011.

militære interesser. Men hvis høypolitiske interesser kolliderer med normer, vil småstaten i likhet med stormaktene ofre prinsippene for egeninteresser.<sup>547</sup>

## **Struktur, avgrensning og utfordringer**

I dette kapitlet har jeg valgt å strukturere fremstillingen i to deler. I det første delkapitlet vil jeg undersøke sikkerhetspolitiske temaer. Sakene jeg tar for meg er diskusjonen om helse, miljø og kjernevåpen, antipersonellminer, og destruksjon av koppelagrene til USA og Russland. Det siste delkapitlet vil være en analyse av et handelsrelaterte emne tilknyttet ikke-smittsomme sykdommer og alkohol. Undersøkelsene av temaene er ikke nødvendigvis representativt for alle de aktuelle sakene som kunne vært undersøkt i organisasjonen. Men de gir likevel et innblikk i hvilke vurderinger som ligger til grunn der det kan være motsetningsforhold eller sammenfall av prinsipper og interesser, høypolitikk og lavpolitikk.

Saksutvalget er foretatt på bakgrunn av fire overordnede vurderinger. For det første er det bevart materiale fra flere av diskusjonene på 1990-tallet. Som beskrevet i introduksjonskapitlet er materialet mangelfullt, men det er likevel mulig å etablere et bilde og analysere de norske vurderingene. De nyere dokumentene er mer fullstendig bevarte i utgangspunktet, gjerne på grunn av at de er elektroniske, men som nevnt mister jeg en del av «smådokumentene» som kan belyse uformelle prosesser. På grunn av dette har jeg valgt arbeidet med temaer som krysser linjen mellom fysisk materiale og elektroniske. Dermed kan jeg få noe innsikt i både det som blir uttrykt i styrende organer og det bakenforliggende.

For det andre mener jeg at de utvalgte sakene på en god måte illustrerer linjen mellom høy- og lavpolitikk i organisasjonen. I utgangspunktet er organisasjonen ment til å være «upolitisk». Men WHO er ikke isolert fra sikkerhetspolitiske vurderingen, store handelsinteresser og lobbyister. Ofte kan skillet være uklart om det er en fagsak eller en politisk sak, og i WHO har det vært flere agendapunkter som berører skillelinjen.<sup>548</sup> Sakene jeg ikke omtaler er de som; 1) kun i begrenset grad blir beskrevet i materialet eller 2) at de høypolitiske interessene primært blir implisitt antydnet. Dette er ikke en begrensning ved saken i seg selv for å undersøke høypolitikk, men måten saken kommer frem i dokumentene jeg benytter. Eksempelvis er markedsføring av mat og drikke mot barn et tema Norge har vært

---

<sup>547</sup> Egeland 1988 s. 14 f.

<sup>548</sup> Aktuelle sikkerhetspolitiske saker som ikke er med: helseeffekten av utarmet Uran (2001), beredskap mot atombiologiske og kjemiske stridsmidler (2002) og kjemikalieforvaltning (2005). Aktuelle handelspolitiske saker som ikke er tatt med: Helsepersonell, det internasjonale helsereglementet, tobakk, «organturisme», rammeverket for ikke-smittsomme sykdommer, mattrygghet, medisinsk utstyr, ulike saker tilknyttet legemidler og patentrettigheter, markedsføring av mat og drikke mot barn m.m. Dette er temaer som berører flere saker og har vært særlig aktuelle siden rundt årtusenskiftet.

pådriver for å få gjennom en resolusjon. Men sammenlignet med alkoholprosessen er industrien i liten grad synlig selv om landet ble motarbeidet også i denne saken. Dermed vil jeg ikke undersøke den her.

For det tredje er sakene valgt på bakgrunn av synligheten av Norge i materialet. I flere av dokumentene er det en utfordring at de gjerne uttaler seg mer om hva andre land sier og gjør enn hva Norge foretar seg.<sup>549</sup> Dette momentet er også til stede i kapitlet og leseren må dermed være klar over at det kan skape en noe skjev fremstilling i forhold til landene jeg omtaler. Likevel er Norges holdning og adferd mer synlig i de utvalgte sakene enn de jeg utelukker.

For det fjerde er avgrensningen foretatt på bakgrunn av de forhandlingene som er sterkt forankret i de styrende organene. I diskusjonene som tobakkkonvensjonen og det internasjonale helsereglementet var sakene preget av en rekke møter mellom styret og helseforsamlingen. Ettersom de fleste kildene mine primært er fra sesjonene har jeg dermed ikke materiale fra forhandlingsprosessene. Likevel kan det argumenteres for at resultatet fra møtene mellom sesjonene blir synlig i de styrende organene når endelig beslutning vedtas. Men handels- og sikkerhetspolitiske interessene som utspilte seg under de tidligere diskusjonene kan være dempet grunnet inngåelse av kompromiss og hestehandel. Dermed kan jeg gå glipp av interessante momenter i undersøkelsen om hvordan tradisjonell høypolitikk utspiller seg i organisasjonen. På bakgrunn av dette utelukker jeg saker med mange forhandlingsrunder mellom styrende organer.

## **Sikkerhetspolitiske spørsmål på en myk arena**

I dette delkapitlet analyserer jeg Norges posisjonering i saker som berører sikkerhetspolitiske temaer. Undersøkelsen vil dermed omhandle diskusjonen om helse, miljø og kjernevåpen, antipersonellminer, destruksjon av koppelagrene til USA og Russland.

### **Helse, miljø og kjernevåpen**

#### ***Kjernevåpen og radioaktivt avfall i norsk politikk***

I norsk utenrikspolitikk er det rimelig å hevde at landet ikke har vært ukritisk til kjernefysisk fisjon. Men forholdet har vært ambivalent. På den ene siden ble det besluttet på 1950- og 1960-tallet at Norge ikke skulle ha stasjonert atomvåpen i landet.<sup>550</sup> I 1984 understrekte daværende forsvarsminister Johan Jørgen Holst at han ønsket å redusere avhengigheten av kjernevåpen og

---

<sup>549</sup> Dette varierer selvsagt og kan kanskje sees på bakgrunn av hvor aktiv Norge er. Men likevel kan det gjerne stå at landet har ledet en arbeidsgruppe under en sesjon, uten å gå mer i detalj enn som så. Eksempelvis sier instruksjonen til styremøtet i 2006 at Norge var tungt involvert i forhandlingene om kostholdsstrategien. Likevel fremgår det ikke veldig klart hvordan dette foregikk ut fra materialet. Slike forbehold opplyste også embetsverket i Oslo om.

<sup>550</sup> Tannes 1997 s. 115.



tilskyndelse til bruk av disse. Det endelige målet var en drastisk nedrustning.<sup>551</sup> Samtidig var det norske interesser tilknyttet tungtvann frem til 1989<sup>552</sup> og sikkerhetspolitisk interesse tilknyttet atomparaplyen til NATO og USA.<sup>553</sup>

Med Gro Harlem Brundtlands Verdenskommisjon for miljø og utvikling og den påfølgende rapporten *Vår felles framtid* i 1987, ble miljøutfordringene tilknyttet kjernefysisk fisjon fremhevet.<sup>554</sup> Både nasjonalt og internasjonalt med Brundtland i spissen markerte Norge seg i oppfølgingen av kommisjonens arbeid. Norske tjenestemenn hadde blant annet mottatt instruks om å videreføre satsingen i internasjonale organisasjoner.<sup>555</sup> Fra 1989 ble det et mål for Norge å fremme miljøperspektivet i WHO. Først som en del av befolknings spørsmål, deretter mer overordnet i 1990.<sup>556</sup> Siden da har Norge fremmet miljøhensyn i alle forslag til statsbudsjett fra Utenriksdepartementet (UD).

Generelt i norsk miljøpolitikk var det et viktig gjennomslag for Norge i perioden at prinsippet for lagring av radioaktivt avfall ble vedtatt på FNs miljøkonferanse i 1992.<sup>557</sup> Dette kan blant annet sees på bakgrunn av landets interesse for vern av havmiljøet. I Barentshavet, Karahavet og ved Novaja Semja var det grunn til å tro at det var dumpet store mengder radioaktivt avfall.<sup>558</sup> I Stortingsmeldingen *Om FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio de Janeiro* ble det understreket at regjeringen ville arbeide for å styrke internasjonale miljøprinsipper.<sup>559</sup>

### ***Kjernevåpen på en myk arena***

I 1984 og 1987 publiserte WHO rapporter på effekten av atomvåpen på helse og helsetjenester.<sup>560</sup> Etter den kald krigen var temaet mindre presserende ved kollapsen av terrorbalansen. Men det oppstod en interesse fra flere hold å diskutere kjernevåpen i et helseperspektiv.<sup>561,562</sup> I 1992 foreslo Malaysia og Colombia en resolusjon i WHO om ulovligheten av kjernefysisk krig. Landene opplevde trolig et stort press i saken på grunn av

---

<sup>551</sup> Holst 1984 s. 2.

<sup>552</sup> Stanghelle 1993 s. 13.

<sup>553</sup> Tamnes 1997 s. 115.

<sup>554</sup> Store norske leksikon 2015., United Nations 1987.

<sup>555</sup> Tamnes 1997 s. 433 f.

<sup>556</sup> St. prp. nr. 1 (1988-1989) s. 68., St. prp. nr. 1 (1989-1990) s. 78.

<sup>557</sup> St. meld. Nr 13. (1992-1993) s. 10 f.

<sup>558</sup> St. meld. Nr 13. (1992-1993) s. 68.

<sup>559</sup> St. meld. Nr 13. (1992-1993) s. 10 f.

<sup>560</sup> World Health Organization 1993c s. 2 f.

<sup>561</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Ann-Karin Valle v/Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet, NORAD og Sosialdepartementet. Notater til Helseforsamlingen 1993. Dokumentene er fra perioden 18 mars til 19 april 1993. s. 5.

<sup>562</sup> Foruten om Malaysia og Colombia er det ikke klart hvem de «flere» landene er som ville diskutere temaet. Dette oppgir ikke tilgjengelig kildemateriale.

dens sikkerhetspolitiske tilknytning og valgte til slutt å trekke forslaget.<sup>563</sup> Imidlertid ble problemstillingen om kjernevåpen fremmet i en ny klesdrakt av Nigeria, Togo og Kenya. Samme år som FNs miljøkonferanse i Rio de Janeiro ønsket landene at den internasjonale domstolen skulle gi en rådgivende uttalelse om hvordan folkeretten stilte seg til bruk av kjernefysiske våpen i lys av konsekvensene for helse og miljø. Slik som de fleste vestlige land ville Norge stemme imot resolusjonen hvis det kom på agendaen.<sup>564</sup> Dokumentene tilknyttet saken oppgir ikke hvorfor Norge inntok denne posisjonen. Men det er rimelig å anta at de sikkerhetspolitiske vurderingene lå til grunn. Imidlertid ble forslaget avvist i organisasjonens «General Committee» og ble dermed ikke diskutert.<sup>565</sup> Flere land mente det var et politisk spørsmål som hørte hjemme i FNs generalforsamling.<sup>566</sup> Likevel ble temaet reist igjen i 1993 og saken kom på dagsorden for helseforsamlingen. Generaldirektøren presenterte da rapporten *Health and environmental effects of nuclear weapons* før sesjonen. Dokumentet understrekte helse- og miljøkonsekvensene ved produksjon, avvikling, demontering av stridshoder og testing av kjernevåpen.<sup>567</sup>

Da temaet var på dagsorden i 1993 kom det overraskende på den norske delegasjonen i Genève. Likevel anså de saken som aktuell for landene i sør, men svært vanskelig politisk.<sup>568</sup> Rettsavdelingen i UD oppfattet det slik at helseforsamlingen ville be Den internasjonale domstolen i Haag (IJC) å avgi en betenkning om bruk av kjernefysiske våpen var i strid med folkeretten. Hvorvidt dette var tilfellet var et omstridt tema både politisk og juridisk. Internt i Norge var det også uenigheter om det var et brudd med internasjonal lovgivning. Den norske dommeren Jens Evensen i IJC hevdet for eksempel at dette var tilfellet. Rettsavdelingen i UD konkluderte likevel at atomvåpen ikke ble omfattet av folkeretten. Hvis Norge i WHO gikk med på at det omvendte var tilfelle kunne det føre til en prosess der NATOS forsvarsstrategi ble folkerettsstridig.<sup>569</sup> Dette var problematisk med hensyn til norsk forsvarspolitik. For Norge inneholdt saken dermed en spenning mellom prinsipper og interesser. Den sikkerhetspolitiske profilen ved saken var spesielt synlig med hensyn til holdningen til landets allierte. I

---

<sup>563</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Norges faste delegasjon i Genève til Utenriksdepartementet. 45. Helseforsamling: Resolusjon om effekten av bruk av kjernefysiske våpen på helse og miljø. 07.05.92. s. 1 f.

<sup>564</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Norges faste delegasjon i Genève til Utenriksdepartementet. 45. Helseforsamling: Resolusjon om effekten av bruk av kjernefysiske våpen på helse og miljø. 07.05.92. s. 1 f.

<sup>565</sup> World Health Organization 1992 s. 223 f.

<sup>566</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet. Angående forberedelser til helseforsamling 3.-14. mai 1993, oversending av forslag til instruks. 30.04.93. s. 8.

<sup>567</sup> World Health Organization 1993b.

<sup>568</sup> UD, 337.66, Telefaks fra Helsedirektoratet til Utenriksdepartementet. Angående forberedelser til helseforsamling 3.-14. mai 1993, oversending av forslag til instruks. 30.04.93. s. 8.

<sup>569</sup> UD, 337.66, Notat til Politisk kontor fra Rettsavdelingen. WHO. Helseforsamlingen. Agendapunkt om atomvåpen og helse. 30.04.93. s. 1 f.

vestgruppen (WEOG) i Genève understøtte USA at de ville arbeide for at saken ble tatt av dagsorden i WHO. I rapporten fra møtet anbefalte den norske delegasjonen at Norge burde følge USA i spørsmålet.<sup>570</sup> Tilsvarende hadde EF-landene også gitt uttrykk for at de ikke ønsket å debattere saken.<sup>571</sup> Norges viktigste partnere både økonomisk og sikkerhetspolitisk var dermed prinsipielt imot en resolusjon.

Fra den andre siden i saken opplevde Norge press fra aktører som mente at verdimeslige prinsippene burde ligge til grunn for landets vurdering. Både Norske Leger mot Atomkrig (NLA) og International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) henvendte seg til daværende statsminister Gro Harlem Brundtland, utenriksminister Holst og helseminister Werner Christie.<sup>572</sup> De respektive partene anmodet den norske regjeringen å stemme for resolusjonen.<sup>573</sup> Hvor reel påvirkning henvendelsene hadde var trolig begrenset med hensyn til de høypolitiske interessene. Likevel viser det spliden som fant sted i saken.

Under helseforsamlingen i komite B 12. mai 1993 stemte Norge imot resolusjonen i likhet med de fleste vestlige land. Men resolusjonen gikk igjennom med 73 for, 31 mot og 6 avstående stemmer. Dette ble utfallet på tross av at USA hadde jobbet iherdig for å avvise forslaget. Som det ble understreket i en rapport til UD, påpekte den norske delegasjonen at det ville bli vanskelig å endre en resolusjon i plenum som allerede var vedtatt i komiteen.<sup>574</sup> Likevel opplyste USA at de hadde til hensikt å informere sine ambassader rundt omkring i verden om saken og ville be lokale myndigheter om å støtte landets endringsforslag til den foreliggende teksten.<sup>575</sup> I den siste møtedagen for sesjonen sirkulerte USA de foreslåtte justeringene i resolusjonen som skulle tas opp i den siste plenumsdebatten.<sup>576</sup> Men som det fremkommer av møtoreferatet i helseforsamlingen lyktes det ikke de vestlige landene å stoppe resolusjonen.<sup>577</sup> Tilsynelatende splittet saken landene som hadde atomvåpen, de som ikke hadde, og de som fikk den direkte helse- og miljøkonsekvensen av våpnene. De sterkeste motstanderne var Mexico og

---

<sup>570</sup> UD, 337.66, World Health Organization. Health and Environmental Effects of Nuclear Weapons. Report by the Director-General. 26.04.93.

<sup>571</sup> UD, 337.66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO/WHA: Referat fra Nordisk koordineringsmøte og Vestlig koordineringsmøte 26 april. 27.04.93. s. 2.

<sup>572</sup> NLA: norske avdelingen av International Physicians for the prevention of nuclear war.

<sup>573</sup> UD, 337.66, korrespondanse fra Norske leger mot Atomkrig til Gro Harlem Brundtland, Werner Christie og Johan Jørgen Holst. Henvendelse om å støtte resolusjon «Health and environmental effects of nuclear weapons». 10.05.93., UD, 337.66, Korrespondanse fra International Physicians for the prevention on Nuclear weapons. Henvendelse om å støtte resolusjon «Health and environmental effects of nuclear weapons». 10.05.93.

<sup>574</sup> UD, 337.66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO/WHA: Videre arbeid med resolusjonen Helse- og miljøeffekter av kjernevåpen. 14.05.93. s. 1.

<sup>575</sup> UD, 337.66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO/WHA: Vedtakelse av resolusjonen helse- og miljøeffekter ved bruk av atomvåpen. 13.05.93. s. 1.

<sup>576</sup> UD, 337.66, Telefaks til Utenriksdepartementet fra Norges faste delegasjon i Genève. WHO/WHA: Videre arbeid med resolusjonen Helse- og miljøeffekten av kjernevåpen. 14.05.93. s.1.

<sup>577</sup> World Health Organization 1993a s. 283.

øystater som Tonga, Papua New Guinea og Vanuatu.<sup>578</sup> Sistnevnte fremhevet blant annet ulike ettereffekter av prøvesprengning i Stillehavet som spontanabort blant kvinner, økning i hudsykdommer og kreft og problemet med dumping av kjemisk avfall.<sup>579</sup>

Den norske rapporten fra møtet mangler i arkivene, og derfor har jeg ikke de endelige norske vurderingene. Likevel demonstrerer saken hvordan sikkerhetspolitikk trumfer andre interesser generelt og helse spesielt. Slik som Vanuatu hadde Norge utfordringer med dumping i havområder. Videre hadde Norge etablert en miljøprofil internasjonalt med Brundtland kommisjonen i 1987 og Norge skulle arbeide for et miljøfokus i WHO fra 1989. På tross av dette motarbeidet Norge en resolusjon som potensielt kunne forbedre forholdene for landet og andre stater i tilsvarende situasjon i 1993. Paradoksalt nok var det også Brundtland som var statsminister i Norge på dette tidspunktet. Men som vist kunne et annet standpunkt i saken skadet NATOs omdømme og det diplomatiske forholdet til USA og andre medlemmer av alliansen. Fra et utenrikspolitisk standpunkt hadde det vært lite strategisk å gjort noe annet. I sin helhet var det en avveining mellom ulike interesser der den ene siden tilhørte lavpolitikk og den andre høypolitikk. Tilsvarende vurderinger ble nylig foretatt i 2015 da USA ba Norge ikke støtte arbeidet med å forby atomvåpen på tross av det var Norge som startet initiativet i 2013.<sup>580</sup>

### **Antipersonellminer og en ny internasjonale agenda**

Den utstrakte minebruken i konflikter og kriger på 1980- og 1990-tallet var bakgrunnen for kampanjen mot antipersonellminer.<sup>581</sup> Oppmerksomheten for den pågående krisen ble særlig fremhevet av ikke-statlige organisasjoner gjennom det globale nettverket *International Campaign to Ban Landmines (ICBL)*.<sup>582</sup> Arbeidet mot totalforbud av landminer kom på den internasjonale dagsorden ved revideringen av FN-konvensjonen fra 1980 om forbud eller restriksjoner på bruk av visse konvensjonelle våpen. I den forbindelse ba Stortinget regjeringen om å arbeide for et totalforbud mot produksjon, lagring, kjøp, salg og bruk av antipersonellminer.<sup>583</sup> I mai 1996 fremholdt flere land, deriblant Norge, at landmineprotokollen ikke gikk langt nok. Kun et totalforbud ville være effektivt for å redusere menneskelig lidelse. Landet deltok i den videre forhandlingens kjernegruppe i Ottawa-prosessen og holdt blant annet

---

<sup>578</sup> Forslagsstillerne av resolusjonen var: Bahrain, Belarus, Bolivia, Colombia, Comoros, Cook Islands, Cuba, Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Lithuania, Mexico, Namibia, Papua New Guinea, Republic of Moldova, Swaziland, Thailand, Tonga, Uganda, Vanuatu, Zambia og Zimbabwe.

<sup>579</sup> World Health Organization 1993a s. 275.

<sup>580</sup> Strand 2015.

<sup>581</sup> Bolton 2010 s. 4.

<sup>582</sup> Bolton 2010 s. 24.

<sup>583</sup> Innst. S. nr. 186 (1994-1995).

en Oslo-konferanse i september 1997. Desember 1997 åpnet konvensjonen for signering.<sup>584</sup> Videre var Norge en økonomiske bidragsyter til minerydding<sup>585</sup> og i 1997 fikk ICBL og dens direktør Nobels fredspris.<sup>586</sup> Norge hadde dermed en tydelig profil innen temaet landminer.

Arbeidet mot anti-personellminer i WHO ble besluttet i resolusjonen *Emergency and humanitarian action* fra 1995.<sup>587,588</sup> For styremøtet i 1998 var det igjen på agendaen tilknyttet minekonvensjonen. Sekretariatet hadde utarbeidet et informasjonsdokument om organisasjonens medvirkning i forebygging og behandling av skader som følge av landminer. Etter konsultasjoner med UD kunne Norge støtte eventuelle resolusjoner. I instruksen til møtet ble det anbefalt at landet holdt innlegg i debatten for å følge opp sitt store engasjement på området.<sup>589</sup> Forholdene lå dermed til rette for at Norge kunne følge verdimeslige prinsipper i saken.

Delegasjonen rapporterte fra styremøtet at Norge bidro aktivt i utarbeidelsen av et resolusjonsforslag.<sup>590</sup> Honduras la frem utkastet og det norske styremedlemmet (Anne Alvik) støttet dette. Imidlertid fremmet Egypt et forslag til et tilleggs-paragraf om at regjeringer som har lagt ut miner må skaffe kart over slike minefelt og bistå økonomisk og på andre måter i fjerningen av våpnene.<sup>591</sup> Forslaget kan sees på bakgrunn av at Egypt var et av de mest minerammede landene i samtiden på et estimert antall av 23 millioner våpen. Imidlertid var landet også en av de største produsentene av landminer blant utviklingslandene. Likevel ville ikke resolusjonen i WHO påvirke Egypt økonomisk ettersom det trolig var andre som hadde lagt ut minene til tross for at det for eksempel kunne være Egypt som hadde produsert og solgt våpnene. Forøvrig hadde ikke Egypt undertegnet minekonvensjonen, men vedtakene ville påvirke andre som ratifiserte forbudet mot landminer.<sup>592</sup> Landet kunne dermed høste fordelene av at aktører fulgte resolusjonen i WHO uten at det gikk utover dem selv.

---

<sup>584</sup> St. Prp. Nr. 73. (1997-1998) s. 7.

<sup>585</sup> Norad 2009 s. 15.

<sup>586</sup> Bolton 2010 s. 62., Bolton 2010 s. 7., Bolton 2010 s. 28.

<sup>587</sup> Paragrafen vedrørende miner: «to advocate the protection of non-combatants and the setting-up of effective treatment and rehabilitation programmes for the victims of anti-personnel mines, as well as the systematic management of delayed health effects of mental and physical injuries in situations of collective violence».

<sup>588</sup> World Health Organization 1995b s. 3.

<sup>589</sup> UD, 337. 66, Notat til avdelingsleder i Global avdeling fra FN-seksjonen. Forslag til instruks for den norske delegasjonen til styremøte i WHO, 19.-28 januar 1998. 16.01.98. s. 3.

<sup>590</sup> Resolusjonsforslaget pekte på skader forårsaket av landminer var et folkehelseproblem, og oppfordret alle medlemsland til å slutte seg til konvensjonen om forbud av disse.

<sup>591</sup> UD, 337.66, Statens helsetilsyn, rapport fra WHO-styrets 101. Samling Genève 19-26. Januar 1998. 03.04.98. s. 7.

<sup>592</sup> Hogendoorn 1998 s. 14.

Styremedlemmene fra EU-landene godtok ikke den egyptiske formuleringen av tilleggsparagrafen. Mens både styrets formann fra Algerie og styremedlemmer fra det østlige Middelhavet godtok endringen. Etter forslag fra Alvik ble behandlingen av saken utsatt slik at styret kunne oppnå konsensus. I den endelige behandlingen i sesjonen sto Norge sammen med land fra Afrika og østlige Middelhavet. Forslaget fra Egypt gikk igjennom, men både Storbritannia, Tyskland og Nederland reservert seg fra paragraf 5. som omfattet den omstridte formuleringen.<sup>593</sup> Jeg har ikke kilder på hvorfor disse landene inntok dette standpunktet på tross av deres undertegnelse av minekonvensjonen (og eventuelt hvor de hadde miner). Men Norge sto dermed på andre siden i saken enn viktige vestlige land og sikkerhetspolitiske partnerne.<sup>594</sup>

Posisjonene var lite forandret til helseforsamlingen. Norge deltok i forhandlingene og prøvde å få igjennom nye formuleringer uten suksess. Norge hadde flere innlegg men det var ikke mulig å oppnå konsensus.<sup>595</sup> Stridstemaet var paragraf 2. som oppfordret til å undertegne og ratifisere minekonvensjonen. Dette var blant annet en av de få gangene det var en splittelse i den nordiske gruppen i WHO. Årsaken var at Finland ikke hadde skrevet under minekonvensjonen og hadde dermed strenge instruksjoner fra sin utenrikspolitiske ledelse.<sup>596</sup> I motsetning til Norge opplevde landet en sterkere spenning mellom verdimeslige prinsipper og sikkerhetspolitiske interesser. Den finske holdningen kan sees på bakgrunn av dets geografiske beliggenhet. Minene hadde vært klassisk forsvarsstrategi for landet langs den østre grensen og ble vurdert som et viktig element for et troverdig forsvar. Dessuten ville det ha kostet om lag 2,5 milliarder NOK (kurs etter 2004) å bytte ut minene med nye våpensystemer.<sup>597</sup> På tross av Finland og andre lands motstand gikk resolusjonen gjennom med avstemming.<sup>598</sup> Saken splittet til en viss grad mineprodusenter, forbrukere av våpnene og aktører med interesse av å arbeide for minekonvensjonen.<sup>599</sup>

I den norske politikken tilknyttet landminer var det en annen tendens enn ved atomvåpen. Tilsynelatende var det helsemessige aspektet det sentrale og Norge bidro aktivt i

---

<sup>593</sup> UD, 337.66, Statens helsetilsyn, rapport fra WHO-styrets 101. Samling Genève 19-26. Januar 1998. 03.04.98. s. 7.

<sup>594</sup> Jeg har ikke møtereferatene fra dette på grunn av at de ikke ligger i WHO sitt elektroniske arkiv per. 19.02.2016. Som nevnt skyldes dette en oppdatering av det elektroniske arkivet.

<sup>595</sup> Jeg har ikke møtereferatene fra dette på grunn av at de ikke ligger i WHO sitt elektroniske arkiv per. 19.02.2016. Som nevnt skyldes dette en oppdatering av det elektroniske arkivet.

<sup>596</sup> UD, 337.63, Undertegnet Sosial- og helsedepartementet, utsteder Anne-Sofie T. Oraug. Rapporteringsskjema for utenlandsreiser. Helseforsamlingen 1998. 29.6.98. s. 2 f.

<sup>597</sup> Width 2004.

<sup>598</sup> UD, 337.63, Undertegnet Sosial- og helsedepartementet, utsteder Anne-Sofie T. Oraug. Rapporteringsskjema for utenlandsreiser. Helseforsamlingen 1998. 29.6.98. s. 4.

<sup>599</sup> Jeg mangler de offisielle møtereferatene fra WHO's styrende organer og kan dermed ikke trekke en endelig slutning. Som nevnt i introduksjonskapitlet er WHO i en prosess med å oppdatere sitt elektroniske dokumentarkiv som gjør at ikke alt materiale er tilgjengelig per dags dato (25.03.2016).

prosessen både i og utenfor WHO. Landet stilte seg også på andre siden i saken i forhold til vestlige allierte. Men dette var ikke uten problemer. I 1998 var det flere aviser som omtalte den diplomatiske situasjonen som hadde oppstått mellom Norge og USA på grunn av minekonvensjonen. Både i Norge og andre europeiske land oppbevarte USA antipersonellminer. Men partene ble enige og forhåndslagrene skulle vedvare frem til 2003. Det at Norge klarte å holde en selvstendig linje i et forsvarspolitisk spørsmål kan trolig sees på bakgrunn av flere forhold. For det første hadde landet investert mye prestisje og saken generelt fikk stor internasjonal oppmerksomhet. For det andre var det ifølge Aftenposten strid internt i det amerikanske militæret om effektiviteten av miner som våpen. For det tredje hadde den amerikanske president Bill Clinton varslet planer om nedtrapping av landminebruk.<sup>600</sup> For det fjerde er det rimelig anta at alliansens medlemmer sto friere i dette spørsmålet enn våpnene som under kald krig opprettholdt terrorbalansen. Slik NATOs generalsekretær uttrykte i 2004 var Finlands tilslutning til landminebruk en sak landet måtte ta stilling til selv.<sup>601</sup> Dermed var det trolig mulig for alliansepartnerne generelt og Norge spesielt å la prinsipper og helsepolitikk gå foran i spørsmålet om landminer på bekostning av sikkerhetspolitiske interesser. Likevel er det blitt hevdet at flere NATO land begynte å investere i mine-lignende teknologi for nettopp å unngå minekonvensjonen. Det kan tenkes at enkelte land dermed hadde muligheten til å ri to hester: som en deltaker i minekonvensjonen og som en produsent- og/eller forbruker av lignende våpen som trolig fikk et større marked med et mineforbud.<sup>602</sup>

## **Den lange veien mot destruksjon av koppeviruslagrene**

### ***Biologiske våpen og variola viruslagre***

I folkerettens Genève-protokoll fra 1925 ble det opprettet et forbud om bruk i krig av kvelende, giftige eller lignende gasser og av bakteriologiske våpen. Arbeidet for å motarbeide kjemiske og biologiske våpen ble utvidet ved Biologivåpenkonvensjonen av 1975 og Kjemivåpenkonvensjonen av 1993.<sup>603</sup> Verdens helseorganisasjon har vært involvert i spørsmålet siden tidlig 1950-tallet. Spesielt viktig var rapporten *Health aspects of chemical and biological weapons* fra 1970 som supplerte FN's *Chemical and Bacteriological (Biological)*

---

<sup>600</sup> Aftenposten 1998 s. 8., Andenæs 1998 s. 8.

<sup>601</sup> Width 2004.

<sup>602</sup> Wright 2001 s. 650.

<sup>603</sup> Utenriksdepartementet 2003b.

*Weapons*.<sup>604,605</sup> Det førstnevnte dokumentet understrekte blant annet at bruken av variola viruset (koppevirus) som våpen kunne bli fremstilt med relativt enkle teknikker.<sup>606</sup> Likevel konkluderte rapporten at det var lite sannsynlig med et større biologisk angrep i land der vaksine var vanlig. På den andre siden kunne viruset bli brukt til sabotasje og forårsake alvorlige sosioøkonomiske konsekvenser med mindre håndtert av helsetjenesten i det gjeldende landet.<sup>607</sup> Etter en intens vaksinasjonskampanje ble imidlertid variola viruset utryddet på slutten av 1970-tallet. I 1979 anbefalte WHO at gjenværende virusprøver burde destrueres eller overføres til et mindre antall av WHO's samarbeidssentre.<sup>608</sup> I den kalde krigens kontekst var det til slutt kun USA og Sovjet Unionen som oppbevarte virusene i bestemte laboratorier ved midten av 1980-tallet. Den første anbefalingen for å ødelegge lagrene kom i 1986. Men etter en rekke utsettelse skulle helseforsamlingen foreta en ny vurdering i 1999.<sup>609</sup> På bakgrunn av debatten i det vitenskapelige miljøet om destruksjonen av viruset og utbruddet av «monkeypox» sammenkalte generaldirektøren ad hoc komiteen som tidligere hadde vurdert saken. Komiteen var ikke enstemmig om tidspunktet for destruksjonen da den endelige anbefalingen ble sendt til vurdering i helseforsamlingen.<sup>610</sup>

### ***Nye forhandlinger og endret sikkerhetspolitisk kontekst***

Forut for sesjonen i helseforsamlingen 1999 henvendte USAs ambassade seg til UD med beskjeden at landet kom til stemme for en ny utsettelse av destruksjonen av lagrene. Dette var også Russlands holdning og USA oppfordret andre land til å følge samme linjen. Det faglige argumentet var behovet for mer forskning og at en eventuell forskningsprosess skulle være transparent og overvåket av et ekspertpanel.<sup>611</sup> Likevel var det norske instruksene i saken å gå inn for destruksjon i stedet for utsettelse. Dette baserte seg på at flere av deltakerne i ad hoc komiteen mente faren for utslipp av viruset var større enn fordelene av den vitenskapelige informasjonen en kunne få i fremtiden ved en opprettholdelse av lagrene. Norge mente også at man hadde tilstrekkelig kjennskap til viruset og fremtidig eksperimentell utvikling av vaksine

---

<sup>604</sup> WHO rapporten analyserte mulige helseeffektene av bruk av kjemiske og biologiske våpen på sivilbefolkningen i ulike stadier av sosial og økonomisk utvikling. Det militære aspektet ble berørt i den grad det ble knyttet til saker der sivilbefolkningen var målet. FN rapporten undersøkte på sin side aspekter tilknyttet militæret, plante og dyresykdommer, økologi og økonomi og sikkerhet sammen med menneskers helse.

<sup>605</sup> World Health Organization 1970., United Nations 1970.

<sup>606</sup> World Health Organization 1970 s. 61.

<sup>607</sup> World Health Organization 1970 s. 70.

<sup>608</sup> World Health Organization 1979.

<sup>609</sup> Dowdle 1995 s. 101.

<sup>610</sup> World Health Organization 1999a.

<sup>611</sup> UD, 337.63, Korrespondanse fra Embassy of the United States Oslo til Marianne Loe. USA posisjon for Helseforsamlingen i mai 1999. 28.04.98.



og terapi kunne basere seg på studier av vaksinevirus.<sup>612</sup> I så måte tok landet avstand fra USA og Russlands standpunkt i saken. Under helseforsamlingen klarte likevel ikke medlemslandene å oppnå konsensus.<sup>613</sup> Resultat ble nok en utsettelse, og slik komiteen hadde anbefalt skulle videre forskning under ingen omstendigheter fortsette utover slutten av 2002.<sup>614</sup> Da Statens institutt for folkehelse (Folkehelseinstituttet) utarbeidet en bakgrunnsnotat til saken i 2001 konkluderte de likevel med at forskningen som ble utført ikke kom til å bli ferdig innen den fastsatte tiden. Dessuten fryktet de en utvikling der destruksjonen stadig ble utsatt under henvisning til at diverse forskningsprosjekter ikke var ferdig. Norges offisielle holdning var fremdeles at viruset burde destrueres.<sup>615</sup>

I tråd med internasjonale hendelser endret imidlertid Norge standpunkt i 2002. Etter terrorangrepet i USA 11/9 2001 var det en økende frykt for biologiske- og kjemiske våpen.<sup>616</sup> Med dette ble det en sterkere kobling mellom sikkerhet og helse. Det er på bakgrunn av den nye konteksten man kan vurdere resolusjonen om beredskap mot atom- biologiske og kjemiske stridsmidler og et skifte i debatten om koppeviruset. Sistnevnte resolusjonen som ble fremmet i helseforsamlingen i 2002 foreslo dermed å forlenge forskningen og at ekspertpanelet fortsatt skulle overvåke utviklingen og rapportere til styrende organer. USA og Russland hadde ved sine ambassader bedt flere nordiske land, deriblant Norge, å avstå fra et eventuelt initiativ til fastsettelse av en ny dato. Folkehelseinstituttet vurderte den nye resolusjonen slik at den i praksis ville føre til en utsettelse av destruksjonen av viruset på ubestemt tid. Men de understrekte at det var en viss frykt for at land kunne vaksinere egen befolkning og dermed sette seg i stand til å bruke viruset som stridsmiddel. Dessuten begynte det å oppstå spørsmål om det fantes koppevirus utenfor de offisielle lagrene. Gitt at det ble bred støtte for en ny utsettelse blant vestlige land anbefalte instituttet at Norge «godtok» resolusjonen.<sup>617</sup> Dermed er det rimelig å hevde at da saken fikk en klarere forsvars- og sikkerhetspolitisk profil beveget Norge seg til den tradisjonelle leiren av samarbeidspartnere. Tilsvarende gikk EU inn for å støtte USA i saken og tradisjonelle motstandere som Kina, Thailand, Iran og Cuba støttet

---

<sup>612</sup> UD, 337.63, Notat til Utenriksministeren fra Global avdeling. WHO, Verdens helseforsamling 17.5 – 25.5.99. Forslag til instruks for den norske delegasjonen. 12.05.99. s. 5.

<sup>613</sup> Referatet fra møtet mangler grunnet en oppdatering i WHO's elektroniske arkiv høsten 2015. Så jeg kan ikke gjøre rede for hva ulike land sa i denne saken per dags dato (25.03.2016).

<sup>614</sup> World Health Organization 1999b s. 3 f.

<sup>615</sup> UD, 337.63, Korrespondanse til Sosial- og helsedepartementet fra Statens institutt for folkehelse. Folkehelsas bakgrunnsnotat til Verdens helseforsamling 2001. 27.04.01. s. 4.

<sup>616</sup> Rundt årtusenskiftet ble det presedens for å vurdere helse innenfor rammene av sikkerhet og beredskap. Både med hensyn til de som spres naturlig som SARS, influensa, HIV/AIDS, men også i forbindelse med bevisst bruk som våpen. Se: Lee 2009 s. 124 f.

<sup>617</sup> UD, 337.63, Notat til Assisterende utenriksråd for utenrikspolitiske saker fra Multilateral avdeling. WHO's Helseforsamling 13.-18 mai. Instruks. s. 8.

resolusjonen med endringer som vektla at forskningen skulle være resultatorientert og tidsbegrenset. Andre land fremhevet viktigheten av streng sikkerhet, overvåkning og åpenhet i arbeidet.<sup>618</sup>

Den sikkerhetspolitiske profilen i saken var spesielt synlig da flere land i 2003 iverksatte tiltak for å sikre vaksiner i tilfelle utbrudd i forbindelse med krig og terrorangrep. Fra norsk side ble det dermed vurdert som urealistisk å komme nærmere en endelig ødeleggelse. Det var lite hensiktsmessig å markere seg i spørsmålet og den norske delegasjonen ble instruert til å søke samstemt holdning med sentrale samarbeidsland.<sup>619</sup> Denne holdningen ble gjeldende de neste årene, selv da frontene i saken tilspisset. Først i 2004 da Kina, Thailand og Jordan ønsket at alt skulle destrueres, mens vesten støttet sekretariatets forslag om at kun visse virusprøver skulle ødelegges.<sup>620</sup> I 2006 var det spesielt afrikanske land som gikk imot videre utsettelse og ønsket en endelig frist for destruksjon i 2010. Imidlertid mobiliserte da USA til en verdensomspennende *démarche* som forhindret den afrikanske resolusjonen. Likevel var det utbredt diskusjon om WHO's finansiering av inspeksjonen av koppevirus lagrene og den geografisk skjeve fordelingen av eksperter i det rådgivende panelet. Debatten omspant særlig at USA delvis finansierte inspeksjonene, og det var et spørsmål om de amerikanske forskerne på variola viruset kunne være medlem av WHO's uavhengige rådgivende komite.<sup>621,622</sup> Norge holdt tilsynelatende en lav profil i diskusjonene og søkte politisk samhold med vestlige land. På styremøtet i 2007 var det eksempelvis norsk instruks å gå inn for en resolusjon med svak formulering ved fastsettelse av dato og sterk formulering når det gjelder kontroll med arbeidet som ble gjort.<sup>623</sup> Videre ble det vurdert å slutte seg til EUs innlegg i saken i stedet for å holde eget talepunkt.<sup>624</sup>

---

<sup>618</sup> UD, 337.63, Mottaker, avsender og dato ikke oppgitt. Rapport fra Verdens 55. Helseforsamling Genève 13.-18 mai 2002. s.16 f.

<sup>619</sup> UD, 337.63, Notat til assisterende utenriksråd fra Multilateral avdeling. Instruks for Norges deltakelse i WHO's Helseforsamling 19.-28. mai 2003. 13.05.03. s. 6.

<sup>620</sup> UD, 337.63, Avsender, mottaker og dato ikke oppgitt. Rapport fra Verdens 57. helseforsamling i Genève 17.-22 mai. 2004. s. 8., UD, 337.63, mottaker og avsender ikke oppgitt. Verdens 57. helseforsamling Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen. 14.05.04. s. 3.

<sup>621</sup> USA krevde at de skulle kunne være medlem. Men for noen år tilbake krevde USA at alle amerikanske eksperter fra offentlige institusjoner som skulle delta i ekspertgrupper måtte godtas av de amerikanske helsedepartementet og at de skulle representere departementets politikk. Dette var i strid med organisasjonens *modus operandi*, men ble godtatt av generaldirektøren likevel. Sør-Afrika var særlig pådriver i spørsmålet, men fikk kun tilslutning til at det skal tas hensyn til mulige interessekonflikter ved sammensetningen av komiteen.

<sup>622</sup> HOD, 2006, Rapport fra WHO's 59. Helseforsamling 22.5-27.5.06. Hovedsaker.s. 2, HOD,2006, Instruks til WHO's 59. helseforsamling, Genève 22.-27. mai 2006.s. 6.

<sup>623</sup> HOD,2007, Utkast til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007.s. 3.

<sup>624</sup> HOD,2007, Bakgrunnsmateriale til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007., HOD,2007, Utkast til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007. s. 3.

Under helseforsamlingen i 2007 ble det enighet om at studien som skulle gi grunnlaget for en vurdering og eventuelt beslutning om destruksjon av lagrene skulle gjennomføres i 2010 og behandles i 2011. Da rapporten ble presentert i 2011 fikk den gode tilbakemeldinger i organisasjonens styrende organer. Slik som før var Russland og USA samstemte om å utsette destruksjonen. Afrikagruppen hadde på sin side skiftet mening og gikk ikke inn for at lagrene skulle ødelegges umiddelbart. EU var splittet i saken der Ungarn med formannskapet ønsket kompromiss mens Tyskland og Frankrike ville støtte USA og Russland. Kina gikk lengst i å be om destruksjon og Syria som representant for sin region støttet synet om snarest ødeleggelse.<sup>625</sup> Imidlertid hadde Norge nå moderert sitt syn. Under styremøtet og helseforsamlingen ble den norske delegasjonen instruert til å avvende destruksjon under henvisning til behovet for forskning og beredskap. Men landet skulle kun gå inn for en tidsbegrenset forlengelse. Videre avviste Norge forespørselen fra USA om å være medforlagsstiller til landets resolusjon og delegasjonen skulle heller ikke holde innlegg til støtte for det amerikanske forslaget.<sup>626</sup> Under møtet valgte dermed Norge å ikke aktivt støtte USA samtidig som landet unnlot å blokkere resolusjonen.

Dreiningen i den norske posisjonen kan sees på bakgrunn av flere forhold. For det første var som vist EU splittet i spørsmålet som Norge tidligere sto samlet med. For det andre var 9/11 med på avstand og den sikkerhetsmessige konteksten var forandret. For det tredje var det ifølge instruksene ulike synspunkter internt i Norge mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Førstnevnte mente det var lite behov for å oppbevare virus av smittevern hensyn og folkehelse. Sistnevnte forfektet at beredskapshensyn burde bli tillagt vekt på grunn av et behov for å lage motvaksine der viruset ble brukt som biologiskvåpen.<sup>627</sup> Vurderingene kan trolig sees på bakgrunn av aktørenes rolle tilknyttet utvikling av den norske posisjonen i organisasjonen. Helsedirektoratet hadde det koordinerende ansvaret for utviklingen av instruksene i den norske forvaltningen på dette tidspunktet. Dermed var det mer enn helsefaglige vurderinger å forholde seg til, eksempelvis politiske der UD var involvert. Dette var forhold Folkehelseinstituttet ikke var presset av i samme grad ettersom de primært hadde en kompetanse- og forskningsorientert tilnærming. Standpunktet til Folkehelseinstituttet ligner anbefalingen institusjonen og landet

---

<sup>625</sup> HOD, 2011, Norsk instruks til WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011.s. 19., HOD, 2011, Norsk Instruks WHO's helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011. s. 37.

<sup>626</sup> HOD, 2011, Norsk instruks til WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 20., HOD, 2011, Norsk Instruks WHO's helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011. s. 37.

<sup>627</sup> HOD, 2011, Norsk instruks til WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 20., HOD, 2011, Norsk Instruks WHO's helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011. s. 37.

inntok før en tydeligere politiseringen ved 9/11. Etter dette styrket saken sin sikkerhetspolitiske profil og Norge sto nært sine NATO allierte.

Etter det som ble beskrevet som «skytteldiplomati» i den norske rapporten fra 2011 ble det enighet under helseforsamlingen om å ta opp saken om tre år og at man skulle forsøke å komme frem til en dato for destruksjon av koppeviruset.<sup>628</sup> Slik som før var det dermed nok en utsettelse. Men for Norges del representerte sesjonen en dreining i den norske politikken. Landet inntok ingen direkte side slik som før under styremøtet og helseforsamlingen. Det kan stilles spørsmål ved om den umiddelbare konsekvensen var forespørselen landet fikk fra WHO samme året. I en henvendelse til UD ble Norge spurt om å ta på seg vertskapet for et arbeidsmøte om forberedelsene av en protokoll for inspeksjon av koppevirus lagrene i Russland og USA. På den ene siden hadde Norge vært indirekte knyttet til dette fra før gjennom at WHO hadde innhentet teknisk ekspertise til den forrige protokollen fra Det Norske Veritas (DNV) som også bidro i inspeksjonen av lagrene. På den andre siden kan det hende at den nye profilen under helseforsamlingen førte til at landet kunne påta seg denne rollen fordi Norge ble oppfattet som en «nøytral», men interessert tredjepart.<sup>629</sup> Tilknyttet vertskapet tilrådet embetsverket i UD statssekretær Espen Barth Eide å takke ja til henvendelsen. For det første ble det vurdert som et viktig tiltak i skjæringsfeltet mellom nedrustning og helse som ga landet mulighet for styrket engasjement i saken. For det andre var bidrag til utviklingen av en verifikasjonsmekanisme også et preventivt sikkerhetstiltak som kunne bidra til å motvirke bioterrorisme. Dessuten ville det forsterke Norges vektlegging av samarbeid mellom helse og nedrustningsmiljøene i den videre iverksettelsen av blant annet biologivåpenkonvensjonen.<sup>630</sup> I tilgjengelige arkivmateriale foreligger ikke den endelige konklusjonen rundt dette møtet og diskusjonen om destruksjonen av koppeviruslagrene foregår fremdeles i WHO.

## **Handelspolitiske ringvirkninger ved helsefaglige beslutninger**

I dette delkapitlet analyserer jeg Norges posisjonering i saker som berører økonomiske- og handelspolitiske temaer. Undersøkelsen vil dermed omhandle ikke-smittsomme sykdommer og nordisk arbeid for alkoholspørsmålet i WHO.

---

<sup>628</sup> HOD, 2011, Hovedelementer (rapport) fra Verdens helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011. s. 5.

<sup>629</sup> Denne påstanden kan ikke bekreftes. Embetsmenn som jeg har kontaktet i Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og i den faste delegasjonen i Genève kunne ikke kommentere denne saken av ulike grunner.

<sup>630</sup> UD, 11/13781, Notat til Espen Barth Eide fra Seksjon for nedrustning og ikke-spredning. Norsk vertskap for protokollforhandlinger. 26.08.11.

## Nordisk alkoholpolitikk mot industriinteresser<sup>631</sup>

### *Norsk alkoholpolitikk og internasjonal satsing på ikke-smittsomme sykdommer*

Den norske alkoholpolitikken fikk sin utforming ved midten av 1800-tallet og frem til opphevelsen av brennvinsforbudet i 1927. Hovedpolitikken var å kontrollere og begrense. Men i etterkrigstiden var det en gradvis liberalisering med unntak av for eksempel innføringen av forbud mot reklame for alkoholholdig drikk i 1975.<sup>632</sup> På 1980-tallet var det en dreining mot folkehelseperspektivet og hovedformålet for alkoholpolitikken var å redusere totalforbruket og skadevirkningene, samtidig som behandlings- og omsorgsapparatet skulle forbedres.<sup>633</sup> Grunnlaget for satsingen i stortingsmeldingen *Alkohol og folkehelse* var blant annet WHO's arbeid for «Helse for alle» etter Alma-Ata deklarasjonen i 1978.<sup>634,635</sup>

Ved inngåelsen av EF og EØS-forhandlingene ble imidlertid de nordiske landenes tradisjonelle strenge restriksjon på alkohol satt på prøve. Argumentet for den eksisterende ordningen var hensynet til viktige helse- og sosialpolitiske hensyn. Den endelige konsekvensen for landene var likevel opphevelsen av statens vinmonopol.<sup>636</sup> I en bilateral samtale med WHO's generaldirektør i 2004 understrekte den norske helseministeren blant annet at folkehelseperspektivet taper til fordel for markedsperspektivet på alkohol i EU-sammenheng.<sup>637</sup> I sin helhet var det nordiske synet på alkoholbruk og alkoholpolitikk vesentlig annerledes enn den vanlige oppfatningen i EU. NOU 1995:24 understreker at alkoholindustrien, særlig vinprodusentene, er en svakere maktfaktor i Norden enn EU ettersom sistnevnte gjerne oppfatter vin som et landbruksprodukt på lik linje med kjøtt, fisk melk, og utgjør dermed en betydelig næringsvirksomhet.<sup>638</sup> Land som USA, Canada, Australia og New-Zealand har i noen grad hatt samme syn på alkohol som nordiske land, og forbundet alkohol med store sosiale problemer.<sup>639</sup> Men som jeg vil vise senere i kapitlet utgjorde likevel industrien en sterk maktfaktor i USA.

---

<sup>631</sup> Nordisk alkoholpolitikk blir gjerne omtalt som «Den nordiske modellen». Danmark skiller seg ut fra Norge, Sverige, Finland og Island, og er mer liberal.

<sup>632</sup> NOU 1995:24 s. 40 f.

<sup>633</sup> Tidligere var det antatt at det var mennesker som allerede var i faresonen for å konsumere mye alkohol som gjennom ytterligere økning i totalkonsum ville på dra seg eller være årsak til alkoholskader. Folkehelseperspektivet innebar at også moderat alkoholbruk kunne føre til skader. Dette er blitt kalt Totalkonsumteorien (Hauge, 1998, s. 239).

<sup>634</sup> St. Meld. Nr. 17. (1987-88) s. 5 f.

<sup>635</sup> WHO's handlingsplan mot alkohol hadde som mål å oppnå en 25 pst. reduksjon i alkoholforbruket i perioden 1980 til 2000.

<sup>636</sup> Hauge 1998 s. 254.

<sup>637</sup> UD, 337.63, WHO-forum – referat fra møtet 5. mars 2004. Undertegnet avdelingsdirektør Sveinung Røren og rådgiver Eldrid Røine. 15.03.2004. s. 11.

<sup>638</sup> NOU 1995:24 s. 172.

<sup>639</sup> NOU 1995:24 s. 189.

Vektleggingen av narkotika og alkohol var et gjennomgående trekk i det norske internasjonale helsesamarbeidet på 1990-tallet.<sup>640,641</sup> I WHO ble det også økende oppmerksomhet rundt ikke-smittsomme sykdommer (NCD) generelt. I 1998 ba helseforsamlingen generaldirektøren å utarbeide en global strategi for NCD som ble presentert i en rapport i 2000.<sup>642</sup> I forbindelse med Brundtlands omorganisering av sekretariatet ble det også etablert en «cluster» (seksjon/avdeling) for temaet. *The World Health Report* fra 1999 omtalte helsesituasjonen som en «Emerging epidemics of noncommunicable diseases and injuries».<sup>643</sup> Det var forventet at ikke-smittsomme sykdommer ville gå fra å utgjøre 43% av all sykdomsbyrden i 1998 til 73% innen 2020.<sup>644</sup> Sykdommer og skader tilknyttet alkohol var en av disse utfordringene og i Verdens helse rapport fra 2002 ble alkohol fremhevet som blant en av topp ti truslene mot helse. Det var en «risk transition» med at konsummønsteret var i forandring. Det var ikke bare et I-land problem, men også en utfordring i lav- og middelinntektsland i økonomisk vekst.<sup>645</sup>

### ***Proessen mot nordisk alkoholresolusjon og en internasjonale strategi***

Med økende oppmerksomhet mot ikke-smittsomme sykdommer lå forholdene til rette for å utvide Norges internasjonale satsing. De nasjonale verdiene om folkehelseperspektivet og sosialpolitiske hensyn kunne overføres og styrkes i WHO. Våren 2003 besluttet helseministeren og sosialministeren å løfte alkoholområdet opp i organisasjonen med fokus på barn og unge, forebygging og livsstil.<sup>646</sup> Men det viste seg at det ikke var mulig å få til en ren alkoholresolusjon. I styremøtet i 2004 framla Island et resolusjonsutkast basert på nordisk enighet om helsefremmede arbeid og sunn livsstil. De største risikofaktorene som kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og alkohol skulle reduseres.<sup>647</sup>

Da de nordiske landene på forhånd hadde begynte å sondere hvorvidt de kunne vinne frem med et forslag fikk de flere advarsler, blant annet fra innflytelsesrike og sentrale personer i sekretariatet. Dette var på grunn av at alkoholrelaterte spørsmål hadde hatt vanskelig med å

---

<sup>640</sup> På 1990-tallet blir blant annet følgende fremhevet: Nordisk nemnd for alkohol- og drogforskning, Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO), WHO, International Council on Alcohol and Addictions (ICAA), Europarådet (Pompidougruppen) og Ketil Bruun Society for Social and Epidemiological Alcohol Research. Etter årtusenskiftet ble EU spesielt ansett som en viktig arena i helsesamarbeidet.

<sup>641</sup> St. prp. nr. 1 (1989-1990) s. 72., St. prp. nr. 1 (1994-1995). s. 50., St.prp. nr. 1. (1999-2000) s. 78.

<sup>642</sup> World Health Organization 2000a.

<sup>643</sup> World Health Organization 1999c s. 14.

<sup>644</sup> World Health Organization 1999c s. 16.

<sup>645</sup> World Health Organization 2002b s. 10.

<sup>646</sup> Satsingen i kan trolig også sees på bakgrunn av St. meld nr. 16. (2002-2003). *Resept for sunnere Norge* som fremla regjeringens tiårsplan for å bedre den norske folkehelsen.

<sup>647</sup> UD, 337.63, Verdens 57. helseforsamling Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen. 14.05.04 s. 6.

vinne gjennom tidligere på tross av resolusjoner. Motstanden fra industrien og land med sterk alkohollobbyvirksomhet hadde forhindret satsingen. Dessuten hadde Brundtlands vektlegging av tobakk gjort at arbeidet med alkohol midlertidig ble satt til side.<sup>648</sup> Fra starten av var det dermed klart at skillet mellom egeninteresser og prinsippet for å arbeide mot skadelig alkoholkonsum var til stede i saken. I Norge og Norden var alkoholindustrien liten, og presset fra privatøkonomiske interesser var trolig ikke like sterkt som i land hvor alkoholproduksjonen var mye mer sentral.<sup>649</sup> På bakgrunn av dette var det lettere for de Nordiske landene å stå frem som pådrivere og foregangsland i den påfølgende prosessen.

Under styremøtet i 2004 fremla de nordiske landene en kort og generell resolusjon innen helsefremmede tiltak med spesiell vekt på alkohol. Med den endelige formuleringen viste det seg at forslaget fikk bred geografisk støtte.<sup>650</sup> Målsettingen for den nordiske gruppen i styrende organer var å få resolusjonen igjennom uten forandringer og forhindre at det ble mer industrivennlig. Den norske delegasjonen skulle dermed være forberedt på å gå i dialog med motstandere og komme med motforslag.<sup>651</sup> De fleste innspillene til resolusjonen berørte likevel ikke alkoholdelen og landene kunne arbeide for at de resterende bidragene ble så lite kontroversielle som mulig.<sup>652</sup> Da resolusjonen ble vedtatt under helseforsamlingen var grunnlaget for alkoholsatsingen i WHO lagt.<sup>653</sup> Spesielt viktig var det at resolusjonen innebar at generaldirektøren måtte lage en rapport som skulle presenteres i styrende organer for organisasjonens satsing på temaet fremover. Norge skulle dermed arbeide for at rapporten fra sekretariatet ble god og at det ble iverksatt en prosess for å lage en resolusjon på bakgrunn av denne. De nordiske diskusjonene om en felles holdning til alkoholpolitiske spørsmål i internasjonale fora fortsette under det Nordiske ministerrådsmøtet på høsten 2004.<sup>654,655</sup>

For 2005 var det planlagt at alkohol skulle tas opp som et eget tema på styremøtet i januar. Forut for sesjonen hadde den norske delegasjonen et møte med den amerikanske helseråden. Han opplyste at USA ikke var fornøyd med organisasjonens innretting av arbeidet

---

<sup>648</sup> UD, 337.63, E-post fra Turid Kongsvik til Helse- og omsorgsdepartementet. WHO. Innspill til rapport fra 113. styremøte 19.-24 januar 2004. 29.01.04. s. 2.

<sup>649</sup> NOU 1995:24. s. 42.

<sup>650</sup> UD, 337.63, E-post fra Turid Kongsvik til Helse- og omsorgsdepartementet. WHO. Innspill til rapport fra 113. styremøte 19.-24 januar 2004. 29.01.04. s. 2.

<sup>651</sup> UD, 337.63, Verdens 57. helseforsamling Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen. 14.05.04 s. 6 f.

<sup>652</sup> UD, 337.63, Verdens 57. Helseforsamling. Geneve 17.-22. mai 2004. Rapport.10 f.

<sup>653</sup> Slik som under styremøtet var det vanskelig å få til et felles nordisk innlegg. Etter flere forhandlingsrunder, som også til slutt involverte politisk ledelse, oppnådde de enighet.

<sup>654</sup> UD, 337.63, Verdens 57. Helseforsamling. Geneve 17.-22. mai 2004. Rapport.10 f., St. prp. Nr 1. (2004-2005) s. 56.

<sup>655</sup> Målet for møtet var konkrete målsettinger og anbefalinger i forhold til arbeidet i EØS/EU og WHO.

med ikke-smittsomme sykdommer. En av innføyelsene var at tidligere og sittende generaldirektør ikke ville møte industrien som ble berørt av WHO's arbeid. I det henseende var amerikanske helsemyndigheter interessert i å vite hvilke intensjoner som lå bak nordiske ønsket om å få alkohol på dagsorden. Helserråden opplyste at formuleringer tilknyttet helserisiko slik som den nordiske resolusjonen i mai ikke var problematisk. Men landet ville stille seg negativt hvis det involverte pris- og avgiftspolitiske virkemidler. Alle parter, inkludert industrien, burde få delta i diskusjonen.<sup>656</sup>

Det amerikanske synspunkter reflekterte trolig på den ene siden påtrykk fra lobbyister i hjemlandet. På den andre siden har USA i slike saker gjerne inntatt en individualistisk holdning der land og individer skal kunne bestemme konsum selv. Dette var blant annet tendensen i den parallelt gående prosessen for strategien om diett, fysisk aktivitet og helse (kostholdsstrategien). USA hevdet at enkeltes personlige ansvar for egen helse var fraværende i dokumentet og at anbefalinger om avgifter ikke var kunnskapsbasert og kunne dermed ikke godtas.<sup>657</sup> Landet gikk kraftig ut mot strategien og lobbyet WHO-sekretariatet.<sup>658</sup> Det er rimelig å anta at tilsvarende motstand kunne bli gjeldende tilknyttet alkohol-resolusjonen. Likevel kan det stilles spørsmål ved om det var ønskelig fra norsk side at avgifter og kostnader skulle reguleres av organisasjonen i utgangspunktet. Som det utgår fra instruksen til agendapunktet om handel og helse i 2006 skulle delegasjonen arbeide for at internasjonalt handelsregelverk ikke måtte legge begrensninger på landenes muligheter til å kontrollere distribusjon av pris- og avgift på alkoholholdige varer.<sup>659</sup> På den ene siden kan det vurderes på bakgrunn av press fra USA og likesinnede land. På den andre siden kan det vurderes ut ifra at Norge var misfornøyd med liberaliseringen i samtiden internasjonalt. Hvis et regelverk gikk igjennom for å kontrollere dette kunne det føre til en ytterligere liberalisering ettersom landet i utgangspunktet hadde en restriktiv alkoholpolitikk. På denne måten var det et sammenfall mellom norske og amerikanske interesser i saken på tross av at holdninger til pris- og avgiftsnivå var helt motsatt. Begge parter var imot en regulering. Fra amerikansk side som en økonomisk interesse, fra den norske som et tiltak for å begrense skadelig alkoholkonsum.

Forut for styremøtet i 2005 foregikk det trolig nye samtaler med USA i forbindelse med hestehandel av resolusjoner. Sistnevnte forespurte Norge om å være medforlagsstiller til en

---

<sup>656</sup> UD, 337.63, E-post fra Turid Kongsvik til Helse- og omsorgsdepartementet og FN-seksjonen. WHO. EB115. Amerikanske synspunkter. 03.12.04. s. 2.

<sup>657</sup> UD, 337.63, E-post fra Turid Kongsvik til Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. WHO. Styremøte 19.-24 januar 2004. Forberedende møte i Vestgruppa 12. Januar 2004. 12.01.04. s. 2.

<sup>658</sup> UD, 337.63, Verdens 57. Helseforsamling. Geneve 17.-22. mai 2004. Rapport.3.

<sup>659</sup> HOD, 2006, Instruks (håndnotater) til WHO's 117. styremøte, Genève 23.-28 januar 2006. s. 3.



internasjonal handlingsplan om aldring. Innholdet i resolusjonen var i tråd med norsk politikk. Men i den norske instruksen til sesjonen sto det at landet kunne være medforslagsstiller mot at USA ble medforslagsstiller til resolusjonen om alkohol.<sup>660</sup> Jeg har ikke de norske rapportene fra styremøtet ettersom det manglet i arkivet. Men som det utgår fra WHO's møtereferatet var ingen av landene medforslagsstillere til hverandres resolusjoner. Forhandlingene førte trolig ikke frem. Tilknyttet alkohol hadde det likevel blitt innarbeidet et paragraf som fremmet åpne konsultasjoner med representanter fra industrien, jordbruksnæringen og distributører av alkohol. Det er rimelig å anta at dette var et kompromiss fra de nordiske land.<sup>661</sup> Det var kun Tonga som understrekte at de ville ha paragrafen fjernet med henvisning til innflytelse fra kommersielle interesser.<sup>662</sup> USA mente på sin side at paragrafen ikke var sterk nok.<sup>663</sup> I sin helhet fulgte EU-landene de nordiske forslagene og til slutt fikk resolusjonen over 50 medforslagsstillere.<sup>664</sup>

Under behandlingen i helseforsamlingene ble resolusjonen vedtatt med få endringer etter det delegasjonen rapporterte som en «nervepirrende forhandlingsprosess». Resultatet var at det også skulle fremmes en ny rapport fra sekretariatet i 2007. Men det var flere innvendinger, spesielt fra USA. De kunnskapsbaserte policyanbefalingene som trolig ville være sentrale ble hevdet å være diskrediterte og uten vitenskapelig grunnlag. Men slik den norske delegasjonen bemerker ligger disse nært opp til alkoholpolitikken i Norge.<sup>665</sup> I så måte kan det stilles spørsmål ved hvorvidt retorikken var en svertekampanje fra USA sin side. Under forhandlingene for kostholds strategien forsøkte landet tilsvarende å få kunnskapsgrunnlaget underkjent.<sup>666</sup> Videre krevde USA og andre land at alkoholindustrien skulle trekkes inn i sekretariatets arbeid med alkoholspørsmålet og studier finansiert av industrien skulle benyttes i kunnskapsgrunnlaget. Dette ble vurdert som en utfordring fra den norske delegasjonens side.<sup>667</sup>

I helseforsamlingen i 2007 skulle Norge sikre at sekretariatet fikk et klart mandat for å jobbe videre med området tilknyttet skadelig bruk av alkohol.<sup>668</sup> Under sesjonen var det anslått

---

<sup>660</sup> UD, 337.63, Instruks til WHO's 115. styremøte, Genève 17-25. januar 2005. Saksnr: 2002/0025 - 60. s. 6.

<sup>661</sup> Island var det eneste nordiske landet som stilte som medforslagsstiller til USA sitt resolusjonsforslag om aldring.

<sup>662</sup> World Health Organization 2005 s. 114 ff.

<sup>663</sup> World Health Organization 2005 s. 121.

<sup>664</sup> HOD, 2005, Instruks til Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005. s. 9.

<sup>665</sup> HOD, 2005, Oppsummering (rapport) fra Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005. s. 2.

<sup>666</sup> UD, 337.63, Verdens 57. Helseforsamling. Geneve 17.-22. mai 2004. Rapport.9.

<sup>667</sup> HOD, 2005, Oppsummering (rapport) fra Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005. s. 2.

<sup>668</sup> HOD, 2007, Instruks til WHO's 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23. mai 2007. s. 12.

35 representanter for alkoholindustrien og 7-8 fra ikke-statlige organisasjoner som deltok på lobbyarenaene under drøftelsene. Under møtet ble det videre reist et forslag om å utarbeide en global strategi på området. Men landene klarte ikke å oppnå enighet, og det var særlig de karibiske landene som var kritiske. De vektla de positive effektene av alkohol og viste til informasjonsprogrammer i samarbeid med industriinteressene.<sup>669</sup> Slik som før hadde dette paralleller med kostholdsstrategien. For USA og u-land der sektoren hadde stor økonomisk betydning ble anbefalingene motarbeidet.<sup>670</sup> I alkoholsaken var Cuba den største motstanderen og stod til slutt alene. Landet klarte likevel å forhindre en resolusjon for de andre 192 medlemslandene.<sup>671</sup>

I den påfølgende prosessen for en alkoholstrategi hadde Norge en noe mer tilbaketrukket rolle enn tidligere. Etter uformelle konsultasjoner var det den Afrikanske regionen som påtok seg lederskapet. Dette førte til at saken fikk styrket legitimitet og var i så måte en god strategi. Norge vurderte selv at hovedtrekkene fra den nordiske resolusjonen ble bevart og landet inntok rollen som kontaktpunkt mellom Afrika og Norden.<sup>672</sup> Slik som før oppstod det dragkamp mellom land med økonomiske interesser og de resterende. Dette gjaldt spesielt da Mexico fikk innarbeidet et sterkere paragraf enn tidligere vedrørende økonomiske aktører. Likevel klarte medlemslandene å komme til enighet i saken under helseforsamlingen i 2008 og det ble vedtatt å utarbeide en global strategi mot skadelig alkoholbruk.<sup>673</sup> Arbeidet med strategien fortsatte i uformelle møter i 2009 og under styremøtets sesjon i 2010.<sup>674</sup> Den norske delegasjonen rapporterte at Afrika spilte en «dempende» rolle på Cuba ved å påpeke at det var et sterkt behov for økt fokus på ikke-smittsomme sykdommer generelt og alkohol spesielt. Ellers spilte blant annet USA en konstruktiv rolle ettersom landet hadde endret tone på grunn av presidentskiftet i 2008.<sup>675</sup> I realiteten var saken ferdigforhandlet før helseforsamlingen og hadde kun enkelte justeringer før den ble vedtatt under sesjonen i mai 2010.<sup>676</sup> Fra norsk side ble det vurdert som ønskelig med et mer forpliktende tiltak, men ifølge instruksjonen var ikke tiden moden for dette.<sup>677</sup>

---

<sup>669</sup> HOD, 2007, Rapport fra WHO 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23 mai 2007.s. 2 f., HOD, 2007, Rapport fra WHO 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23 mai 2007.0 2007 s. 9 f.

<sup>670</sup> UD, 337.63, Verdens 57. Helseforsamling. Genève 17.-22. mai 2004. Rapport. s. 9.

<sup>671</sup> HOD, 2007, Rapport fra WHO 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23 mai 2007.s. 2 f., HOD, 2007, Rapport fra WHO 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23 mai 2007.0 2007 s. 9 f.

<sup>672</sup> HOD, 2011, Norsk rapport fra WHO styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011. s. 8.

<sup>673</sup> HOD, 2008, Rapport fra Verdens helseforsamling 61 (WHA61) og punktreferat bilaterale møter, Genève 19.-23 mai 2008. s. 10.

<sup>674</sup> HOD, 2010, Instruks til WHO 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010. s. 19.

<sup>675</sup> HOD, 2010, Rapport fra WHO 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010. s. 12.

<sup>676</sup> HOD, 2010, Rapport fra WHO 63. helseforsamling (WHA63) Genève, 17.-21 mai 2010 & WHO 127. styremøte (EB127) Genève 22. mai 2010.2010 s. 9.

<sup>677</sup> HOD, 2010, Instruks til WHO 63. helseforsamling (WHA63) og Executive Board (EB127), Genève, 16.-22 mai 2010.s. 18.

## Avslutning

Temaet for dette kapitlet er Norges politikk og helsediplomati i forhold til saker som berører tradisjonell høypolitikk i Verdens helseorganisasjon (WHO) mellom 1990 og 2013. Målet med kapitlet var dermed å; 1) undersøke Norges posisjonering i saker som berører tradisjonell høypolitikk på en arena som gjerne blir oppfattet som å tilhøre lavpolitikk, og 2) undersøke Norges motivasjon og rolle i saker som har kontaktflate med lands viktigste interesser. Hovedproblemstillingen var dermed å analysere hvordan Norge forholdt seg til handel- og sikkerhetspolitiske spørsmål i WHO. Underproblemstillingene var å undersøke landets alliansepartnere og hvordan handel- og sikkerhetspolitiske interesser ble vurdert i forhold til helseinteresser.

Jeg begynte kapitler med å undersøke saken om kjernevåpen, miljø og helse i WHO. I perioden som oppgaven dekker etablerte Norge en profil som miljøforkjemper med Brundtlandkommisjonen og arbeidet for at miljøhensyn ble innarbeidet i WHO. Norske interesser kunne knyttet til å bevare miljøet i nord og utfordringene med dumping av radioaktivt avfall. Likevel stilte landet seg sammen med vestlige allierte og motarbeidet resolusjonen om konsekvensene av kjernevåpen på miljø og helse. Den tradisjonelle sikkerhetspolitiske interessen var dermed viktigere. Som avdelingen i UD understrekte, kunne en resolusjon i sin ytterste konsekvens føre til en utvikling der NATOs forsvar ble folkerettsstridig. Dette kunne ikke bare potensielt skade alliansen, men også Norges diplomatiske forhold til USA.

I den norske posisjoneringen tilknyttet landminer var det en annen tendens enn ved kjernevåpen på tross av dens berøringspunkter med sikkerhetspolitikk. Tilsynelatende var det helsemessige aspektet kjernen og landet videreførte den tidligere internasjonale satsingen også i WHO. Norge bidro til utarbeidelse av resolusjon i organisasjonen og støttet resolusjonsutkastet til Honduras. I det kontroversielle egyptiske forslaget sto Norge sammen med de Afrikanske landene og det østlige Middelhavet. På den andre siden i saken var styremedlemmene fra EU-området. Under helseforsamlingen oppstod det også en sjelden splittelse i den Nordiske gruppen der Finland ikke kunne undertegne. Utenrikspolitisk generelt skapte minesaken også diplomatiske utfordringer med USA. I sin helhet sto Norge dermed på den andre siden i saken enn de sikkerhetspolitiske partnerne. Helseinteressene trumfet den tradisjonelle høypolitikken. Muligheten for Norge å innta en selvstendig linje kan sees på bakgrunn av flere forhold: Sakens prestisje og internasjonal oppmerksomhet og oppslutning, strid om effektiviteten internt i USA, Clintons nedtrapping av minebruk, bruk av våpen som

ikke ble omfattet av ordningen og at NATO-landene generelt sto friere i spørsmålet enn våpnene som opprettholdt terrorbalansen.

Som det utgår fra saken om destruksjon av koppeviruslagrene har Norge hatt en skiftende rolle og holdning i diskusjonen. De som klarest var for å bevare lagrene var USA og Russland som selv hadde viruset. Frem til møtene i 2001 gikk imidlertid Norge inn for en destruksjon av viruset på faglig grunnlag. De ble vurdert som lite hensiktsmessig å bevare dem fra norsk side og Folkehelseinstituttet fryktet en videre utsettelse med henvisning til diverse forskningsprosjekter. Det helsemessige var dermed i sentrum i stedet for politisk samhold med USA. Men etter 9/11 fikk saken en tydeligere forsvar- og sikkerhetspolitisk profil og Norge holdt samme linje som sine NATO allierte de påfølgende årene. På tross av at kritikerne ble gradvis mer synlige holdt Norge en lav profil og sto sammen med de sikkerhetspolitiske partnere, EU og USA. Fra 2011 inntok Norge en ny holdning i saken: tidsbegrenset forskning og ikke støtte eller være medforslagsstiller til USAs resolusjon. Standpunktet om hvilke side landet tilhørte ble mer diffust enn før og kan trolig sees på bakgrunn av at; 1) EU var splittet i spørsmålet som man tidligere sto samlet med, 2) 9/11 var mer på avstand og 3) det var ulik holdning internt i Norge mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Om sistnevnte dreide seg om en vektlegging av politisk og/eller faglige-interesser kan trolig diskuteres med hensyn til helsekonsekvenser og samhold med USA. I forbindelse med den nye holdningen i styrende organer og ved forespørselen om vertskapet for arbeidsmøtet tilknyttet inspeksjon av lagrene kan det stilles spørsmål ved om Norge fikk en ny rolle som «nøytral», men interessert tredjepart.

Saken om den nordiske alkoholresolusjonen tjente som eksempel i dette kapitlet på hvordan Norge markerte seg i spenningsfeltet mellom ikke-smittsomme sykdommer og handelsinteresser. De nordiske landene gikk i bresjen for å fremme tiltak for å begrense skadelig alkoholkonsum, og stod i opposisjon med sterke næringslivsinteresser. Norges satsing kan sees i sammenheng med nasjonale politiske verdier, øvrig arbeid internasjonalt og svak alkoholindustri i Norden. Men allerede i oppstartsfasen ble de nordiske landene advart mot satsingen i WHO, og i 2004 var det norsk instruks å forhindre at det nordiske resolusjonsforslaget ble mer industrivennlig. USA etablerte seg som en motpart i flere av diskusjonene og talte industriens sak i alkoholspørsmålet den parallelt gående saken om kostholdsstrategien. Imidlertid virker det som USA og Norge hadde en felles interesse av at avgifter og kostnader på alkohol ikke skulle reguleres av organisasjonen. Fra amerikansk side var det en økonomisk interesse, fra norsk side et tiltak for å begrense skadelig alkoholkonsum. Et forsøk på samarbeid mellom Norge og USA førte ikke frem i 2005, og slik som med

kostholdsstrategien forsøkte USA å undergrave resolusjonen og ønsket at industrien skulle trekkes sterkere inn i arbeidet. Dette oppfattet Norge som problematisk. Fra 2007 var det de karibiske landene som anførte kritikken, og USA og U-land med store økonomiske interesser motarbeidet anbefalingene. I den påfølgende prosessen mot alkoholstrategien i 2010 inntok Norge en mer tilbaketrukket rolle enn før mot at de afrikanske landene gikk i bresjen. Dette ga saken styrket legitimitet og virket dempende på Cuba som var en uttalt kritiker. Ved det endelige vedtaket av strategien i 2010 ønsket Norge en mer forpliktende ordning, men de vurderte at tiden ikke var moden for dette enda.

Basert på sakene jeg har vurdert i dette kapitlet er det mulig å konkludere med noen overordnede vurderinger. I de sikkerhetspolitiske spørsmålene inntok Norge ulike standpunkt i spørsmål om helse vis-à-vis sikkerhet og den varierte trolig etter hvor aktuelle våpnene var. Hvorvidt landet prioriterte den tradisjonelle høypolitikken var dermed avhengig av konteksten. Da koppevirus tydeligere enn før ble vurdert som et sikkerhetsproblem etter 9/11 sto Norge nær sine NATO allierte. Da forholdene var annerledes i 2011 forandret standpunktet seg tilsvarende og landet kunne innta en ny rolle. I saken om landminer ble helsekonsekvensene prioritert fremfor sikkerhet og forholdene lå til rette at landet kunne gå i bresjen for dette. Norge sto dermed på andre siden enn de tradisjonelle samarbeidspartnere. Finland foretok eksempelvis en annen vurdering i saken grunnet viktigheten av våpenet for landet. I saken om atomvåpen var det tilsynelatende ingen tvil at Norge valgte å prioritere sikkerhetspolitikk på den ene siden og helse og miljø på den andre. Landet sto sammen med NATO og den tradisjonelle lavpolitikken og menneskelig- og miljømessig verdighet ble nedvurdert på tross av Norges utenrikspolitiske profil. Tilknyttet de økonomiske sakene ved NCD og alkohol lå forholdene til rette for en selvstendig linje. Norge kunne fremme helseperspektivet på bekostning av markedsperspektivet ettersom landet ikke hadde store økonomiske interesser og besatt en nasjonal profil som vektla helse- og sosialpolitiske hensyn. Politisk samhold med USA var mindre viktig og kan delvis sees på bakgrunn av at skillet i saken var tverrregional med I-land og U-land på hver sin side avhengig av viktigheten av næringen i det aktuelle landet. Hvorvidt dette er et generelt trekk i saker som berører handelsinteresser kan jeg ikke besvare i denne analysen, men det kan være et åpent spørsmål til videre forskning. Likevel er det en indikator på norsk holdning vedrørende NCD og økonomiske saker i WHO.

## **Konklusjon**

Undersøkelsen av Norges utenrikspolitikk og helsediplomati i Verdens helseorganisasjon fra 1990 til 2013 viser at landet har inntatt flere roller i perioden. Målet for dette kapitlet er å trekke trådene sammen på tvers av de tematiske analysene. Min hovedproblemstilling i masteroppgaven var å undersøke hvordan Norge i ulike faser markerte seg som en politisk og diplomatisk aktør i organisasjonen. Videre hadde jeg to underproblemstillinger der jeg ønsket å analysere hvordan Norge søkte innflytelse og hvilke strategier og holdninger landet reflekterte. Formålet med masteroppgaven var å bidra til kunnskap på et relativt nytt forskningsområde, og belyse en stadig viktigere del av den norske utenrikspolitikken.

Dette kapitlet er strukturert rundt fire overskrifter. Først vil jeg vise til hovedfunnene i masteroppgaven basert på de undersøkte temaene. Deretter vil jeg foreta noen overordnede vurderinger med hensyn til oppgavens problemstillinger. I den tredje overskriften vil jeg gjøre rede for refleksjoner av de anvendte begrepene og teoriene. Avslutningsvis presenterer jeg forslag til videre forskning basert på funnene i min egen undersøkelse.

### **Et land med flere roller**

I Verdens helseorganisasjon var Norge mellom 1990 og 2013 en aktør med flere roller. Landet var en stor økonomisk bidragsyter, en deltaker i kampen for toppverv, en kritisk støttespiller og et medlemsland i skillelinjen mellom høy- og lavpolitikk i organisasjonens virke. Hvert område representerte en måte for Norge å markere seg og skape en profil i WHO. Internt i saksfeltene reflekterte landet ulike strategier, holdninger og måter å søke innflytelse. I det følgende vil jeg gjøre rede for hovedfunnene i masteroppgaven.

### **Økonomisk bidragsyter**

Ved de frivillige bidragene til organisasjonen kunne Norge markere seg og sin politikk på ulike måter. Oppgang, nedgang og utflating av økonomiske midler til organisasjonen var en kombinasjon av faglige og politiske vurderinger i samtiden. På den ene siden demonstrerte de frivillige bidragene Norges satsingsområder og landets rolle som støttespiller til temaer som fikk økende oppmerksomhet i den internasjonale diskursen. På den andre siden ble de økonomiske bidragene brukt til å demonstrere Norges holdning til WHO. For eksempel varierte bidragene i størrelse alt etter om landet var kritisk til organisasjonen eller hadde tillit til dens

virksomhet. Samtidig endret bidragene seg med hensyn til norsk styremedlemskap og WHOs plass i den øvrige bistandspolitikk.<sup>678</sup>

Områdene som ble prioriterte mål for bevilgning av frivillige bidrag vurderte jeg som en kumulativ utvikling fra 1990 til 2013. Det var en gradvis utvidelse og nyorientering der områder som berørte barne- og mødre helse, primærhelsesystemer, forskning og ikke-smittsomme sykdommer ble vektlagt. I den grad det representerte et brudd i bevilgningene var prioriteringen av det sistnevnte temaet. Generelt i perioden fant det sted en økt satsing med hensyn til økonomiske ressurser og antall programmer og aktiviteter. Målene ble mer konsentrert og justert i lys av den nasjonale og internasjonale konteksten på 1990-tallet og frem til 2013. I sin helhet vurderte jeg utviklingen som at Norge var blitt en mer aktiv aktør i organisasjonen som en økonomisk bidragsyter.<sup>679</sup> Prioriteringen mellom de norske satsingsområdene reflekterte til en viss grad at de frivillige bidragene ble bevilget over bistandsbudsjettet som var underlagt Utenriksdepartementet.

Måten landet forholdt seg til frivillige bidrag og øremerkede midler var også i forandring. Et gjennomgående trekk var viktigheten av midlene for organisasjonen. For Norge kunne midlene brukes til å; 1) vedlikeholde prioriterte områder, 2) etablere en profil som stor økonomisk bidragsyter og ved å støtte bestemte temaer, 3) markere seg som kritiker, og 4) bruke frivillige bidrag som insentiv til reform og forandring. I så måte var det et virkemiddel som kunne gi innflytelse. Samtidig bidro da landet til utfordringene med frivillige bidrag ved å skape ustabile momenter i WHOs budsjett. Likevel markerte Norge seg rundt årtusenskiftet med flere tiltak for å motvirke uheldige tendenser med ubalansen i budsjettet og øremerking. Landets innsats på området ble også fremhevet av organisasjonens generaldirektør. Paradoksalt nok økte likevel øremerkingen fra Norge mellom 2008 og 2013. Imidlertid er det rimelig å anta at det kan vurderes som en del av den naturlige svingningen i binding av midler. Totalt sett øremerket Norge mindre enn øvrige aktører i WHO. I sin helhet var dermed utviklingen siden 1990-tallet preget av en gradvis oppmykning av de norske bidragene samtidig som det var et foregangsland i organisasjonen med avbinding av EBF.<sup>680</sup>

### **Kampen om generaldirektørvervet**

Valgkampen for å sikre Gro Harlem Brundtland generaldirektørvervet vurderte jeg som en viktig prosess for å oppnå anerkjennelse internasjonalt generelt og innflytelse i WHO spesielt.

---

<sup>678</sup> Se kapittel 1 s. 25 ff.

<sup>679</sup> Se kapittel 1. s. 27 ff.

<sup>680</sup> Se kapittel 1. s. 35 ff.

Slik Kai Kruger Henriksen i PR-firmaet Burson-Marsteller understrekte i et intervju med Aftenposten var det en billig måte å skape en profil for Norge. Videre hevdet jeg at toppvervet kunne gi indirekte makt gjennom stillingens formelle posisjon i organisasjonens konstitusjon og uformelt gjennom agendasetting og normetablering. Både kampanjen generelt og fremgangsmåten spesielt demonstrerer viktigheten av toppvervet for Norge i organisasjonen.<sup>681</sup> Landet var en aktiv deltaker og strategiene og virkemidlene var flere. Slik Jonas Gahr Støre understrekte var det overordnede grepet å drive et aktivt diplomati.<sup>682</sup>

Landet utnyttet flere bilaterale og multilaterale settinger og relasjoner for å drive valgkamp. Som et ledd i kampanjen skapte også Norge arenaer ved å holde lunsjer, seminarer og ved å besøke statsoverhoder i sentrale medlemsland.<sup>683</sup> Offentlig diplomati ble brukt for å mobilisere myke maktressurser under reisene og var en del av mediestrategien. De myke maktressursene som ble fremmet i de ulike settingene var Brundtlands personlige bakgrunn, landet hun kom fra, tidligere erfaring og valgplattformen. Men disse momentene ga kun makt og innflytelse i den grad det ble oppfattet som attraktiv. Eksempler på at profilen kunne få motsatt effekt var at Norge som nordisk land ble oppfattet som moralsk arrogante og at valgplattformens reformagenda mobiliserte kritikere til forandring. Andre faktorer som kunne skade de myke maktressursene var ryktespredning. Dermed var det viktig med tiltak for å bekjempe desinformasjon på flere områder.<sup>684</sup> Det siste strategiske grepet jeg undersøkte var alliansebyggingen. Den var preget av frivillig tilslutning og hestehandel med andre land. I sin helhet benyttet Norge seg av smart makt ved etablering av «venneland». På denne måten kunne Norge sikre oppslutning på den mest effektive måten.<sup>685</sup>

### **En kritisk støttespiller**

Norge markerte seg i organisasjonen som en kritisk støttespiller ved motstanden av lederskap under Hiroshi Nakajima og bidragene til reformdebattene mellom 1990 og 2013. Kritikken av WHO's lederskap var noe avventende i begynnelsen av perioden. Men motstanden eskalerte med gjenvalget og påfølgende korrupsjonsavsløringer. Motivasjonen for motstanden var både egennytte og en reel bekymring for organisasjonens utvikling. I de påfølgende årene ble rollen som kritisk støttespiller utøvet gjennom flere tiltak: krasse uttalelser i styrende organer, reduksjon av frivillige bidrag, eksterne evalueringer av WHO's virksomhet, mulig støtte til det

---

<sup>681</sup> Se kapittel 2. s. 47 f.

<sup>682</sup> Se kapittel 2. s. 50 f.

<sup>683</sup> Se kapittel 2. s. 51 ff.

<sup>684</sup> Se kapittel 2. s. 60 ff.

<sup>685</sup> Se kapittel 2. s. 56 ff.



afrikanske forslaget for å presse frem ledelsens avgang og støtte til Brundtlands overgangsteam og fornyelsesfond. I tråd med småstatsteorien vil jeg hevde det var mulig for Norge å få en status som «good power». Landet søkte en moralsk profil i kritikken av ledelsen og viste evne til å tilby ressurser, hjelp og råd. Satsingen og påfølgende synlighet gjorde at landet kunne stå frem blant likemenn ved å innta en aktiv pådriverrolle. Statusen som «good power» og rollen som kritisk støttespiller var også noe som Norge kunne kapitalisere på i valgkampen til Brundtland.<sup>686</sup>

Bidraget til reformagendaen i WHO var en sentral del av å innta rollen som kritisk støttespiller. Først ved Oslo-rapportene som et uttrykk for bekymring for manglende implementering av nødvendige forandringer. Deretter ved en reformvennlige linjen i arbeidet med styrereform, FN-prosjektet «Delivery as One» og generaldirektørens reformprosess fra 2010. Norge bidro med skriftlige og muntlige innspill og deltok på flere arenaer for å fremme reformagendaen. I sin helhet bidro Norge aktivt og var synlig selv om de ikke nødvendigvis fikk gjennomslag for alt. Som det blir hevdet i småstatsteorien kan det oftere bety mer å ta del i handlingsforløpet enn selve utfallet.<sup>687</sup>

Den uttrykte motivasjonen i arbeidet for reformer var å forbedre organisasjonen. Hvorfor reformer var et prioritert område for å markere Norge er noe mer diffust. Men at landet bidro med ressurser og råd til et formål uten tydelige egeninteresser kunne gi Norge en status som «good power». I reformprosessen fra 2010 ble statusen underbygget ved Norges moralske standpunkt i forhandlingene. Landet understrekte viktighetene av organisasjonens demokratiske prinsippet og at store donorland ikke burde få mer innflytelse. Dette var på tross av at Norge var en av de største økonomiske bidragsyterne.<sup>688</sup>

### **En aktør i skillelinjen mellom høy- og lavpolitikk**

Som en aktør i skillelinjen mellom høy- og lavpolitikk inntok Norge skiftende allianser og reflekterte ulike interesser. Den røde tråden i den norske holdningen og profilen tilknyttet sikkerhet og økonomi skiftet i forhold til kontaktflaten med hardpolitikk.

De sikkerhetspolitiske standpunktene i spørsmål om helse vis-à-vis sikkerhet varierte trolig etter hvor aktuelle våpnene var. Hvorvidt landet prioriterte den tradisjonelle høypolitikken var dermed avhengig av konteksten. I saken om atomvåpen var det tilsynelatende ingen tvil at Norge valgte å prioritere sikkerhetspolitikk på den ene siden og helse og miljø på

---

<sup>686</sup> Se kapittel 3 s. 71 ff.

<sup>687</sup> Se kapittel 3. s. 90 ff.

<sup>688</sup> Se kapittel 3. s. 90 ff.

den andre. Landet sto sammen med NATO og den tradisjonelle lavpolitikken og menneskelig- og miljømessig verdighet ble nedvurdert på tross av Norges utenrikspolitiske miljøprofil.<sup>689</sup> I saken om landminer var imidlertid prioriteringene annerledes enn våpnene som kun få år i forveien opprettholdt terrorbalansen. Her ble helsekonsekvensene vektlagt fremfor sikkerhet og forholdene lå til rette for at landet kunne gå i bresjen for dette både nasjonalt og internasjonalt. I forhandlingene i WHO sto dermed Norge på andre siden enn de tradisjonelle samarbeidspartnere og var en aktiv deltaker.<sup>690</sup>

Viktigheten av konteksten er spesielt synlig i forhold til vurderingen av destruksjon av koppeviruslagrene. Frem til 2001 ønsket Norge at beholdningene skulle ødelegges. Etter 9/11 ble koppeviruset mer enn før vurdert som et sikkerhetspolitisk problem og Norge søkte samhold med NATO allierte. Da holdningen i den norske forvaltningen og forholdene internasjonalt var forandret i 2011 endret Norge standpunkt tilsvarende. Landet valgte å ikke støtte USA sin resolusjon i saken samtidig som Norge ikke gikk aktivt inn for å motarbeide det. I forbindelse med den nye holdningen i styrende organer og ved forespørselen om vertskapet for arbeidsmøtet tilknyttet inspeksjon av lagrene, kan det stilles spørsmål ved om Norge fikk en ny rolle som «nøytral», men interessert tredjepart.<sup>691</sup>

Den nordiske alkoholsatsingen tjente som eksempel på hvordan Norge markerte seg i spenningsfeltet mellom ikke-smittsomme sykdommer og handelsinteresser. Jeg vurderer temaet slik at satsingen på alkohol var en forlengelse av norske politiske verdier og den øvrige internasjonale satsingen i samtiden. Norge sammen med de andre nordiske landene prioriterte helseinteresser ved en ønske om å redusere skadelig alkoholkonsum på bekostning av markedsperspektivet. Denne holdningen var stabil i hele perioden fra 2004 til alkoholstrategien i 2010, og kan sees i sammenheng med at Norge ikke hadde store økonomiske interesser tilknyttet alkohol. Politisk samhold med USA var mindre viktig og kan delvis vurderes på bakgrunn av at skillet i saken var tverregional med I-land og U-land på hver sin side avhengig av viktigheten av næringen i det aktuelle landet. Forholdene lå dermed til rette for at Norge kunne prioritere helseinteresser på bekostning av andre aktørers handelsinteresser.<sup>692</sup>

### **Norge som en politisk og diplomatisk aktør**

Norge markerte seg som en politisk og diplomatisk aktør i organisasjonen gjennom de fire nevnte rollene i WHO. Hver for seg representerte de som allerede vist ulike holdninger,

---

<sup>689</sup> Se kapittel 4. s. 96 ff., 117.

<sup>690</sup> Se kapittel 4. s. 100 ff., 117.

<sup>691</sup> Se kapittel 4. s. 103 ff., 117.

<sup>692</sup> Se kapittel 4. s. 109 ff., 117.

interesser, prioriteringer og strategier. Ved den foreliggende empirien vil jeg konkludere med at Norge etablerte en profil som en aktiv deltaker, støttespiller og økonomisk og politisk bidragsyter som ønsket at organisasjonen skulle fungere best mulig. Samtidig var ikke landet redd for å konfrontere andre interesser og fremme egne standpunkter. Enten det var mot organisasjonens ledelse, motstand i kampanjen for generaldirektørvervet, industriinteresser eller å innta standpunkter i konflikt med tradisjonelle samarbeidsland. Norge gikk som vist i bresjen for avbinding av bidragene, reformer og sakene om alkohol og landminer. Unntaket var likevel aspekter ved den norske sikkerhetspolitikken der verdimessige prinsipper ble tilsidesatt for andre prioriteringer i form av politisk samhold eller forsvar- og beredskapsvurderinger. Men Norge var konsulterende i sin innsats. Med unntak av få tilfeller mener jeg at det var et sammenfall mellom norske holdninger og interesser på den ene siden og det som var organisatorisk gunstig for WHO. I så måte møttes både den nasjonale holdningen og faglige mål. Dette var et gjennomgående trekk i Brundtlands valgkamp og i rollen som kritisk støttespiller. Økonomisk ble dette gradvis mer tydelig mot årtusenskiftet. I seg selv kan det stilles spørsmål ved om det var en bevisst strategi å etablere en slik profil på tvers av de undersøkte områdene. Uavhengig av dette er det likevel slik Norge til slutt oppfattet seg selv og eventuelt ønsket å fremstå. Som det utgår fra stortingsmeldingen for *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* ble det hevdet at «Norge er ikke blant de største internasjonale aktørene, men våre standpunkter, ressurser og vilje til å bidra gjør at vi ofte blir lyttet til».<sup>693</sup>

### **Teoretisk refleksjon**

I denne oppgaven benyttet jeg meg av flere teorier for å belyse den norske politikken og diplomatiet i WHO. I det følgende vil jeg foreta noen overordnede vurderinger tilknyttet Småstatsteorien, maktteorien, offentlig diplomati og forståelsen av interessebegrepet i småstaters utenrikspolitikk.

En utfordring ved å benytte teorier i historiefaget er at de kan bli «klistrelapper» i stedet for å belyse kildematerialet. I slike tilfeller benytter man teori for teoriens del. I denne masteroppgaven hadde jeg en pragmatisk tilnærming til teori der jeg anvendte det som kunne være fruktbart i henhold til temaet. Hvorvidt det bidro til ny kunnskap var varierende. De som ga minst var trolig Joseph Nyes maktteori og offentlig diplomati i Brundtlands valgkamp i kapittel 2. Etter min egen vurdering vil disse vært mer fruktbare hvis jeg hadde benyttet rammeverket for å analysere global helse generelt i norsk utenrikspolitikk. I valgkampen var de litt åpenbare for å analysere strategiene for å sikre generaldirektørvervet. Begrepene tjente mest

---

<sup>693</sup> Meld. St. 11 (2011-2012) s. 36.

til å navngi ulike handlinger og maktressurser i kampanjen. Dette var også en tendensen i kapittel 3 der jeg benyttet småstatsteorien som beskrevet av bidragsytere i *Small states and status seeking: Norway's quest for international standing* i undersøkelsen av Norge som kritisk støttespiller. Likevel tilbød teorien en ramme for å forstå Norges rolle og holdning i et multilateralt system som en «good power». Det som likevel mangler er eksplisitte synspunkter fra andre land som kan indikere hvordan Norge i realiteten ble vurdert.

Forståelsen av interesser i den norske utenrikspolitikken som beskrevet av Halvard Kvale Svenbalrud og Jan Egeland presenterte også forklaringer og analytiske begreper for å forstå de norske holdningene. Spesielt med tanke på hvilke tilfeller helsemessige prinsipper måtte vike for egeninteresser. Denne formen for analyse passer sammen med de tradisjonelle undersøkelsene av motiver i det globale helsediplomatiet.<sup>694</sup> Likevel tilførte denne undersøkelsen småstatsperspektivet i diskusjoner om lands adferd i helsearkitekturen. I så måte kan det stilles spørsmål ved om det er mulig å generere en egen teori om helseinteresser i småstaters utenrikspolitikk og helsediplomati. I kombinasjon med teorien om statussøken og ved intervjuer som metodisk tilnærming, kan dette være utgangspunkt for interessante perspektiver til videre forskning.

## **Videre forskning**

Global helse generelt og WHO spesielt er et lite utforsket felt i Norsk utenrikspolitikk. I perioden som denne masteroppgaven dekker er det flere saker og tilnærminger som er interessant for videre forskning. I det følgende vil jeg kort trekke frem temaer som krever ytterligere undersøkelser og som kan benyttes som utgangspunkt for en eventuell Ph.d avhandling.

For Norge var organisasjonens demokratiske prinsipp viktig i reformdebatten fra 2010. Imidlertid kan denne demokratiske linjen settes opp mot annen politikk i organisasjonen som Norge frontet; 1) etablering av partnerskap der andre aktører kunne påvirke organisasjonens arbeid, 2) motstand mot medlemskap til Taiwan og Palestina, og 3) øst-europeiske lands inntreden i organisasjonen etter oppløsningen av Sovjetunionen. Norges ønske om samarbeid i partnerskap kan også være interessant å undersøke som en forlengelse av «den norske modellen» i norsk bistandspolitikk.

Forskning for å belyse Gro Harlem Brundtland som en indirekte representant for Norge i WHO er også et tema som krever ytterligere undersøkelser. Jeg mener at en slik studie kan sees i lys av normentreprenørteorien for å demonstrere innflytelse i organisasjonen. Tilsvarende

---

<sup>694</sup> Se introduksjonskapittel s. 5.

kan trolig flere saker der Norge var aktive vurderes på bakgrunn av denne teorien. Blant annet rammekonvensjonen om tobakk, rammeverket for ikke-smittsomme sykdommer og satsingen på mor- og barns helse.

Et annet potensielt motsetningsfylt forhold som krever ytterligere studier er forbindelsen mellom bevilgninger av økonomiske midler gjennom programsamarbeidavtalene og den aktiviteten som blir prioritert i den norske retorikken, innsatsen i styrende organer og deltakelse i forhandlingsrunder.

Tilknyttet undersøkelsen av Brundtlands valgkamp for generaldirektørstillingen kan det også vært interessant å foreta en sammenligning av hvordan Norge generelt søker toppverv og driver valgkamp i utenrikspolitikken. Dette er spesielt interessant med hensyn til valget av Jens Stoltenberg til generalsekretærstillingen i NATO 2014. En annen komparativ studie kan være undersøkelser av Nordisk politikk i WHO og andre småstaters arbeid i organisasjonen.

## Kilder og litteratur

### Utenriksdepartementets arkiv, Oslo<sup>695</sup>

- 337.63, WHO - Arbeidsgruppen Generaldirektør - stillingen.
- 337.63, Arbeidsgruppe generaldirektør-stillingen, Saksnr. 97/05898.
- 337.63, WHO - Arbeidsgruppen generaldirektør - kandidaturet, Saksnr. 97/05898.
- 337.63, WHO - Arbeidsgruppen generaldirektør - kandidaturet, Saksnr. 97/05898.
- 337.63, WHO - 1999 - 52. Generalforsamling - Helseforsamlingen, 17.05.99-25.05.99. Saksnr: 1999/04413.
- 337.63, WHO - 1999 - 52. Generalforsamling - Helseforsamlingen, 17.05.99-25.05.99. Saksnr: 1999/04413.
- 337.63, WHO - 1998 - 51. Generalforsamling - Helseforsamlingen 11.05.98. Saksnr: 1998/03754.
- 337.63, WHO - 2000 - 53. Generalforsamling - Helseforsamlingen, 15.05.00-20.05.00. Saksnr: 2000/02067.
- 337.63, WHO - 2000 - 53. Generalforsamling - Helseforsamlingen, 15.05.00-20.05.00. Saksnr: 2000/02067.
- 337.63, WHO - 1997 - 50. Generalforsamlingen - Helseforsamlingen. Saksnr: 97/04044.
- 337.63, WHO - 1997 - 50. Generalforsamlingen - Helseforsamlingen. Saksnr: 97/04044.
- 337.63, WHO - 1997 - 50. Generalforsamlingen - Helseforsamlingen. Saksnr: 97/04044.
- 337.63, WHO 1995-96. Eksekutivkomiteen (styret). Saksnr. 1995/01677.
- 337.63, WHO 1995-96. Eksekutivkomiteen (styret). Saksnr. 1995/01677.
- 337.63, WHO 1995-96. Eksekutivkomiteen (styret). Saksnr. 1995/01677.
- 337.63, WHO 1999-2000. Eksekutivkomiteen (styret). Styremøter. Her også valg. Saksnr. 1999/01503.
- 337.63, WHO - 1998. Eksekutivkomiteen/ Styret/Styremøter Her: Valg. Saksnr: 97/12088.
- 337.63, WHO - 1998. Eksekutivkomiteen /styret/styremøte her: Valg. Saksnr: 97/12088.
- 337.63, WHO - 1998. Eksekutivkomiteen /styret/styremøte her: Valg. Saksnr: 97/12088.
- 337.63, WHO - 1998. Eksekutivkomiteen /styret/styremøte her: Valg. Saksnr: 97/12088.
- 337.63, WHO - 1999-2000. Eksekutivkomiteen (styret) Her også valg. Saksnr: 1999/01503.
- 337.63, WHO - 1999-2000. Eksekutivkomiteen (styret) Her også valg. Saksnr: 1999/01503.

---

<sup>695</sup> På grunn av at dokumentene jeg benyttet fra UD snart skulle oversendes til riksarkivet ville de få nye arkivbokser. Jeg fikk dermed ikke nummeret på arkivboksene og vil dermed kun ha muligheten til å nevne mappene i den følgende listen.

337.63, WHO - 1997. Eksekutivkomiteen (Styret). Saksnr: 97/03792.

337.63, WHO - 2000 - 53. Generalforsamling/Helseforsamling. Saksnr: 2000/04614.

337.63, WHO - 2001 - 54. Generalforsamling - World health Assembly. Saksnr: 2001/03557.

337.63, WHO - 2001 - 54. Generalforsamling - World health Assembly. Saksnr: 2001/03557.

337.63, WHO - 2001 - 54. Generalforsamling - World health Assembly. Saksnr: 2001/03557.

337.63, WHO - 2002 - 55. Generalforsamling - World Health Assembly. Saksnr: 2002/00826.

337.63, WHO - 2002 - 55. Generalforsamling - World Health Assembly. Saksnr: 2002/00826.

337.63, WHO - 2003 - 56. Generalforsamling - World Health Assembly. Saksnr: 2003/01242.

337.63, WHO - 2003 - 56. Generalforsamling - World Health Assembly. Saksnr: 2003/01242.

337.63, WHO - 2003 - 56. Generalforsamling - World Health Assembly. Saksnr: 2003/01242.

337.63, WHO - 2002 - Vedlegg. Saksnr: 2002/00826.

337.63, WHO - 1999-2001. Eksekutivkomiteen (Styret) Her også valg. Saksnr: 2000/01585.

337.63, WHO - 1999-2001. Eksekutivkomiteen (Styret) Her også valg. Saksnr: 2000/01585.

337.63, WHO - 2000-2001. Eksekutivkomiteen (Styret) Styremøter - Her også valg. Saksnr: 2000/01585

337.63, WHO - 2002-2003 - Eksekutivkomiteen (Styret) Styremøter - Her også valg. Saksnr: 2002/00825.

337.63, WHO - 2002-2003-2004. Eksekutivkomiteen (Styret) Styremøter - Her også valg. Saksnr:2002/00825.

337.63, WHO - 2002-2003-2004. Eksekutivkomiteen (Styret) Styremøter - Her også valg. Saksnr:2002/00825.

337.63, WHO - 2002-2003-2004-2005. Eksekutivkomiteen (Styret) Styremøter - Her også valg. Saksnr:2002/00825.

337.63, WHO - 2004 - 57. Generalforsamling - World Health Assembly - Helseforsamling - WHA57. Saksnr: 2004/01981.

337.63, WHO - 2004 - 57. Generalforsamling - World Health Assembly - Helseforsamling - WHA57. Saksnr: 2004/01981.

UD, 337.63, Notat Til assisterende utenriksråd fra Multilateral avdeling. instruks til WHO's Helseforsamling 13.-18 mai 2002. Saksnr: 2002/00826-15.

UD, 337.63, Verdens 57. helseforsamling (WHA57), Genève 17.-22 mai 2004. Instruks til den norske delegasjonen.

UD, 337.63, Instruks til WHO's 115. styremøte, Genève 17-25. januar 2005. Saksnr: 2002/0025 - 60.

26.15/4, WHO. Eksekutivkomiteen, Bind 9 - 1.1.1979 - 7.12.79.

26. 15/3, WHO. Generalforsamlinger, Bd. 25 - 1.6.1978 - 31.12.79.

26.15/3, Bd.31, 1.1.90-30.4.92.

26.15/3, WHO. Generalforsamlinger, Bd.32- Fra 1.5.92 - 31.05.94.

337.63-2, WHO Eksekutivkomiteen.1.6.94-03.09.95.

337.63-3, 1.6.94-03.09.95.

337.63-2, WHO Eksekutivkomiteen, Bd.1 - Fra 01.06.94 - 03.09.95.

### **Utenriksdepartementets digitale arkiv og saksbehandlingssystem, Oslo<sup>696</sup>**

2000/05572, Framework Agreement on Cooperation in the Field of Development between The Government of Norway and The World Health Organization. 2003.

2000/05572, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2003-2004.

2005/14001, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2010-2011.

2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2004-2005.

2005/14001, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2008-2009.

2011/03493, Programme Cooperation Agreement Between the Norwegian Ministry of Foreign Affairs and World Health Organization 2012-2013.

Mottatt kopi fra Utenriksdepartementet uten arkivreferanse, Programme Cooperation Agreement Norway/WHO 2006-2007.<sup>697</sup>

### **Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek, Oslo. Privatarkiv: Brundtland, Gro Harlem**

Boks F-L0001 – Kampanjeperioden.

Boks F-L0002 – Kampanjeperioden.

Boks F-L0003 – Kampanjeperioden.

Boks F-L0005 – Kampanjeperioden.

Boks F-L0006 – Kampanjeperioden.

Boks F-L0007 – WHO-leder.

### **Riksarkivet, Oslo. Sosial- og Helsedepartementets arkiv**

Boks 2070. Annet om FN. 00/00/51. Generelt WHO 97/08049-98/06507.

---

<sup>696</sup> Plasseringen i systemet for de følgende dokumenter er gruppert etter saksnummer.

<sup>697</sup> Jeg tok kontakt med arkivet, de vet ikke hvor dette ligger i det digitale systemet etter jeg fikk kopi. Skal egentlig ligge i 2005/14001.



## **Helse- og Omsorgsdepartementets digitale arkiv og saksbehandlingssystem, Oslo<sup>698</sup>**

HOD, 2005, Oppsummering (rapport) fra Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005.

HOD, 2006, Instruks (håndnotater) til WHO's 117. styremøte, Genève 23.-28 januar 2006.

HOD, 2006, Instruks (håndnotater) til WHO's 117. styremøte, Genève 23.-28 januar 2006.

HOD, 2006, Rapport fra WHO's 59. Helseforsamling 22.5-27.5.06. Hovedsaker.

HOD, 2007, Instruks til WHO's 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23. mai 2007.

HOD, 2007, Rapport fra WHO's 60. helseforsamling (WHA60), Genève 14.-23 mai 2007.

HOD, 2008, Instruks til WHO's 122. styremøte (EB122). Genève 21.-26. januar 2008.

HOD, 2008, Instruks til WHO's 61. helseforsamling (WHA61), Genève 19.-23. mai 2008.

HOD, 2008, Rapport fra Verdens helseforsamling 61 (WHA61) og punktreferat bilaterale møter, Genève 19.-23 mai 2008.

HOD, 2008, Utkast til rapport fra WHO's 122. styremøte (EB122). Genève 21.-26. januar 2008.

HOD, 2009, Norsk Rapport fra Verdens 62. helseforsamling (WHA62), Genève 18.-22. mai 2009.

HOD, 2010, Instruks til WHO's 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010.

HOD, 2010, Instruks til WHO's 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010.

HOD, 2010, Instruks til WHO's 63. helseforsamling (WHA63) og Executive Board (EB127), Genève, 16.-22 mai 2010.

HOD, 2010, Rapport fra WHO's 126. styremøte (EB126), Genève 18.-23. januar 2010.

HOD, 2011, Hovedelementer (rapport) fra Verdens helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011.

HOD, 2011, Norsk instruks til WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011.

HOD, 2011, Norsk Instruks WHO's helseforsamling (WHA64) Genève, 16.-24 mai 2011.

HOD, 2011, Norsk rapport fra WHO's styremøte (EB128) Genève, 17.-25. januar 2011.

HOD, 2012, Norsk Instruks til WHO's 130. styremøte (EB130) Genève 16.-23 januar 2012.

HOD, 2012, Rapport fra Verdens helseforsamling 65. Genève, 21.-26 mai 2012.

---

<sup>698</sup> Dette er et digitalt system jeg ikke hadde tilgang til å gå inn og finne på egenhånd. Jeg har dermed ingen overordnet kategori eller «gruppering» slik som arkivbokser. Da jeg kontaktet departementet etter oppholdet i Oslo understrekte de at det tilstrekkelig å referere til arkiv, årstall og navn på dokumentet for å finne det igjen i deres digitale arkiv og saksbehandlingssystem. I det følgende vil jeg notere instruks og rapporter jeg har brukt.

HOD, 2013, Instruks til Verdens helseorganisasjons 132. styremøte (EB132), samt WHO's Program-, budsjett- og administrasjonskomitees 17. møte (PBAC17), Genève 21.-29. januar 2013.

HOD, 2013, Kortrapport fra Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28. mai 2013.

HOD, 2013, Rapport fra WHO's 132. styremøte Genève, 21.-29. januar 2013.

HOD, 2013, Tillegg til instruks for Norges delegasjon til Verdens 66. helseforsamling Genève, 20.-28 mai 2013.

HOD,2005, Instruks til Verdens 58. helseforsamling (WHA58), Genève 16.-25 mai 2005.

HOD,2006, Instruks til WHO's 59. helseforsamling, Genève 22.-27. mai 2006.

HOD,2007, Bakgrunnsmateriale til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007.

HOD,2007, Utkast til instruks til WHO's 120. styremøte (EB120), Genève 22.-30. januar 2007.

HOD,2009, Instruks til WHO's 124. styremøte (EB124), Genève 19.-27. januar 2009.

HOD,2009, Instruks til WHO's 124. styremøte (EB124, Genève 19.-27. januar 2009.

### **Offentlig elektronisk postjournal (OEP)**

Hdir, 2011/4356, Forslag talepunkter.WHO Reform. Bilaterale møter 19.-20. sept 2011 New York.14.09.11.

HOD, 2011/01869, E-post fra norske delegasjonen til HOD. Orientering av GD Chan for Genèverepresentantene under RC61 i Baku 12.09.11. 14.09.11.

HOD, 2011/03182, E-post fra Norges faste delegasjon til FN i Genève, Uformelt diskusjonsmøte 6. september. 08.09.11.

UD, 11/13781, Notat til Espen Barth Eide fra Seksjon for nedrustning og ikke-spredning. Norsk vertskap for protokollforhandlinger. 26.08.11.

UD, 2011/12011, E-post fra Jakhelln til Lindgren.WHO reform - concept papers. Kommentarer til møtet 01.07.2011.

### **FNs elektroniske arkiv**

United Nations. (1970). *Chemical and bacteriological (biological) weapons and the effects of their possible use: report of the Secretary-General*. Hentet fra: [https://disarmament-library.un.org/UNODA/Library.nsf/826c2d6763defb24852578ae0067924d/38ae47d164d33c6e8525790c0057d652/\\$FILE/A%207575%20Rev.1-S%209292%20Rev.1.pdf](https://disarmament-library.un.org/UNODA/Library.nsf/826c2d6763defb24852578ae0067924d/38ae47d164d33c6e8525790c0057d652/$FILE/A%207575%20Rev.1-S%209292%20Rev.1.pdf) (20.02.2016).

United Nations. (1987). *Our Common Future: Report of the World Commission on Environment and Development*. Hentet fra: <http://www.un-documents.net/ocf-07.htm#III> (25.02.2016)

United Nations. (1996). *World Summit for Social Development, Copenhagen Declaration on Social Development - Part C*. Hentet fra: <http://www.un.org/esa/socdev/wssd/text-version/agreements/decpartc.htm> (18.04.2016).

## **Verdens helseorganisasjons elektroniske arkiv**

World Health Organization. (1970). *Health aspects of chemical and biological weapons : report of a WHO group of consultants*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39444>.

World Health Organization. (1979). *Report of the Consultation on the Justification for Retention and Use of Variola Virus in the Post Eradication Era*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/68268> (20.02.2016).

World Health Organization. (1990). *Forty-third World Health Assembly, Geneva, 7-17 May 1990: verbatim records of plenary meetings, reports of committees*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173423#sthash.d3Uxt4Io.dpuf> (22.02.2016)

World Health Organization. (1992). *Forty-fifth World Health Assembly, Geneva, 4-14 May 1992: verbatim records of plenary meetings, reports of committees*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/175631#sthash.tdOeCCGrt.dpuf> (18.02.2016).

World Health Organization. (1993a) *Forty-sixth World Health Assembly, Geneva, 3-14 May 1993: verbatim records of plenary meetings*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/176263#sthash.ktMwkE0g.dpuf> (02.02.2016).

World Health Organization. (1993b) *Report of the Executive Board working group on the WHO response to global change*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/171623#sthash.NubE9Vhd.dpuf> (02.02.2016).

World Health Organization. (1993c). *Health and environmental effects of nuclear weapons: report by the Director-General*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/175987#sthash.euicGCqP.dpuf> (23.03.2016).

World Health Organization. (1994a) *Financial Report and audited financial statements for the financial period 1 January 1992 - 31 December 1993 and Report of the External Auditor to the World Health Assembly*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/177000> (15.09.2015)

World Health Organization. (1994b) *Financial Report and audited financial statements for the financial period 1 January 1992 - 31 December 1993. Annex. Extrabudgetary resources*

- for programme activities. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/177000> (12.04.2016).
- World Health Organization. (1995a) *Forty-eighth World Health Assembly, Geneva, 1-12 May 1995: verbatim records of plenary meetings.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/178301#sthash.kxY8ghVY.dpuf> (02.02.2016).
- World Health Organization. (1995b). *Emergency and humanitarian action.* Hentet fra: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172480/1/EB95\\_R17\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172480/1/EB95_R17_eng.pdf) (19.02.2016).
- World Health Organization. (1996) *Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996: summary records and reports of committees.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/178944#sthash.0aH7Am0T.dpuf> (02.02.2016).
- World Health Organization. (1998) *Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General elect: the World Health Organization: speech to the fifty-first World Health Assembly, Geneva, 13 May 1998.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79896#sthash.A0xTugxj.dpuf> (02.02.2016).
- World Health Organization. (1999a). *Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks: report by the Secretariat.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79264#sthash.wPuajCWT.dpuf> (20.02.2016).
- World Health Organization. (1999b). *First report of Committee A: (draft).* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79303> (21.02.2016).
- World Health Organization. (1999c). *The World health report: 1999: Making a difference.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42167#sthash.plWgnnrk.dpuf> (22.02.2016).
- World Health Organization. (2000a). *Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: report by the Director-General.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78986> (23.02.2016).
- World Health Organization. (2000b). *Global Polio Eradication Initiative: estimated financial resource requirements 2001-2005, as of 1 September 2000.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66600#sthash.aMkkK2z8.dpuf> (25.04.2016).
- World Health Organization. (2002a) *Financial Report and Audited Financial Statements for the period 1 January 2000 – 31 December 2001 and Report of the External Auditor to the World Health Assembly.* Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78481/1/ea5525.pdf> (15.09.2015).
- World Health Organization. (2002b). *The World Health Report 2002. Reducing the Risks, Promoting Healthy Life.* Hentet fra: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1) (23.02.2016).

- World Health Organization. (2003). *Governing bodies: ad hoc open-ended intergovernmental working group to review the working methods of the Executive Board: report of the chairman*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78370> (02.02.2016).
- World Health Organization. (2005). *Executive Board 115th session, Geneva 17-24 January 2005: summary records*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/20274#sthash.MBtqfIZr.dpuf> (23.02.2016).
- World Health Organization. (2008) *Financial report*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/23482> (15.09.2015)
- World Health Organization. (2010) *The future of financing for WHO*. Hentet fra: [http://www.who.int/dg/who\\_futurefinancing2010\\_en.pdf](http://www.who.int/dg/who_futurefinancing2010_en.pdf) (12.02.2016).
- World Health Organization. (2011) *Decisions*. Hentet fra: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB129/B129\\_DIV2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB129/B129_DIV2-en.pdf) (12.02.2016).
- World Health Organization. (2014a) *Financial Report and audited financial statements for the year ended 31 December 2013*. Hentet fra: [http://www.who.int/about/resources\\_planning/A67\\_43-en.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/resources_planning/A67_43-en.pdf?ua=1) (15.09.2015).
- World Health Organization. (2014b) *Annex to the Financial Report and Audited Financial Statements for the year ended 31 December 2013. Voluntary contributions by fund and by contributor*. Hentet fra: [http://www.who.int/about/resources\\_planning/AnnexA67-43-en.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/resources_planning/AnnexA67-43-en.pdf?ua=1) (15.09.2015).

## Regjerings- og Stortingsmateriale

- Helse- og omsorgsdepartementet & Utenriksdepartementet. (2010). *Norsk WHO-strategi for styreperioden 2010–2013*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-ada/norsk\\_who-strategi\\_2010-2013\\_norsk.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-ada/norsk_who-strategi_2010-2013_norsk.pdf) (18.02.2016).
- Innst. S. nr. 186 (1994-1995). (1995). *Innstilling fra utenrikskomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Anne Enger Lahnstein og Marit Arnstad om et totalforbud mot produksjon, lagring, omsetning og bruk av antipersonellminer*. Hentet fra: <https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1994-1995/inns-199495-186/?lvl=0> (19.02.2016).
- Innst. S. nr. 229 (1995-96). (1996). *Innstilling fra utenrikskomiteen om hovedtrekk i norsk politikk ovenfor utviklingslandene. St. meld. nr. 19 (1995-96)*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1995-96&paid=6&wid=alb&psid=DIVL639&pgid=alb\\_0495&s=True](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1995-96&paid=6&wid=alb&psid=DIVL639&pgid=alb_0495&s=True) (30.04.2016).

- Meld. St. 11 (2011-2012). (2012). *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-11-20112012/id671098/?ch=1&q=> (28.02.2016).
- Meld. St. 33 (2011-2012). (2012). *Melding til Stortinget. Norge og FN: Felles framtid, felles løsninger*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/46e5f2773f7d4b56b268eda58eccd984/no/pdfs/stm201120120033000dddpdfs.pdf> (03.12.2015).
- Nordheim-Larsen, K. (1995). *Innlegg under budsjettdebatten i Stortinget*. Stortingets budsjettdebatt, Oslo. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innlegg\\_under\\_budsjettdebatten/id261513/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innlegg_under_budsjettdebatten/id261513/) (18.02.2016).
- NOU 1995:24. (1995). *Alkoholpolitikken i endring? Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/c9938779cdf84dfbac4e6fec652c4e31/no/pdfa/nou199519950024000dddpdfa.pdf> (22.02.2016).
- Prop. 1 S (2011-2012). (2012). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2012*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/7a7cab1d3364480aa974f4a85cf1fd40/nno/pdfs/prp201120120001\\_kdddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/7a7cab1d3364480aa974f4a85cf1fd40/nno/pdfs/prp201120120001_kdddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- Prop. 1 S (2012-2013). (2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2013*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/d2e771f1ed794d408a947a35a4661c8b/no/pdfs/prp201220130001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d2e771f1ed794d408a947a35a4661c8b/no/pdfs/prp201220130001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- Prop. 1 S (2013-2014). (2014). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2014*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/740878a66ee1405b8d6ff23383c55ade/no/pdfs/prp201320140001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/740878a66ee1405b8d6ff23383c55ade/no/pdfs/prp201320140001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- Prop. 1 S (2009-2010). (2010). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2011.* Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/96647358e0474baabad41cfc346fb832/no/pdfs/prp200920100001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/96647358e0474baabad41cfc346fb832/no/pdfs/prp200920100001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- Prop. 1 S (2010-2011). (2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2011*. Hentet fra:

- [https://www.regjeringen.no/contentassets/b51020770cee4816b3ae0934cbedb7a4/no/pdfs/prp201020110001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/b51020770cee4816b3ae0934cbedb7a4/no/pdfs/prp201020110001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- St. meld. nr. 11 (1989-1990). (1990). *Om utviklingstrekk i det internasjonale samfunn og virkninger for norsk utenrikspolitikk*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1989-90&paid=3&wid=a&psid=DIVL1833&pgid=a\\_1295](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1989-90&paid=3&wid=a&psid=DIVL1833&pgid=a_1295) (15.09.2015).
- St. meld. nr. 13 (1992-1993). (1993). *Om FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio de Janeiro*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=b&psid=DIVL304&s=True&pgid=b\\_0157](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=b&psid=DIVL304&s=True&pgid=b_0157) (19.02.2016).
- St. meld. nr. 17 (1987-88). (1988). *Alkohol og folkehelse*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=b&psid=DIVL641&s=True&pgid=b\\_0279](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=b&psid=DIVL641&s=True&pgid=b_0279) (22.02.2016).
- St. meld. nr. 34 (1973-74). (1974). *Årsmelding og regnskap for Direktoratet for utviklingshjelp for 1973*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1973-74&paid=3&wid=c&psid=DIVL1187&s=True> (18.04.2016).
- St. meld. nr. 35 (2003-2004). (2004). *Felles kamp mot fattigdom. En helhetlig utviklingspolitikk*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-35-2003-2004-/id404767/?q=Utstein&ch=5#match\\_5](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-35-2003-2004-/id404767/?q=Utstein&ch=5#match_5) (04.02.2016)
- St. meld. nr. 43 (1996-1997). (1997). *FN – på terskelen til et nytt århundre. Om reform av De forente nasjoner*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1996-97&paid=3&wid=c&psid=DIVL1057&pgid=c\\_1063](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1996-97&paid=3&wid=c&psid=DIVL1057&pgid=c_1063) (04.02.2016).
- St. prp. nr 1 (1993-1994). (1994). *For budsjetterminen 1994. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=1&wid=a&psid=DIVL1426&pgid=a\\_0516](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=1&wid=a&psid=DIVL1426&pgid=a_0516) (03.03.2016).
- St. prp. nr. 1 (1984-85) (1985). *For budsjetterminen 1985 Departementet for utviklingshjelp. Utgiftskapitler: 1200-1299. Inntektskapitlet: 4230*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1984-85&paid=1&wid=b&psid=DIVL2336> (18.04.2016).

- St. prp. nr. 1 (1988-1989). (1989). *For budsjetterminen 1989. Departementet for utviklingshjelp*. Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1988-89&paid=1&wid=b&psid=DIVL3337&pgid=b\\_1101&s=True](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1988-89&paid=1&wid=b&psid=DIVL3337&pgid=b_1101&s=True) (18.02.2016).
- St. prp. nr. 1 (1989-1990). (1990). *For budsjetterminen 1990. Departementet for utviklingshjelp*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1989-90&paid=1&wid=b&psid=DIVL2697> (18.02.2016).
- St. prp. nr. 1 (1989-1990). (1990). *For budsjetterminen 1990. Sosialdepartementet. Tilråding fra Sosialdepartementet av 29. september 1989, godkjent i statsråd samme dag*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1989-90&paid=1&wid=b&psid=DIVL795> (23.02.2016).
- St. prp. nr. 1 (1990-1991). (1991). *For budsjetterminen 1991. Utenriksdepartementet*. Hentet fra : <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1990-91&paid=1&wid=a&psid=DIVL1651> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1991-1992). (1992). *For budsjetterminen 1992. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=1&wid=a&psid=DIVL1510> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1992-1993). (1993). *For budsjetterminen 1993. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=1&wid=a&psid=DIVL1515> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1994-1995). (1995). *For budsjetterminen 1995. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=1&wid=a&psid=DIVL1374> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1994-1995). (1995). *For budsjetterminen 1995. Sosial- og helsedepartementet. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 16. september 1994, godkjent i statsråd samme dag*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=1&wid=b&psid=DIVL1270> (23.02.2016).



- St. prp. nr. 1 (1995-1996) . (1996). *For budsjetterminen 1996. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1995-96&paid=1&wid=a&psid=DIVL1380> (02.02.2016).
- St. prp. nr. 1 (1996-1997) . (1997). *For budsjetterminen 1997. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1996-97&paid=1&wid=a&psid=DIVL1385> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1997-1998) . (1998). *For budsjetterminen 1998. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1997-98&paid=1&wid=a&psid=DIVL1449> (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1998-1999) . (1999). *For budsjetterminen 1999. Utenriksdepartementet*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ud/stp/19981999/0001/ddd/pdts/stp199819990001ud\\_dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ud/stp/19981999/0001/ddd/pdts/stp199819990001ud_dddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (1999-2000). (2000). *For budsjetterminen 2000*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/430eb885bda84818917271be8c1588b9/stp199920000001\\_udddpdfa.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/430eb885bda84818917271be8c1588b9/stp199920000001_udddpdfa.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (2000-2001). (2001). *For budsjetterminen 2001*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/6665c6f24ea446b1ae4113f2d05ff266/stp200020010001\\_udddpdfsc.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/6665c6f24ea446b1ae4113f2d05ff266/stp200020010001_udddpdfsc.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (2001-2002). (2002). *For budsjetterminen 2002*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/07449148127f4cd69e9393e00f215d98/no/pdfa/stp200120020001\\_udddpdfa.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/07449148127f4cd69e9393e00f215d98/no/pdfa/stp200120020001_udddpdfa.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. Nr. 1 (2002-2003). (2003). *For budsjetterminen 2003*. Oslo: Det kongelige Utenriksdepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2003-2004). (2004). *For budsjetterminen 2004*. Oslo: Det kongelige Utenriksdepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2004-2005). (2005). *For budsjetterminen 2005*. Hentet fra: [http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Statsbudsjett\\_2005/dokumenter/pdf/ud.pdf](http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Statsbudsjett_2005/dokumenter/pdf/ud.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (2005-2006). (2006). *For budsjettåret 2006*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/0c1ce6cd1495495d9fefa94588b78114/no/pdf/fs/stp200520060001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/0c1ce6cd1495495d9fefa94588b78114/no/pdf/fs/stp200520060001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).

- St. prp. nr. 1 (2006-2007). (2007). *For budsjettåret 2007*. Hentet fra:  
[http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett\\_2007/dokumenter/pdf/fagdep/ud.pdf](http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2007/dokumenter/pdf/fagdep/ud.pdf)  
 f (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (2007-2008). (2008). *For budsjettåret 2008*. Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/4854b1f3088f47429501712ad6c95a67/no/pdfs/stp200720080001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/4854b1f3088f47429501712ad6c95a67/no/pdfs/stp200720080001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- St. prp. nr. 1 (2008-2009). (2009). *For budsjettåret 2009*. Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/92c6893a58ce412eba9a37b3532ffbb/no/pdfs/stp200820090001\\_udddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/92c6893a58ce412eba9a37b3532ffbb/no/pdfs/stp200820090001_udddpdfs.pdf) (15.09.2015).
- St.meld. nr. 15 (2008-2009). (2009). *Interesser, ansvar og muligheter— Hovedlinjer i norsk utenrikspolitikk*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-15-2008-2009-/id548673/?ch=1&q=> (28.02.2016).
- St.prp. nr. 1 (1999-2000). (2000). *For budsjetterminen 2000. Sosial- og Helsedepartementet. Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481. Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1999-2000&paid=1&wid=b&psid=DIVL1892> (23.02.2016).
- St.prp.nr. 1 (2004–2005). (2005). *Det kongelige Arbeids- og sosialdepartementet. For budsjetterminen 2005. Utgiftskapitler: 600–666, 2541–2543, 2600–2690. Inntektskapitler: 3600–3643, 5527, 5631, 5701–5702, 5705*. Hentet fra:  
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=2004-2005&paid=1&wid=c&psid=DIVL681> (23.02.2016).
- Utenriksdepartementet. (1997). *Det Nordiske FN-reform prosjektet 1996*. Oslo: Utenriksdepartementet.

### **Avis- og nyhetsartikler**

- Aftenposten. (1998, 07.02.). *Strid om miner*, s. 8.
- Andenæs, U. (1997, 22.09). Bjørn Tore Godal i FN sats på Brundtland!, *Aftenposten*, s. 20.
- Andenæs, U. (1997, 25.06). Driver kampanje for Brundtland i FN, *Aftenposten*, s. 8.
- Andenæs, U. (1998, 06.06). USA tilfreds med forlik om landminer, *Aftenposten*, s. 8.
- Dagbladet (1997, 07.04). *Gro gikk imot WHO-sjefen*, s. 13.
- Elvik, H. (1997, 05.09). Gro må kjempe for helsejobben, *Dagbladet*, s. 10.
- Elvik, H. (1997, 22.09). Godal i valgkamp for «Doktor Gro», *Dagbladet*, s. 18.

- Enghaug, P., & Hafstad, A. (1998, 31.07). Norge bidrar til Gros omorganisering, *Aftenposten*, s.5.
- Eriksen, T.G. (1998, 21.07). Regjeringsskifte i WHO, *Dagbladet*, s. 2.
- Gimmestad, J. (1998, 25.01). Det store rotteracet, *Aftenposten*, s. 19.
- Hanssen, H. C. (1997, 16.11). Beinhard kamp for verdensdoktor Gro, *Dagbladet*, s. 19.
- Hanssen, H. C. (1998, 03.02). Millioner til Gros WHO-reformer. *Dagbladet*, s. 24.
- Holst, J.J. (1984, 20.12). Norges forsvars og sikkerhetspolitikk: Viktig å bevare samstemmighet, *Aftenposten*, s. 2.
- Johansen, P. A. (1997, 17.12). Kampen om ledervervet i verdens helseorganisasjon (WHO):  
Kunsten å selge Brundtland, *Aftenposten*, s. 13.
- NTB. (1997, 28.06). *Gro møtte verdens helseeksperter*, (Sidetall ikke oppgitt).
- NTB. (1998, 20.01). *Gro går videre i åpent WHO-oppgjør*, (Sidetall ikke oppgitt).
- Ruud, G. T. Mathisen, B. (1997, 28.05). Skal få Gro til toppen, *VG*, s. 16.
- Sortland, K. (1997, 18.08). Gro-kamp for barnas helse, *VG*, s. 16.
- Stanghelle, H. (1993, 03.04). I brennpunktet. Norge har gjort verden mer usikker, *Aftenposten*, s. 13.
- Strand, T. (1998, 25.01). Svertekampanje mot Gro. *Bergens Tidende Morgen*, s. 4.
- Strand, T. (2015, 17.03). USA ga klar atomvåpen-beskjed til Norge. *Nrk*. Hentet fra:  
<http://www.nrk.no/norge/usa-ga-klar-atomvapen-beskjed-til-norge-1.12265873>  
(19.02.2016).
- Støre, J. G. (2010, 11.06). Fred lønner seg, *VG*, s. 42.
- Svendsby, E., & Sortland, K. (1997, 06.04). Gro-Ja til WHO, *VG*, s. 3.
- Sønsteli, R. (1997, 03.05). Gro-kampanjen i gang, *VG*, s. 4.
- Width, H. (1998, 25.01). Professor kritiserer Gro Harlem Brundtland, *Aftenposten Morgen*, s. 2.
- Width, H. (2004, 15.09). Finland vil ikke gi slipp på landminer, *Aftenposten*, Hentet fra:  
<http://www.aftenposten.no/nyheter/uriks/Finland-vil-ikke-gi-slipp-pa-landminer-6317409.html> (19.02.2016).

## Nettsider

- Ingebrigtsen, G. (2001, 24.04). *Rethinking Care. Opening Address by Guri Ingebrigtsen, Minister of Social Affairs, at the WHO conference in Oslo, 22. - 25. April*. Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/rethinking\\_care/id264600/](https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/rethinking_care/id264600/) (23.02.2016).

- Norad. (2009 – dato ikke oppgitt). *Evaluation of the Humanitarian Mine Action Activities of Norwegian People's Aids. Evaluation Report 6/2009*. Hentet fra: <http://www.oecd.org/derec/norway/44485688.pdf> (20.04.2016).
- Norad. (2015b, 06.07). *FNs tusenårsmaal*. Hentet fra: <https://www.norad.no/om-bistand/tusenarsmalene/> (28.02.2016).
- Norad. (2015a, 16.02). *Norsk helsebistand*. Hentet fra: <http://www.norad.no/tema/helse/norsk-helsebistand/> (18.08.2015).
- Nordheim-Larsen, K. (1995, 28.07). *Åpningstale på seminar om kvinner og fattigdom*. Seminar om kvinner og fattigdom, Oslo. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apningstale\\_pa\\_seminar\\_om\\_kvinner/id261531/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/apningstale_pa_seminar_om_kvinner/id261531/) (18.02.2016).
- Store norske leksikon. (2015, 30.03). *Verdenskommisjonen For Miljø Og Utvikling*. Hentet fra: [https://snl.no/Verdenskommisjonen\\_for\\_milj%C3%B8\\_og\\_utvikling](https://snl.no/Verdenskommisjonen_for_milj%C3%B8_og_utvikling) (25.02.2016)
- Universitetet i Oslo. (2011. 27.09). *About the comission*. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/about/> (18.02.2016).
- Utenriksdepartementet. (1995, 04.10). *Statsbudsjettet 1996 - Prioriterte område innanfor norsk utviklingshjelp* (Pressemelding), Oslo. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsbudsjettet\\_1996\\_-prioriterte/id235163/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsbudsjettet_1996_-prioriterte/id235163/) (18.02.2016).
- Utenriksdepartementet. (2002, 18.07). *Norge gir 50 mill. kroner til utrydding av polio*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge\\_gir\\_50\\_mill-kroner\\_til\\_utrydding/id246904/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge_gir_50_mill-kroner_til_utrydding/id246904/) (25.04.2016).
- Utenriksdepartementet. (2003a, 12.06). *Utviklingsminister Hilde Frafjord Johnson og WHO-generaldirektør Gro Harlem Brundtland undertegner avtale fredag 13. juni*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utviklingsminister\\_hilde\\_frafjord-3/id251635/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utviklingsminister_hilde_frafjord-3/id251635/) (28.10.2015).
- Utenriksdepartementet. (2003b, 24.03). *Folkerettens begrensninger på bruk av våpen i væpnet konflikt*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/folkerettens\\_begrensninger\\_pa\\_bruk/id260527/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/folkerettens_begrensninger_pa_bruk/id260527/) (20.02.2016).
- Utenriksdepartementet. (1997, 02.05). *Regjeringen fremmer Gro Harlem Brundtlands kandidatur til generaldirektørstillingen i Verdens Helseorganisasjon*. Hentet fra:

[https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen\\_fremmer\\_gro\\_harlem/id237912/](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen_fremmer_gro_harlem/id237912/)

(07.11.2015)

Utenriksdepartementet. (2007, 21.04). *Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. Article in The Lancet. Vol 369 - April 21, 2007. Health policy.* Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lancet/id466469/> (27.02.2016).

Utenriksdepartementet. (2014, 19.05). *Hvordan foregår rekrutteringsprosessen i en FN-organisasjon?* Hentet fra : [https://www.regjeringen.no/no/dep/ud/stillinger/stillinger-i-internasjonale-organisasjoner/rekrutteringsprogram/rekruttering\\_fn/id664826/](https://www.regjeringen.no/no/dep/ud/stillinger/stillinger-i-internasjonale-organisasjoner/rekrutteringsprogram/rekruttering_fn/id664826/) (27.02.2016).

Utenriksdepartementet. (1996 – dato ikke oppgitt). *En verden i endring. Hovedtrekk i norsk politikk overfor utviklingslandene. Hovedpunkter fra St.meld. nr. 19 (1995-96).* Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-19\\_1995-96/id190952/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-19_1995-96/id190952/) (18.04.2016).

FN-sambandet. (2016, 16. 02). *Seksuell- og reproduktiv helse og rettigheter.* Hentet fra: <http://www.fn.no/Tema/Befolkning/Seksuell-og-reproduktiv-helse-og-rettigheter> (18.04.2016).

## Litteratur

Aastad, H. (2000). *"På englenes side"?: Norge i Verdens helseorganisasjon 1948-1968.* (Hovedfagsoppgave), H. Aastad: Oslo.

Adams, T. (2010). Global eradication of poliomyelitis: Is the end of the campaign in sight? *J. Paediatr. Child Health*, 46(11), 619-622.

Adetokunbo, L., Hawken, L., Kruse, S.-E., Lee, K., Mogedal, S., Steen, S. H., Walt, G. (1997). *Cooperation for health development: the World Health Organisation's support to programmes at country level: synthesis report.* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Alcázar, S., & Buss, P. (2013). Health is an Integral Part of Foreign Policy. I Novotny, T. E., Kickbusch, I., Told, M. (Red.), *21st Century Global Health Diplomacy* (s. 147-164). Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.

Andresen, S. (2002). Leadership change in the World Health Organization: potential for increased effectiveness? Lysaker: Fridtjof Nansens institutt.

Andresen, S., & Butenschøn, S. (2001). Norwegian Climate Policy: From Pusher to Laggard? *Politics, Law and Economics*, 1(3), 337-356.

- Beigbeder, Y. (1998). *The World Health Organization*. The Hague: Nijhoff.
- Benum, E. (2007). Making research count: Norway and the OECD connection 1965–1980. *A Review of Science, Learning and Policy*, 45(4), 365-387.
- Berg, K. H., & Skjelsbæk, I. (2010). Tilsørt fredspolitikk. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 27(04), 379-388.
- Bolton, M. (2010). *Foreign Aid and Landmine Clearance*. London, US: I.B.Tauris.
- Borring, O. T. (Red.). (2004). *The Cold War - and the Nordic countries: historiography at a crossroads*. Odense: University Press of Southern Denmark.
- Bourne, P. G. (1978). A Partnership for International Health Care. *Public Health Reports (1974)*, 93(2), 114-123.
- Brown, P. (1997). Former prime minister to stand for top WHO post. *Nature Medicine*, (5), 481-482.
- Burci, G. L., & Vignes, C.-H. (2004). *World Health Organization*. New York: Kluwer Law International.
- Cassels, A., Smith, I., Burci, G. L. (2013). Reforming WHO: the art of the possible. *Public Health*, 128(2), 202-204.
- Chorev, N. (2012). *The World Health Organization between north and south*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Chorev, N. (2013). Restructuring neoliberalism at the World Health Organization, *Review of International Political Economy*, 20 (4), 627-666.
- Dahinden, M. (2002). The Response to the Humanitarian Crisis Created by Landmines. *Cambridge Review Of International Affairs*, 15(1), 65-74.
- De Carvalho, B., & Neumann, I. B. (2015). Introduction: Small states and status. I De Carvalho, B., & Neumann, I. B (Red.), *Small states and status seeking: Norway's quest for international standing* (s. 1-21). London: Routledge.
- De Carvalho, B., & Neumann, I. B. (2015). *Small states and status seeking: Norway's quest for international standing*. London: Routledge.
- Dowdle, W. (1995). Destruction of the smallpox virus: why the debate? *Clinical Microbiology Newsletter*, 17(13), 101-102.
- Egeland, J. (1988). *Impotent superpower - potent small state: potentials and limitations of human rights objectives in the foreign policies of the United States and Norway*. Oslo: Norwegian University Press.
- Eggen, Ø. & Sending, O. J. (2012b). Global helse. *Internasjonal Politikk*, 70(2), 208-217.
- Eggen, Ø. (2013). Bistand som politisk markering. *Internasjonal Politikk*, 71(03), 421-431.

- Eggen, Ø., & Sending, O. J. (2012a). *Recent contributions to research on health and foreign policy. A report of the International research initiative 'Foreign Policy as Part of Global Health Challenges'* (NUPI-rapport 2012). Hentet fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/277144/NUPI%252BReport-Eggen-Sending.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (02.03.2016).
- Eknes, Å. (1994). *Norden i FN: status och framtidsutsikter*. Stockholm: Nordiska rådet.
- Eriksen, T. L. (1994). *Norge og den tredje verden som etterkrigshistorisk forskningsfelt*. Bergen: LOS-senteret.
- Feldbaum, H., Michaud, J., & Lee, K. (2010). Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. *PLoS Medicine*, 7(4), 1-6.
- Fidler, D. P. (2005). Health and foreign policy: A conceptual overview. *The Nuffield Trust*, 1-15. Hentet fra: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/event/Health%20And%20Foreign%20Policy%20A%20Conceptual%20Overview.pdf> (23.02.2016).
- Fidler, D. P. (2010). *The challenges of global health governance*. New York: Council on Foreign Relations.
- Fidler, D. P. (2011). Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue. *Global Health Governance*, 4 (2), 1-12.
- Gagnon, M. L. (2012). *Global Health Diplomacy: Understanding How and Why Health is Integrated into Foreign Policy* (Doktoravhandling), Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies, University of Ottawa, Ottawa. Hentet fra [http://www.globalhealthequity.ca/sites/default/files/imce/Michelle\\_Leona\\_Gagnon\\_2012\\_thesis.pdf](http://www.globalhealthequity.ca/sites/default/files/imce/Michelle_Leona_Gagnon_2012_thesis.pdf) (02.03.2016).
- Gautier, L., Harmer, A., Tediosi, F., & Missoni, E. (2014). Reforming the World Health Organization: what influence do the BRICS wield? *Contemporary Politics*, 20(2), 163-181.
- Godlee, F. (1997). WHO reform and global health - Radical restructuring is the only way ahead. *British Medical Journal*, 314(7091), 1359-1360.
- Goodman, N. M. (1971). *International health organizations and their work*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hauge, R. (1998). *Norsk alkohollovgivning gjennom 1000 år*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Hoffman, S. J., & Røttingen, J.-A. (2013). Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*, 128(2), 188-194.

- Hogendoorn, E. J. (1998). Fields of nightmare: the not-yet eliminated global landmine industry. *Multinational Monitor*, 19(3), 14.
- Horton, R. (2007). Health as an instrument of foreign policy. *Lancet*, 369(9564), 806-807.
- Hovi, J., & Malnes, R. (2011). *Anarki, makt og normer: innføring i internasjonal politikk*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Hveem, H. (2015). Utviklingspolitikken i endring? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 30(01), 5-28.
- Irwin, R., Labonté, R., Ruckert, A. (2014). Where's the theory in health diplomacy? *Journal of Health Diplomacy*, 1 (2), 1-4.
- Jankowska, M. (2005). *Norsk renhet: Norges medlemskap i OECDs utviklingskomite 1962-1969*. (Hovedoppgave), Jankowska. M: Oslo.
- Katz, R., Kornblet, S., Arnold, G., Lief, E., & Fischer, J. E. (2011). Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization. *Milbank Quarterly*, 89(3), 503-523.
- Kickbusch, I., Lister, G., Told, M., & Drager, N. (2013). *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*. New York: Springer.
- Knutsen, T. L. (2006). Politikk og praksis i historisk lys. I Sending, O. J., Neumann, I. B., & Fonn, B. K. (Red.), *Norsk utenrikspolitisk praksis: aktører og prosesser*. (s. 253-272). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lange, E., Pharo, H., & Østerud, Ø. (2009). *Vendepunkter i norsk utenrikspolitikk: nye internasjonale vilkår etter den kalde krigen*. Oslo: Unipub.
- Larsen, H. K. (2011). Nordmenn i WHO. *Michael quarterly*, 8 (2), 222–227.
- Lee, K. (1998). *Historical dictionary of the World Health Organization*. Lanham, Md: Scarecrow Press.
- Lee, K. (1998). Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here? *The Lancet*, 351(9106), 899-902.
- Lee, K. (2009). *Global institutions: The World Health Organization (WHO)*. New York: Routledge.
- Lee, K. and T. Pang (2014). WHO: retirement or reinvention?. *Public Health*, 128(2), 119-123.
- Lee, K. Smith, R. (2011). What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. *Global Health Governance*, 5 (1), 1-12. Hentet fra: <http://blogs.shu.edu/ghg/2011/11/21/what-is-%E2%80%98global-health-diplomacy-a-conceptual-review/> (07.02.2015)
- Lee, K., & Fang, J. (2013). *Historical dictionary of the World Health Organization*. Lanham: Scarecrow Press.



- Leira, H. & Borchgrevink, A. (2007). *Norske selvbilder og norsk utenrikspolitikk*. Oslo: Norsk utenrikspolitisk institutt.
- Lidén, J. (2013). The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990. *Public Health*, 128(2), 141-147.
- Liland, F., Kjerland, K. A., & Banik, V. K. (2003). *1989-2002: på bred front*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Low-Ber, D. (2011). *Innovative health partnerships: the diplomacy of diversity*. Singapore: World Scientific Publishing Company.
- Løvold, A. (2004). Småstatsproblematikken i internasjonal politikk. *Internasjonal politikk*, 62 (1), 7-31.
- Matlary, J. H. (2002). *Verdidiplomati - kilde til makt?: en strategisk analyse av norsk utenrikspolitikk*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.
- Ministers of Foreign Affairs of Brazil, F. I. N. S. S. A. and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, 369(9570): 1373-1378
- Mølster, O., & Weltzien, Å. (Red.). (2013). *Norge og det nye verdenskartet: debattbok fra Utenriksdepartementets Refleksprosjekt*. Oslo: Cappelen Damm.
- Neumann, I. B. (2012). Fred og forsoning som norsk utenrikspolitikk. *Internasjonal Politikk*, 70(3), 362-371.
- Nishtar, S., & Jane-Llopis, E. (2011). A Global Coordinating Platform for Noncommunicable Diseases. *Journal of Health Communication*, 16 (2), 201-205.
- Noreng, Ø. (2005). Oljepolitikk og utenrikspolitikk. *Petroleum policy and foreign policy*, 63(2-3), 183-340.
- Novotny, T. E., Kickbusch, I., & Told, M. (2013). *21st Century Global Health Diplomacy*. Singapore: World Scientific Publishing Company.
- Nye, J. S. (2008). Public Diplomacy and Soft Power. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 616, 94-109.
- Nye, J. S. (2009). Get smart: Combining hard and soft power, *Foreign Affairs*, 88 (4), 160-163.
- Paaskesen, K. R. (2010). A Bleak Chapter in Nordic Development Aid History?: the Nordic Co-operative Assistance Project in Tanzania. *Scandinavian Journal of History*, 35(4), 451-470.
- Pharo, H. (2003). Altruism, Security and the Impact of Oil: Norway's Foreign Economic Assistance Policy, 1958-1971. *Contemporary European History*, 12(4), 527-546.

- Pharo, H. (2012). Together Again: Anglo-Norwegian relations and the early Cold War. *Scandinavian Journal of History*, 37(2), 261-277.
- Pharo, H. Ø., Jølstad, A., & Skogrand, K. (1996). Ekspansjon i isolasjon?: Studiet av internasjonal og utenrikspolitisk historie i Norge. *Historisk tidsskrift*, 96,75, (1-2), 239-263.
- Riste, O. (2012). Britain and Norway: from War to Cold War, 1944–1951. *Scandinavian Journal of History*, 37(2), 164-170.
- Rosskam, E., & Kickbusch, I. (2012). *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. Singapore: World Scientific.
- Rottem, S. V. (2010). Klima og sikkerhet i Arktis. *Climate and security in the Arctic*, 68(2), 183-204.
- Ruud, A. E., Kjerland, K. A., & Banik, V. K. (2003). *1975-1989: vekst, velvilje og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandberg, K. I., & Andresen, S. (2010). From Development Aid to Foreign Policy: Global Immunization Efforts as a Turning Point for Norwegian Engagement in Global Health. *Forum for Development Studies*, 37(3), 301-325.
- Schia Nagelhus, N. & Sending, O.J. (2015). Status and sovereign equality: Small states in multilateral settings. I De Carvalho, B., & Neumann, I. B (Red.), *Small states and status seeking: Norway's quest for international standing* (s. 73-85). London: Routledge.
- Sending, O. J., Neumann, I. B., & Fonn, B. K. (2006). *Norsk utenrikspolitisk praksis: aktører og prosesser*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Sending, O. J., Neumann, I. B., & Fonn, B. K. (2006). *Norsk utenrikspolitisk praksis: aktører og prosesser*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Siddiqi, J. (1995). *World health and world politics: the World Health Organization and the UN system*. London: Hurst.
- Simensen, J. (2008). *Internasjonalisering i historiefaget: global historie og norsk historie i transnasjonalt perspektiv*. Oslo: Unipub.
- Simensen, J., & Banik, V. K. (2003). *1952-1975: Norge møter den tredje verden*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, S., Baylis, J., & Owens, P. (2014). *The globalization of world politics : an introduction to international relations*. Oxford: Oxford University Press.
- Stokke, O. (2010). Utviklingsforskningen i Norge gjennom 50 år: Rammvilkår, diskurs og praksis. *Internasjonal Politikk*, 68(04), 495-568.

- Stokke, O. (Red). (1989). *Western Middle Powers and Global Poverty. The Determinants of Aid Policy, A Comparative Analysis of the Aid Policies of Canada, Denmark, The Netherlands, Norway and Sweden*. Motala: Motala Grafiska AB.
- Stokke, O. S. (2011). Internasjonale regimer. I Hovi, J. & Malnes, M. (red.), *Anarki, makt og normer: innføring i internasjonal politikk* (s. 271-299). Oslo: Abstrakt forslag.
- Stuvøy, K., & Kristoffersen, B. (2013). En feit og fin og norsk en? Lofottorsken i internasjonal politikk. *Internasjonal Politikk*, 71(01), 109-119.
- Svenbalrud, H. K. (2007). *Østpolitikk og alliansehensyn: Polen, Solidaritet og norsk utenrikspolitikk 1980-1990*. (Masteroppgave). Oslo: Svenbalrud, H.K.
- Svenbalrud, H. K. (2012). Fundament og ornament: FN som «hjørnestein i norsk utenrikspolitikk», 1970-2005. *Internasjonal Politikk*, 70(02), 159-181.
- Svenbalrud, H. K., United, N., & Universitetet i Oslo Institutt for arkeologi, k. o. h. (2012). *Foundation and ornament: The United Nations as "Cornerstone of Norwegian foreign policy," 1970-2005*. Department of Archaeology, Conservation and History, Faculty of Humanities, University of Oslo, Oslo.
- Sørbo, G. M., Gjerdåker, S., Knutsen, T. L., Larsen, F. B., & Chr. Michelsens, i. (1995). *Norges utenrikspolitikk*. Bergen: Chr. Michelsens institutt Cappelen akademisk forlaget.
- Tamnes, R. (2015). Et lite land i stormaktspolitikken. *Internasjonal Politikk*(03), 384-393.
- Tamnes, R., & Jensen, T. B. (1997). *Oljealder: 1965-1995*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Taylor, A. (1992). Making the World Health Organization work: A legal framework for universal access to the conditions for health. *American Journal of Law and Medicine*, 18(4), 301-346.
- Tosh, J. (2010). *The pursuit of history: aims, methods and new directions in the study of modern history* (5th ed. utg.). Harlow: Pearson Education.
- Tunsvø, Ø. (2011). Kinas vekst – implikasjoner for Norge. *Internasjonal Politikk*, 69(03), 526-534.
- Tvedt, T. (2006). Utviklingshjelp, utenrikspolitikk og den norske modellen. *National consequences of Norway's role in the International Aid System*, 85(1), 59-85.
- van de Pas, R. & L. G. van Schaik (2013). Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, 128(2), 195-201.
- Vaughan, J. P., Møgedal, S., Walt, G., Kruse, S.-E., Lee, K., & De Wilde, K. (1996). WHO and the effects of extrabudgetary funds: is the Organization donor driven? *Health Policy and Planning*, 11(3), 253-264.

- Von Dosenrode, S. Z. (1994). Western European small states in international regimes. *History of European Ideas*, 19(1-3), 245-252.
- Wright, S. (2001). Landmines: a worse fate still to come? *Review of African Political Economy*, 28(90), 649-650.
- Yach, D. and Y. von Schirnding (2013). Public health lives: Gro Harlem Brundtland. *Public Health*, 128(2), 148-150.
- Østhagen, A. (2011). Utenrikspolitisk entreprenørskap -EU og utviklingen av en Arktis-politikk. *Internasjonal Politikk*, 69(1), 7-35.