



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
UTENRIKSDEPARTEMENTET

Strategi

Norsk WHO-strategi

for styreperioden 2010–2013





HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
UTENRIKSDEPARTEMENTET

Strategi

Norsk WHO-strategi

for styreperioden 2010–2013



Innholdsfortegnelse

1 Innledning	9
2 Visjon og formål	11
3 Overordnede målsetninger for Norges engasjement	13
3.1 Bekjempe fattigdom ved å bidra til å oppnå FNs tusenårs mål	13
3.2 Underbygge og fremme retten til helsetjenester	13
3.3 Bidra til å redusere de store sosiale forskjellene i verden	13
3.4 Bidra til å redusere sykdomsbyrden	13
3.5 Fremme kvinners rettigheter og likestilling	14
4 Oversikt over WHO's organisering, styring og finansiering	17
4.1 WHO's mandat og organisering	17
4.2 Styring	18
4.3 Finansiering	19
5 Utfordringer	21
5.1 WHO som en særorganisasjon i FN	21
5.2 WHO's rolle i den globale helsearkitekturen	21
5.3 Utfordringer ved WHO's organisasjonsstruktur	22
5.4 Finansieringsutfordringer	22
5.5 WHO som politisk vs faglig arena	23
5.6 WHO som utviklingsaktør - organisasjonens evne til å levere på landnivå	24
6 Prioriteringer	27
6.1 Bedre WHO's budsjett og styring	27
6.2 Fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk	28
6.3 Styrke helsesystemer, herunder tilgang på helsepersonell	29
6.4 Styrke arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer	30
6.5 Styrke WHO's arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet	31
7 Arbeidsformer	35
7.1 Nasjonale arbeidsformer	35
7.2 Samarbeidsland- og former	35

Jonas Gahr Støre Foto: Berit Roald, Scanpix/Statsministerens kontor
Erik Solheim Foto: Berit Roald, Scanpix/Statsministerens kontor
Anne-Grete Strøm-Erichsen Foto: Torgeir Haugaard/Forsvarets mediesenter
Fotocollage: Departementenes servicesenter

Norsk innsats i WHO skal baseres på viktige prinsipper som respekt for menneskerettigheter, demokratiutvikling, likestilling og bekjempelse av fattigdom.

Forord

En sterk Verdens Helseorganisasjon (WHO) som har et klart mandat og nødvendig autoritet og legitimitet til å utføre sine roller, er i alle medlemslandenes interesse.

Vi må gjøre WHO i stand til å møte det tjuetførste århundrets utfordringer: Utvikling av gode nasjonale helse-systemer, styrket kapasitet til forebygging og krafttak mot fattigdommens ledende sykdommer. Tilgang til helsepersonell utfordrer helsesystemene våre. Nær sagt alle land vil oppleve knapphet. Den globale sykdomsbyrden er i endring. Utjevning av sosiale helseforskjeller krever bredt samarbeid. Sårbarhet og sikkerhet på helseområdet er vevd sammen med tradisjonelle sikkerhetsutfordringer og dermed en del av utenrikspolitikken.

Norsk innsats i WHO skal baseres på viktige prinsipper som respekt for menneskerettigheter, demokratiutvikling, likestilling og bekjempelse av fattigdom.

WHO-strategien fastsetter Norges overordnede mål og prioriteringer i arbeidet i styreperioden 2010–2013. Styremedlemskapet gir oss muligheter til å øve innflytelse på og ta et medansvar for at WHO lykkes og styrkes. Vi

ønsker å bruke medlemskapet til å bidra til at WHO's rolle som ledende normativ organisasjon for global helse styrkes. Målsettingen videre er tilgang til nødvendige helsetjenester og bedre helse for alle.

Gjennom styrevervet vil vi bidra til utbygging av universell tilgang til helsetjenester basert på den grunnleggende retten til helsetjenester for alle gjennom helsefremmende livsbetingelser og styrking av helsesystemer.

Også for å ivareta norsk folkehelse er et godt utbygd og åpent internasjonalt helsesamarbeid er viktig. Dette gjelder både overfor våre nærområder så vel som globalt. Vi vet at dårlig helse like mye er en årsak til fattigdom som en konsekvens av fattigdom, og vi kjenner sammenhengen mellom helsetjenester, god helse og velstand.

Dette understreker nødvendigheten av å satse på utvikling av helsesystemer, herunder primærhelsetjenesten, for å oppnå likhet og god helse for alle. Vi har lært disse sammenhengene i Norge – og nå må vi bidra til at andre kan dra nytte av lærdommen.



Jonas Gahr Støre
Utenriksminister



Anne-Grete Strøm-Erichsen
Helse- og omsorgsminister



Erik Solheim
Miljø- og utviklingsminister

Oslo, 1. september 2010



WHO's hovedkvarter i Genève Foto: WHO

1 Innledning

Norge sitter i styret til Verdens helseorganisasjon (WHO) fra mai 2010 til mai 2013. Norsk styremedlem er helsedirektør Bjørn Inge Larsen. I den forbindelse har helse- og utenriksforvaltningen gått sammen om en norsk strategi for styreperioden og ut 2013.¹

WHO-strategien legger en interesse- og verdibasert tilnærming til grunn.² WHO er en viktig arena for Norges internasjonale helseengasjement, og gjennom dette også for ivaretagelsen av nasjonale interesser. Koblingene mellom helse og en interessebasert norsk utenrikspolitikk gjelder både norske egeninteresser og de interesser vi deler med andre land. Styrevervet vil også inngå i utformingen og oppfølgingen av norsk utenrikspolitikk og utviklingspolitikk.

Helse som saksfelt og politikkområde preges av økende globalisering. Et kjennetegn er stadig flere grenseflater og tettere forbindelser mellom helse- og utenrikspolitiske spørsmål. Globaliseringstrekkene er særlig tydelige på områder som migrasjon av helsepersonell, helsesikkerhet og spredning av smittsomme sykdommer. Helseberedskap blir i økende grad et internasjonalt anliggende siden smittsomme sykdommer raskt passerer landegrensene.

Ikke-smittsomme sykdommer, bl.a. utløst av de fire største risikofaktorene tobakk, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og alkohol utgjør en stadig større del av landenes sykdomsbyrde, ikke bare i utviklede land, men i stadig

økende grad også i utviklingsland. I Afrika sør for Sahara utgjør imidlertid smittsomme sykdommer hoveddelen av den samlede sykdomsbyrden.

Av FNs åtte tusenårs mål for utvikling er tre direkte relatert til helse: Redusert barne- og mødredødelighet som innbefatter reproduktiv helse, samt reduksjon av smittsomme sykdommer. Flere av de andre målene er også relatert til helse, som utdanning, kvinners rettigheter og likestilling, vann/miljø og ernæring.

Norges WHO-arbeid skal fortløpende samordnes med øvrig norsk FN-politikk og norsk politikk i relevante multilaterale organisasjoner. Norges innsats i WHO skal bygge på og fremme viktige norske prinsipper som menneskerettighetene, demokratiutvikling, likestilling og bekjempelse av fattigdom.

1 Det norske styrevervet gjelder perioden mai 2010 til mai 2013. Strategien gjelder ut 2013. Perioden strategien gjelder for refereres heretter til som «styreperioden».

2 Dette er i tråd med de politiske føringene lagt ned i St.meld. nr. 15 (2008–2009) *Interesser, ansvar og muligheter. Hovedlinjer i norsk utenrikspolitikk* og St.meld. nr. 13 (2008–2009) *Klima, konflikt og kapital. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom*.



Verdens helseforsamling, WHO Foto: Oliver O'Hanlon/WHO

2 Visjon og formål

Overordnet visjon

Norge skal bidra til å styrke WHO som ledende, normativ organisasjon for global helse. Med utgangspunkt i målet om helse i alle politikkområder skal WHO bidra til å tydeliggjøre helsefaglige hensyn.

Norge skal gjennom WHO bidra til utbygging av universell tilgang til helsetjenester basert på den grunnleggende retten til helsetjenester for alle gjennom helsefremmende livsbetingelser og styrking av helse-systemer.

Et godt utbygd og transparent internasjonalt helse-samarbeid er viktig for å ivareta norsk folkehelse, både i forhold til våre nærområder og med hensyn til globale utfordringer. Dette utgjør en integrert del av sikkerhets-politiske prioriteringer og dermed utenriks- og utviklings-politikk.

Formål

Formålet med strategien er todelt. For det første skal strategien fastsette overordnede mål og prioriteringer for det norske WHO-arbeidet. For det andre skal strategien utgjøre grunnlaget for en tydelig og enhetlig norsk WHO-politikk og dermed bidra til at Norge fremstår på en helhetlig måte i WHO-fora så vel som i FN.



Foto: iStockphoto

3 Overordnede målsetninger for Norges engasjement

Norges innsats skal ha som overordnet målsetning å;

3.1 Bekjempe fattigdom ved å bidra til å oppnå FNs tusenårsmål

Kampen mot fattigdom er koblet til styrking av bestemte fellesgoder, herunder helse. Det er i dag en erkjent sammenheng mellom en befolknings helse og mulighet til utvikling. Bedret helse bidrar til å redusere fattigdom og dermed samtidig til å redusere de sikkerhetstruslene som følger av fattigdommen. Samtidig kan økt satsing og investeringer i helse i den fattige delen av verden gi gevinster for rike land. Norge har gjennom årene opparbeidet seg en ledende posisjon i arbeidet for sterkere globalt helsesamarbeid, ikke minst for økt fokus på tusenårsmål 4 og 5 om å redusere barne- og mødredødelighet. Dette har skjedd gjennom bruken av bistandsmidler og gjennom politiske initiativer innen rammen av FN og en rekke av de nye alliansene for bedret globalt helsesamarbeid.

3.2 Underbygge og fremme retten til helsetjenester

Alle har rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Samtidig er god helse en av de viktigste forutsetninger for et meningsfullt og aktivt liv. Å sikre hele befolkningen tilgang til helsetjenester er først og fremst et nasjonalt ansvar. Offentlige myndigheter må gjennom egen politikk ta et hovedansvar for finansiering, nødvendig regulering samt tilrettelegge for bredt samarbeid som mobiliserer krefter i lokalsamfunn og gir rom for tjenestetilbud fra ulike aktører innenfor en felles forpliktende ramme.³

³ St.meld. nr. 13 (2008–2009) *Klima, konflikt og kapital*. Norsk utviklingspolitikk i et endret handlingsrom.

3.3 Bidra til å redusere de store sosiale forskjellene i verden

Det er store sosiale forskjeller i verden, både innad i og mellom land. I mange land øker forskjellene. Ulikhetene i tilgang til og kvaliteten på helsetjenester er dramatiske. Forholdene vi er født, vokser opp, arbeider, lever og eldres i er bestemmende for vår helse. Disse forholdene formes av fordelingen av penger, makt og ressurser på globalt, nasjonalt og lokalt nivå. Endres de sosiale kår vi lever under, kan store helseforbedringer oppnås. Bedre helse oppnås ikke gjennom satsinger i helsesektoren alene, men er også avhengig av blant annet tilgang på rent vann og sunn mat, et miljø uten helseskadelig forurensing, likestilling mellom kjønnene, utdanning og et godt styresett.

3.4 Bidra til å redusere sykdomsbyrden⁴

Å sette mål om å redusere sykdomsbyrden i befolkningen bør stå sentralt for alle regjeringer. Helsetjenestens eget bidrag vil være å sikre at tiltakene når bredt og fanger opp endringer i sykdomsbildet. Den globale sykdomsbyrden er i endring. Ikke-smittsomme sykdommer utgjør nå om lag 60 prosent av alle dødsfall globalt. WHO anslår at mortalitet som følge av ikke-smittsomme sykdommer vil øke de neste ti årene, mest i lav- og mellominntektsland. En aldrende befolkning, tobakksbruk, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, og alkohol driver utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer. I Afrika sør for Sahara utgjør fremdeles sykdomsbyrden fra smittsomme sykdommer en større del av sykdoms-

⁴ WHO deler sykdomsbyrden i tre hovedgrupper: Overførbare sykdommer, ikke-smittsomme sykdommer og ulykker.

byrden enn ikke-smittsomme sykdommer. Vanlige infeksjonssykdommer og underernæring er fortsatt de viktigste årsakene til høy barnedødelighet i dette området. Årsaken til høy mødredødelighet er direkte knyttet til komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel, noe som igjen er betinget av en ofte dårlig utviklet svangerskaps- og fødselsomsorg.

3.5 Fremme kvinners rettigheter og likestilling

Kvinnens innsats og kvinners rettigheter er avgjørende for å nå FNs tusenårsmål. Målene vil ikke nås uten at kvinner settes i sentrum. For å nå målene må kvinners ressurser og kompetanse utnyttes. Det handler om å bidra til at kvinner får økonomiske muligheter, innflytelse over samfunnsutviklingen og kontroll over egne liv. Seksuelle, reproduktive rettigheter og kvinnehelse står her sentralt og er nært knyttet til likestilling. Dette innebærer fokus på gode basishelsetjenester og universell tilgang til familieplanlegging og kvalifisert fødselshjelp.⁵

Sterke motkrefter lokalt og internasjonalt fordrer at Norge har en tydelig politikk og handler klokt i allianse med andre likesinnede på dette området. Regjeringens handlingsplan for kvinners rettigheter og likestilling skal innpasses i det norske arbeidet i WHO og fastslår at Norge skal være en pådriver for:

- Avkriminalisering av abort og avkriminalisering av kvinner som har fått utført ulovlig aborttinngrep slik at de trygt kan oppsøke behandling dersom det oppstår komplikasjoner.
- Avkriminalisering av homofili og bekjempelse av enhver form for diskriminering og stigmatisering av personer på grunnlag av seksuell orientering.
- Internasjonal aksept for begrepet «seksuelle rettigheter», inklusiv retten til trygg og legal abort og likebehandling uavhengig av seksuell orientering.

⁵ St. meld. nr 11 (2007–2008) På like vilkår: *Kvinnens rettigheter og likestilling i utviklingspolitikken.*



Poliovaksinering Foto: WHO



WHO's hovedkvarter i Genève Foto: WHO

4 Oversikt over WHO's organisering, styring og finansiering

4.1 WHO's mandat og organisering

Verdens helseorganisasjon (WHO) er FN's særorganisasjon for helse. WHO's mandat er å bidra til bedre helse for alle,⁶ og å være det ledende samordningsorganet for internasjonalt helsesamarbeid. WHO er som normativ aktør i en særstilling når det gjelder å uttrykke helsepolitiske utsagn basert på helsefaglige vurderinger som er etiske og vitenskapelig baserte.

WHO er, som FN's særorganisasjon innen helse, forpliktet til å bidra til å nå tusenårsmålene for utvikling.

WHO's KJERNEFUNKSJONER

- Anvise lederskap i helsespørsmål, herunder gjennom deltakelse i partnerskap der felles handling er nødvendig
- Fremme forskning og kunnskapsspredning
- Sette normer og standarder og følge opp gjennom implementering og overvåking
- Utvikle etiske og vitenskapelig baserte politiske handlingsalternativ
- Gi faglig støtte, være katalysator for endring og bidra til kapasitetsbygging
- Overvåke den globale helsesituasjonen og fange opp utviklingstrender

⁶ WHO's konstitusjon artikkel én slår fast at «[t]he objective of the World Health Organization shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health».

WHO's arbeid kan beskrives langs to akser:

- En normativ akse, der organisasjonen i egenskap av sin helsefaglige rolle setter globale normer og standarder og støtter medlemslandene i utformingen av nasjonal helsepolitikk. WHO legger stor vekt på å utforme vitenskapsbaserte tilrådinger, og innsamling/ anvendelse av data blir dermed viktig.
- En utviklingsrettet akse, som først og fremst består i å yte faglig støtte til utviklingsland for å gjøre landene i stand til å iverksette anbefalinger og standarder, styrke helsesystemene og til å utvikle og gjennomføre helhetlige nasjonale helseplaner og programmer.

WHO er organisert på tre nivåer: globalt, regionalt og på landnivå. Organisasjonen ledes av en generaldirektør som er valgt av WHO's medlemsstater. Organisasjonens hovedkvarter ligger i Genève. På regionalt nivå er WHO delt inn i seks regioner. WHO har også kontorer på landnivå.

WHO styres gjennom årlige møter i *Verdens helseforsamling* (World Health Assembly; WHA), som har som hovedoppgave å vedta WHO's strategiske planer og toårige programbudsjetter, og gjennom vedtak av resolusjoner gi WHO mandat samt politiske og helserelaterte føringer for arbeidet. WHA avholdes i mai hvert år og utgjør det øverste beslutningsorganet for WHO's 193 medlemsland.

WHO's styre (Executive Board) består av 34 medlemsland og har som hovedoppgave å legge til rette for arbeidet i WHA, samt sikre iverksettelse av helseforsamlingens beslutninger. Styret møtes i utgangspunktet to ganger i året; i januar og i etterkant av helseforsamlingen i mai. Under møtet i januar hvert år gjennomgår styret dags-

orden til helseforsamlingen senere samme vår og legger viktige føringer for WHAs behandling av de ulike sakene blant annet gjennom anbefalinger av resolusjoner.

På regionalt nivå er WHO delt inn i seks regionalkontorer. Regionalkontorene ledes av en regionaldirektør som nomineres av regionens medlemsland og velges av WHO's globale styre. Medlemslandene i hver region møtes til regionalkomitémøte en gang i året, der landene bl.a. drøfter budsjettspørsmål innen rammen av Medium Term Strategic Plan (MTSP) og de toårige programbudsjettene, samt saksområder med relevans for regionen. Norge er medlem av WHO's Europaregion (WHO EURO). Hoveddelen av WHO EURO's virksomhet foregår ved regionalkontoret i København, men det er også fagenheter i andre medlemsland.

På landnivå har WHO 145 landkontorer som dekker 159 medlemsland, fordelt på de seks regionene. WHO EURO er til stede i 29 medlemsland gjennom landkontorene, og bistår på denne måten nasjonale helsemyndigheter i deres arbeid. WHO's landkontorer skal være en plattform for samarbeid med medlemsland for å fremme den globale helseagendaen, samt å støtte nasjonale strategier og prioriteringer.

4.2 Styring

Styringsinstrumenter

Det overordnede rammeverket for WHO's virksomhet er nedfelt i «Engaging for health: Eleventh General Programme of Work» 2006–2015. I henhold til dette skal WHO bidra til:

- Å investere i helse for å redusere fattigdom
- Bedre helse på individnivå
- Universell tilgang til helsetjenester

- Å identifisere sosiale faktorer som skaper god og dårlig helse
- Å styrke helsesystemet
- Å sikre rettferdig tilgang til helsetjenester
- Å sammenfatte kunnskap, vitenskap og teknologi
- Å arbeide med styrings- og lederskapsspørsmål

MTSP 2008–2013 trekker opp de helserelaterte hovedutfordringene som WHO skal arbeide med og anviser den strategiske retningen for perioden. MTSP etablerer også det resultatbaserte styringssystemet for alle nivåene i organisasjonen. De toårige programbudsjettene utgjør et hovedelement i dette styringssystemet. Programbudsjettene er i inneværende MTSP-periode inndelt i 13 strategiske mål med tilhørende delmål, indikatorer for måloppnåelse, samt fordeling av ressurser på de ulike delmålene.

WHO utarbeider statusrapport for måloppnåelse og bruk av midler både midtveis i de toårige budsjettperiodene og ved periodens avslutning. Dette danner grunnlag for styringsdialogen med medlemslandene. Programbudsjettet er gjenstand for justeringer ved hver nye toårsperiode, bl.a. basert på behov for å målrette indikatorene bedre eller endre ressursfordelingen som ledd i å sikre bedre måloppnåelse på bestemte områder.

Sentralt i det resultatbaserte styringssystemet er omleggingen til et globalt system for håndtering av styringsinformasjon, Global Management System (GSM). Dette skal blant annet sørge for løpende og oppdatert informasjon om organisasjonens budsjettstatus på alle nivå sett i forhold til måloppnåelse for de ulike delmålene i programbudsjettet. GSM er nå under implementering i organisasjonen.

WHO's 13 STRATEGISKE MÅL

- | | |
|---|--|
| <p>1 Redusere helsemessige, sosiale og økonomiske byrder ved smittsomme sykdommer</p> <p>2 Bekjempe HIV/AIDS, tuberkulose og malaria</p> <p>3 Forebygge og redusere funksjonshemming og tidlig død ved kroniske ikke-smittsomme sykdommer, mentale lidelser, vold og ulykker samt synssvekkelse</p> <p>4 Redusere dødelighet og sykkelighet og fremme helse i viktige stadier i livet, med vekt på barne- og mødre helse</p> <p>5 Redusere helsekonsekvensene ved kriser, ulykker, katastrofer og konflikter og å minimere sosial og økonomi-innvirkning</p> <p>6 Fremme helse og utvikling og forebygge/ redusere risikofaktorer som tobakk, alkohol, usunt kosthold, fysisk inaktivitet mv.</p> | <p>7 Håndtere de underliggende sosiale og økonomiske helse-determinantene</p> <p>8 Fremme sunnere miljø, identifisere forebygging og påvirke politikk i alle politikkområder</p> <p>9 Bedre ernæring, mattrygghet og matsikkerhet</p> <p>10 Bedre helsetjenester gjennom bedre styring, finansiering og personell</p> <p>11 Sikre bedre tilgang til kvalitet og bruk av medisinske produkter og teknologier</p> <p>12 Gi lederskap, styrke styring, partnerskap og samarbeid med andre land, FN-systemet og andre interessenter</p> <p>13 Utvikle og bevare WHO som fleksibel, lærende organisasjon, og gjøre den istand til å utføre sitt mandat mer effektivt</p> |
|---|--|

4.3 Finansiering

Kontingent og frivillige bidrag

Vedtatt totalbudsjett for programperioden 2010–2011 er på vel 4,5 mrd. dollar. WHO finansieres gjennom en fastsatt kontingent og frivillige bidrag. Frivillige bidrag for perioden 2010-2011 forventes å utgjøre om lag 80 prosent av totalbudsjettet, en større andel enn noen gang.

Frivillige bidra til WHO kan gis på fire måter:

- i) Helt fleksible
- ii) Høyt fleksible, knyttet til WHO's strategiske mål
- iii) Middels fleksible, knyttet til organisasjonsmål (OWERs)
- iv) Øremerkede midler

Det har de senere årene vært en forskyvning i retning av å øremerke frivillige bidrag. Dette vil si at givene spesifiserer hvilke innsatsområder midlene skal anvendes til. Øremerkede bidrag utgjorde 80 prosent av de totale frivillige bidragene i 2008–2009, mot 70 prosent i 2006–2007. Sammenliknet med andre FN organisasjoner er andel frivillige og øremerkede bidrag høyt.

For å stimulere til en økning i ikke-øremerkede midler og sikre at frivillige bidrag i større grad brukes til å støtte opp under prioriteringer gjort av WHO's styrende organer,

har WHO opprettet et eget fond; Core Voluntary Contribution Account (CVCA). Norge og flere andre likesinnede land har gitt støtte til dette fondet som i dag representerer to prosent av det totale budsjettet til WHO.

Norsk støtte til WHO

Norge er som medlem av WHO forpliktet til å betale kontingent som andel av det vedtatte budsjettet. I tillegg bidrar Norge med tilleggsmidler til WHO's utviklingsrettede og humanitære arbeid. Norge er én av de største givene av frivillige bidrag til WHO.

Norges kontingent til WHO for 2009–2010 utgjør 0,782 prosent av den samlede kontingenten medlemslandene betaler til WHO. For 2010–2011 er kontingenten fastsatt til 0,8711 prosent som tilsvarer USD 4 045 570. Av denne andelen er 70 prosent beregnet som offisiell utviklingshjelp. Kontingenten dekkes over Utenriksdepartementets budsjett med 30 prosent over kap. 116, post 70 og 70 prosent kap. 170, post 78.

I toårsperioden 2008–2009 bidro Norge med 431 mill. kroner i frivillige bidrag til WHO's utviklingsrelaterte virksomhet, herunder til global helseforskning. I tillegg til dette kommer midler som Norge gir i krisesituasjoner til WHO's humanitære arbeid.



Sosiale helsedeterminanter Foto: Marko Kobic/WHO

5 Utfordringer

5.1 WHO som særorganisasjon i FN

FN er unikt plassert som forum for utvikling av globale normer og konvensjoner, som arena for internasjonale forhandlinger, og som legitimerende instans for bruk av makt gjennom FNs sikkerhetsråd. FN har også en viktig bredere legitimerende funksjon for internasjonal politikktutvikling, forankret i en beslutningsstruktur hvor hvert land har én stemme. FN-organene har viktige oppgaver, gjennom koordinering av felles innsats i kriserammede land, og som operativ aktør på landnivå i utviklingsland.

WHO er en av FNs viktigste særorganisasjoner. Helseorganisasjonen har således ikke bare en strengt faglig rolle knyttet til helsespørsmål, den er også en del av FN-systemet. Dette innebærer at WHO må være rede til å påta seg oppgaver som setter FN-systemet i stand til å fungere som en helhet, og at organisasjonens prioriteringer og arbeid må være koherente og koordinerte med det arbeid som andre organisasjoner er pålagt.

Norges strategi overfor WHO må sees som en del av vår generelle FN-politikk. Den vekt som tillegges WHO på det normative området er i tråd med generell norsk FN-politikk. Med normative funksjoner forstås her også en kapasitet til å fungere som en autoritativ kunnskapsorganisasjon med hensyn til global helse.

For at WHO skal kunne fungere bedre som en medspiller med de andre FN-organisasjonene må WHO delta aktivt i de pågående anstrengelsene innen FN-systemet med hensyn til harmonisering av forretningspraksis. Det inkluderer bl.a. resultatstyring, transparens og ansvarliggjøring (accountability).

5.2 WHO's rolle i den globale helsearkitekturen

I følge WHO's konstitusjon skal WHO ha den koordinerende og ledende rollen i internasjonalt helsearbeid.⁷ Som på andre områder av avgjørende interesse for Norge, som for eksempel energi og sosial- og økonomisk utvikling, ser vi at andre organisasjoner innen helse på enkelte områder er viktigere enn WHO. Verdensbanken er i mange sammenhenger en tyngre operativ aktør overfor mottakerlandene i kraft av sin finansielle styrke. Samtidig demonstrerer WHO gjennom sin tilpasningsevne og sitt samarbeid med nye aktører, den grunnleggende verdien av FNs hovedinnretning på det normative området.

WHO's normative rolle utfordres av det etter hvert store mangfoldet av globale helseaktører. De helserelaterte tusenårsmålene har ført til dannelsen av partnerskap av multilaterale og bilaterale, frivillige og private krefter. Bistandsstøtten til helseformål har økt fra USD 5,6 milliarder i 1990 til nesten USD 22 milliarder i 2007. Særlig har det vært en vekst i sykdomsspesifikke satsinger, med vekt på hiv og aids, malaria og tuberkulose. I opprettelsen av spesifikke satsinger er ofte de grunnleggende aspektene ved helsesystemer forutsatt å være på plass, men er til dels mangelfullt ivaretatt. Nye finansieringsmekanismer tas i bruk for å finansiere helsestasjoner i lav- og mellominntektsland, særlig når det gjelder tilgang til medisiner.

Samtidig fører det økte antallet helseaktører til et økt behov for koordinering på den globale helsearenaen, også for å sikre resultater på landnivå. Over tid har WHO med medlemslandenes velsignelse utviklet en rekke partnerskap med andre aktører på helseområdet. Dette har

⁷ WHO's konstitusjon, artikkel 2(a): «to act as the directing and co-ordinating authority on international health work».

medført økt ressursbruk både finansielt og administrativt fra organisasjonens side. Stadig mer midler allokeres til partnerskap. Samtidig finner det ikke sted en tilsvarende økning til WHO's kjerneaktiviteter. Dette til tross for at organisasjonen har en administrativ og normativ rolle i de fleste partnerskapene.

Dermed har WHO en viktig utfordring i å bevare og videreutvikle evnen til å sette dagsorden og være en fellesarena for global helse, og samtidig være en faglig relevant samarbeidspartner for nye satsinger med politisk fokus og finansiering.

I mangfoldet av aktører er det viktig at WHO's mandat er tydelig, og at organisasjonen har den nødvendige autoritet og legitimitet til å utføre sine roller og være ledende og koordinerende aktør. Samtidig må organisasjonen styrke sin evne til å levere på sine kjerneområder.

5.3 utfordringer ved WHO's organisasjonsstruktur

WHO's komplekse organisasjonsstruktur med tre nivåer medfører flere styringsutfordringer. Den desentraliserte strukturen og valgprosessene på regionalt nivå gjør det krevende å få organisasjonen til å arbeide mot felles mål. Særskilt skaper den selvstendige regionsstrukturen utfordringer når det gjelder effektivitet i resultatfokus og -oppnåelse, samtidig som den bidrar til politisk legitimitet og prioritering av internasjonalt helsesamarbeid på nasjonalt nivå. Mens WHO's generaldirektør velges av medlemsstatene etter innstilling fra styret, nomineres WHO's regionaldirektører av de respektive regionalkomiteene.

For å sikre et mest mulig handlingsdyktig og effektivt WHO er det viktig at arbeidsdelingen mellom land, regionalt og globalt er klar og rasjonell. Videre bør mandat

og styringsstrukturer mellom hovedkontor og regionalkontor vurderes. Regionalkontorenes autonome stilling bidrar til å utfordre WHO som global normativ helseaktør. Dette er ikke minst et kjernepunkt i forhold til at WHO skal kunne gjøre seg gjeldende på landnivå innenfor rammen av Ett-FN og FN-reform.

5.4 Finansieringsutfordringer

De siste årene har det vært en betydelig vekst i organisasjonens finansieringsgrunnlag. Budsjettet er fordoblet siden 2004, og frivillige bidrag utgjør ca. 80 prosent av totalbudsjettet. Av disse er 20 prosent ikke-øremerkede bidrag.

Det er en ubalanse mellom tilgjengelige midler og forventninger til hva organisasjonen skal utrette, vedtatt av medlemsstatene gjennom WHO's styrende organer. Medlemsstatene vedtar arbeidsplaner det ikke er budsjettmessig dekning for. Det er også sprikende forventninger til hva WHO bør prioritere. Samtidig ventes det at WHO's budsjetter, som et resultat av den finansielle og økonomiske krisen, de nærmeste årene ikke vil fortsette å vokse. For at WHO skal kunne innfri de målsetninger som er satt av medlemsstatene gjennom Verdens helseforsamling må organisasjonen bli bedre til å prioritere. En slik evne og vilje til å prioritere er langt på vei avhengig av økonomisk forutsigbarhet og fleksibilitet. Her har statene og organisasjonen selv et felles ansvar.

Den høye andelen øremerkede midler reduserer fleksibiliteten i økonomistyringen og dermed organisasjonens evne til å gjennomføre programbudsjettet som landene har vedtatt. Dessuten er øremerking administrativt ressurskrevende så vel for WHO som for medlemsstatene. Graden av øremerking påvirker implementeringskapasiteten og antas å være medvirkende faktor til en sterk

vekst i ubenyttede midler som overføres fra et år til et annet. Dette utfordrer WHO's legitimitet. Fordi medlemsstatenes bidrag i stor grad er allokert over bistandsbudsjettet vil det kunne være manglende samsvar mellom hva medlemsstater sier i WHO's styrende organer og hvordan bidrag til organisasjonen allokeres.

Bedre effektivitet og resultater er tett knyttet til hvordan WHO finansieres, og det er behov for mye bedre samsvar mellom prioritering og finansiering av kjerneoppgaver. Dette krever også endringer i måten WHO-sekretariatet arbeider på.

5.5 WHO som politisk vs faglig arena

WHO er en faglig organisasjon. Samtidig opererer organisasjonen i et politisk landskap. Beslutningstakingen i WHO er mer politisert enn tidligere.

De senere år har en rekke mellomstatlige forhandlingsrunder funnet sted innen rammene av WHO. Fremforhandlingen av tobakkskonvensjonen, det internasjonale helsereglementet⁸, strategi og handlingsplan for folkehelse, innovasjon og immaterialrett, samt forhandlingene om et globalt rammeverk for pandemisk influensa utgjør eksempler på dette. Dette er i tråd med WHO's mandat om å foreslå konvensjoner, avtaler og regule-

8 Det internasjonale helsereglementet (IHR) ble vedtatt gjennom resolusjon WHA 58.3. Reglementet er et internasjonalt system for epidemietterretning, en prosedyre for WHO's anbefalinger om respons på alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, og et sett av internasjonale regler om rutinetiltak mot internasjonal spredning av smittsomme sykdommer. IHR har til formål å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonal koordinert oppfølging. Dette skal gjøres på måter som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel.

ringer som angår internasjonale helsespørsmål.⁹ WHO brukes i økende grad som en arena for forhandlinger som har politiske implikasjoner. Utviklingen illustrer også den økende betydningen medlemsstatene tillegger WHO som FN-organisasjon for forhandling av avtaler og rammeverk for global styring.

Helse har grenseflater til de fleste sektorer. Større bevissthet om denne sammenhengen har medført tettere samarbeid mellom WHO og en rekke andre organisasjoner og aktører for å arbeide for at helseaspektet ivaretas. Ett eksempel på dette er handelsområdet hvor WHO ikke har mandat, men hvor de avtaler som fremforhandles kan ha store implikasjoner for helse.

Det er viktig å sikre at WHO opprettholder og styrker sin faglige kompetanse. Organisasjonens politiske merverdi ligger i et sterkt faglig votum. Legitimiteten som normativt organ når det gjelder global helse forutsetter solid administrativ så vel som helsefaglig kompetanse i organisasjonen. Videre forutsetter organisasjonens relevans og autoritet innen FN-systemet at helsefaglig kompetanse suppleres med kompetanse innen internasjonal politikk og arbeid.

9 WHO's konstitusjon, artikkel 2(k): «to propose conventions, agreements and regulations, and make recommendations with respect to international health matters and to perform such duties as may be assigned thereby to the Organization is consistent with its objective».

5.6 WHO som utviklingsaktør – organisasjonens evne til å levere på landnivå

WHOs rolle på landnivå og rollefordeling mellom land og region, er en av organisasjonens store utfordringer. Fra norsk side er vi opptatt av bedre FN-koordinering på landnivå for å bedre effektiviteten og lette den administrative byrden for vertslandet. Siden reformpanelets rapport, hvor statsminister Stoltenberg var en av tre ledere, har dette arbeidet fokusert på konseptet «delivery as one». WHOs representasjon og prestasjon på landnivå er varierende, særlig i den afrikanske regionen, og bare delvis i stand til å fylle faglige rådgivningsfunksjoner overfor resten av systemet.

WHOs representasjon på landnivå har vært gjenstand for flere evalueringer, blant annet etter norsk initiativ. WHOs generaldirektører har forsøkt å gjøre noe med dette, blant annet gjennom å etablere bedre utvelgelsesprosesser for nye landrepresentanter, bedre kursing og opplæring. Utvelgelsen av landrepresentanter skal være basert på kvalifikasjoner og evne til å levere resultater. Man skal kreve at landkontoret kan vise til resultater.

På enkelte prioriterte områder i norsk politikk for global helse er det en utfordring for Norge at WHO ikke har funnet en optimal rolle som del av det større aktørbildet, og at organisasjonens prestasjon er varierende. Her må det faglige grunnlaget og evnen til å tilrettelegge for konsultasjons- og samordningsprosesser styrkes. Dette gjelder bl.a. tusenårsmålene for helse og de pågående anstrengelsene for å styrke helsesystemer i utviklingsland, for videre å muliggjøre og effektivisere mer målrettede tiltak knyttet til barnedødelighet, mødredødelighet, reproduktiv helse og smittsomme sykdommer. Andre deler av WHO fungerer i stor grad godt, slik som legemidler, vaksiner og innsats i forbindelse med kriser.





Verdens helseforsamling, komité B, WHO Foto: Oliver O'Hanlon/WHO



Generaldirektør i WHO, Dr. Margaret Chan Foto: Oliver O'Hanlon/WHO

6 Prioriteringer

Norge vil i styreperioden arbeide for å oppnå de overordnede målsetningene som er beskrevet i kapittel 3. Videre vil Norge arbeide for at de mål som er nedfelt i WHO's Medium Term Strategic Plan nås, samt for å ivareta og fremme norske interesser i de saker som til enhver tid står på dagsorden i WHO's styrende organer. Norge vil under styremedlemskapet spesielt arbeide for å:

- Bedre WHO's budsjett og styring
- Fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk
- Styrke helsesystemer, herunder tilgang på helsepersonell
- Styrke arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer
- Styrke WHO's arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet

På alle disse områdene vil Norge følge opp WHO's innsats knyttet til rettigheter, kjønn og likestilling.

6.1 Bedre WHO's budsjett og styring

WHO's organisatoriske utfordringer med sterke regional-kontorer og manglende ansvarliggjøring av helseforsamlingen med hensyn til finansieringsutfordringene må prioriteres i styret.

Resultater på landnivå må være retningsgivende for prioriteringer og allokering av ressurser, finansielle så vel som tekniske. Landenes egne planer og prioriteringer må ligge til grunn for hvordan WHO skal bidra, enten direkte eller gjennom andre aktører.

Landenes planer og prioriteringer må også avspeiles i utforming av, debatt om, og vedtak av arbeidsplan og budsjett. Den store andelen øremerkede bidrag undergraver

helseforsamlingens og styrets mulighet til å fastsette et reelt og gjennomførbart program og budsjett. Midtveisgjennomganger bør derfor i større grad anvendes til å justere arbeidsplaner og budsjett for å synliggjøre styringsutfordringene givene selv bidrar til.

WHO's normative mandat og rolle som FN's særorganisasjon for helse utfordres av en stadig mer kompleks og mangfoldig arkitektur med nye aktører. Dette fordrer en bredere diskusjon innen FN-systemet og i FN-reformarbeidet om hvilken FN-organisasjon – om noen – som bør være forankring for partnerskap. Dette er ikke minst aktuelt i lys av utviklingen innen klimaarbeidet der man nå i større og større grad ser på utviklingen innen helse som en mulig modell for organisering og mobilisering for klima.

Norge vil i styreperioden:

- Arbeide for å sette fokus på og styrke WHO's organisatoriske effektivitet, herunder som et bidrag til reformarbeidet i FN.
- Aktivt bidra i oppfølgingen av diskusjonene om WHO's fremtidige rolle og finansiering som generaldirektøren har satt i gang.
- Arbeide for at arbeidsplanen utformes innenfor rammen av reelt tilgjengelige midler, og at man ansvarliggjør givere som binder/øremerker frivillige bidrag ved å synliggjøre dette i arbeidsplanen. Avøremerking er effektivt når flere går sammen om det.
- Reise debatten om WHO's rolle og plass i den globale helsearkitekturen, herunder hva WHO's rolle er på landnivå. Løfte og mobilisere for WHO's rolle som normativt fagorgan med sikte på å klargjøre organisasjonens rolle og ansvar når det gjelder de mange partnerskapene og ordningene innen global helse.
- Fortsette med størst mulig avøremerking av norske bidrag under forutsetning av at det gjennomføres

gode resultatrapporteringer basert på klare indikatorer for å vise fremgang i forhold til prioriteringene. WHO's spesialprogrammer med eget styresett og enkelte tidsbestemte målrettede programmer (slik som støtten til utryddelse av polio) vil fortsatt kunne gis øremerkede bidrag.

- Aktivt følge gjennomføringen av WHO's politikk for kvinners rettigheter og likestilling, både som en målrettet og integrert del av det faglige arbeidet og innen ledelse og styring av organisasjonen. Rapportering med kjønnsensitive data på begge områdene skal etterspørres fra norsk side.
- Stille strenge krav til forvaltningen av de norske bidragene for å nå mål og unngå misligheter. Norge skal arbeide for å styrke interne kontrollsystemer, kontrollrutiner, holdninger og praksis i WHO-systemet for å forebygge, avdekke og håndtere økonomiske misligheter.
- Norge vil i styret aktivt gå inn for å styrke WHO's kapasitet til å utøve internasjonalt lederskap innen prioriterte områder og øke fokuset på WHO's prestasjon og operasjoner rettet mot de fattigste landene med høy sykdomsbyrde.

6.2 Fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk

En av WHO's kjernefunksjoner er «å definere en forskningsagenda og stimulere til utvikling av ny kunnskap samt sikre at ny kunnskap tas i bruk».¹⁰ På grunn av det store antall aktører innen global helseforskning (eksterne og interne), sterke interesser og fragmentering innad i organisasjonen, er det svært utfordrende for WHO å utøve globalt lederskap. Organisasjonen har de senere

¹⁰ WHO's general program of work 2006–2015.

år vist initiativ ved å koordinere mellomstatlige prosesser knyttet til håndtering av immaterielle rettigheter og internasjonal koordinering av global helseforskning, og å sette behovet for bedre intern koordinering på dagsorden. Det er særlig behov for at organisasjonen, gitt sin normative rolle, styrker måten forskning anvendes på når det utarbeides anbefalinger, retningslinjer og standarder.

Global helseforskning er en forutsetning for å:

- Imøtekomme dagens og fremtidens helseutfordringer i fattige land, understøtte arbeidet med å realisere FNs tusenårs mål, særlig når det gjelder målene som er knyttet til å bedre fattiges helse.
- Få nødvendig kunnskap til å møte helseutfordringene og å fremskaffe kunnskap som sikrer at de tiltakene som iverksettes er basert på beste tilgjengelige kunnskap og at ressursbruken står i et rimelig forhold til nytten av tiltakene.
- Redusere ulikheter i helse, især i forhold til kvinners helse og likestilling.

Norske forskningsressurser er begrensede sammenlignet med ressursene som finnes hos de store internasjonale aktørene på feltet. Likevel kan Norge spille en viktig rolle gjennom sin styrerepresentasjon, støtten til WHO's spesialprogrammer innen forskning (TDR, HRP, AHSPR)¹¹ der Norge er en stor giver, gjennom faglig samarbeid og ved å fremme WHO's rolle i internasjonale prosesser.

¹¹ UNDP/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP); Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR).

En ny forskningsstrategi for WHO antas bli vedtatt i mai 2010. Strategien er bred og ambisøs og dekker både WHO's egen forskningsaktivitet, WHO's bruk av forskning, og WHO's globale lederskapsrolle innen global helseforskning. Anbefalingene er rettet mot WHO-sekretariatet, medlemsland og partnere, inkludert internasjonale partnere, frivillige organisasjoner og privat sektor.

Norge vil i styreperioden:

- Gi særlig prioritet til arbeidet med seksuell og reprodusert helse og likestilling i spesialprogrammet HRP, der Norge tar over styrelederansvar.
- Støtte opp om WHO's lederskapsrolle («stewardship») innen global helseforskning, inkludert oppfølgingen av strategien for folkehelse, innovasjon og immaterielle rettigheter.
- Bidra til effektivisering av WHO innen global helseforskning, blant annet ved å avklare ansvar og arbeidsdeling internt i organisasjonen, fagkomiteenes rolle og grenseflaten til spesialprogrammer og andre eksterne aktører, slik som offentlig-private samarbeidsformer innen produktutvikling. WHO's pre-kvalifisering for godkjenning av legemidler og produkter må ikke utgjøre en flaskehals, og smidigere prosedyrer for dette må vurderes.
- Fremme systematisering og formidling av forskningsresultater for utvikling av policy, både nasjonalt og internasjonalt, for å sikre at politikkgrunnlag og tiltak er kunnskaps- og resultatbaserte. Særlig fokus bør settes på evaluering av resultater av tiltak knyttet til helsepolicy og helsesystemer og (jfr. forskningsprogrammet AHSPR) måling av befolkningens helsetilstand gjennom gode informasjonssystemer. Kobling til internasjonalt ledende norske fagmiljøer og bruk av øvrige virkemidler er viktig.
- Styrke styringsprosesser, monitorering og rapportering på gjennomføring av WHO's forskningsstrategi.

6.3 Styrke helsesystemer, herunder tilgang på helsepersonell

Utvikling av gode helsesystemer, herunder kapasitet til forebygging, er en av de viktigste utfordringene for rike så vel som fattige land. Den påviste sammenhengen mellom en god helsetjeneste, helse og velstand i en befolkning, understreker nødvendigheten av å satse på helsesystemer med god primærhelsetjeneste for å oppnå god helse og lik tilgang til helsetjenester i en befolkning.

For Norge er det et mål at WHO's arbeid med helsesystemer med særlig fokus på primærhelsetjeneste/folkehelse og helsepersonell styrkes. Det er viktig at innsatsen for helsesystemer underbygger alle de strategiske målene i MTSP, samt at den er basert på nasjonalt eierskap og myndighetenes prioriteringer.

I mange lavinntektsland er hindringene for at tjenestene skal bli tilgjengelige for folk flest, og særlig på landsbygda, kjent men ikke løst. Finansiering, helsetjenesteforsikring/sosiale sikkerhetssystemer, de rette sosiokulturelle forhold, infrastruktur (logistikk, medisiner, transport) og ikke minst helsepersonell er forutsetninger som må dekkes.

WHO's rolle er å foreslå løsninger for landene, etablere standarder, tilnærminger og verktøy for at befolkningen skal få tilgang til gode helsetjenester og selv kunne medvirke til bedre helse.

Norge vil i styreperioden:

- Gi prioritet til WHO's arbeid for å sikre universell tilgang til helsetjenester med vekt på primærhelsetjenester. Sosiale helseforsikringssystemer, finansiering av helsetjenester og tilgang til legemidler for fattige land til overkommelige priser er kjerneområder for allmenn tilgang til helsetjenester.

- Støtte WHO's arbeid med helsepersonellkrisen, både når det gjelder å anvisne normer og standarder for utdanning/lisensiering av personellkategorier, samt tiltak for å hindre frafall fra sektoren.
- Følge opp arbeidet med en frivillig kode for etisk internasjonal rekruttering av personell over landegrensene. Den må ivareta landenes mulighet til å beholde personell slik at de kan innfri forpliktelser til å tilby tjenester til befolkningen, og samtidig sikre at helsearbeideres rett til å flytte på seg/migrere ikke innskrenkes. Koden må monitoreres, og data om utviklingstrekk innen helsepersonellmigrasjon må systematiseres.
- Prioritere at WHO inspireres og gis mulighet for å samhandle med andre sektorer og aktører på helsepersonellområdet, f.eks. gjennom globalt alliansearbeid (den globale helsepersonellalliansen, MDG 4&5-initiativ etc.). Sammenhengen til øvrige helse-systemkomponenter som helseinformasjonssystemer og kunnskapsgrunnlag om helsetjenestedata skal framheves.
- Påse at hensynet til kvinners og jenters helse og rettigheter ivaretas og styrkes i WHO's arbeid på de ovenstående områdene, slik at nasjonale helsesystemer blir bedre i stand til å tilby tilgjengelige, ikke-diskriminerende, trygge og pasientrettede tjenester. Avkriminalisering og innsats for trygg og selvbestemt abort samt arbeidet for fremme av «seksuelle rettigheter» er omstridte og sensitive temaer av stor betydning for kvinners helse og levekår der WHO må fortsette å utvikle og formidle et etisk og vitenskapelig fundert grunnlag for myndigheters policy-utforming på landnivå.

6.4 Styrke arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer

Tobakken dreper halvparten av menneskene som bruker den. I 2004 døde minst 2,8 millioner mennesker av årsaker som kan knyttes til overvekt, som igjen er knyttet til fysisk inaktivitet og usunt kosthold. Skadelig bruk av alkohol er rangert som den tredje største risikofaktoren for tidlig død og funksjonsnedsettelse (DALY),¹² og er estimert å forårsake om lag 2,3 millioner dødsfall årlig i verden. Ikke-smittsomme sykdommer vokser i alle deler av verden, og mer enn tilbakegangen i overførbare sykdommer. I de deler av verden hvor infeksjonssykdommene fortsatt dominerer, utgjør veksten i de kroniske lidelsene en utfordring i form av et tillegg til den eksisterende sykdomsbyrden.

Skader knyttet til ulykker og vold utgjør et alvorlig helseproblem som forårsaker tapte leveår og menneskelige lidelser. WHO anslår at i 2030 vil 3,6 % av global mortalitet være knyttet til vei- og trafikkulykker. WHO regner også med en økning i mortalitet knyttet til vold frem mot 2030 som da vil stå for 1,2 % av global mortalitet.

WHO har gjennom det siste tiåret etablert strategier for å møte de nevnte utfordringene. Viktigste i denne sammenheng er tobakkskonvensjonen som trådte i kraft i 2005. I 2000 vedtok Verdens helseforsamling en strategi

¹² WHO har i samarbeid med IBRD (Verdensbanken) utviklet et analyseverktøy for å måle den globale sykdomsbyrden, herunder effekten av ulike risikofaktorer. Formålet er å få et bedre grunnlag for å prioritere innsatsen for å redusere sykdomsbyrden enn det dødelighetsstatistikken alene gir. Disability adjusted life years (DALY) (funksjonsjusterte leveår) måler summen av for tidlig død som følge av sykdom og år med nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom.

mot ikke-smittsomme sykdommer (NCD).¹³ I 2004 ble den globale strategien for kosthold og fysisk aktivitet, samt en strategi for sunn livsstil vedtatt. I 2005 vedtok WHA en resolusjon om skadelig bruk av alkohol. I 2007 vedtok man en handlingsplan for ikke-smittsomme sykdommer (NCD). Her inngår også tiltak mot overvekt, bl.a. utvikling av tiltak for å begrense markedsføring av usunne mat- og drikkevarer rettet mot barn. Et forslag til global strategi mot skadelig bruk av alkohol ble vedtatt på helseforsamlingen i 2010.

Sentralt i strategiene står det å redusere risikofaktorer som tobakk, overvekt, alkohol, og fysisk inaktivitet. En viktig forutsetning for at strategiene for tobakk, alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet skal bli effektive er utvikling av gode helsesystemer med særlig vekt på primærhelsetilbudet, og at man har en god forankring i den nyeste forskningen knyttet til ikke-smittsomme sykdommer.

Norge ønsker at det legges mer vekt på ikke-smittsomme sykdommer, mental helse, ulykker og vold. For helsemyndighetene blir det viktig både å sette i verk effektive tiltak for å begrense risikofaktorene for kroniske lidelser, samtidig som helsesystemene bedre må kunne betjene en befolkning med sammensatte problemer.

Norge vil i styreperioden:

- Fremme økt satsing i WHO på ikke-smittsomme sykdommer, herunder arbeide for å oppnå målsettingene i handlingsplanen for ikke-smittsomme sykdommer.
- Støtte videreutvikling av arbeidet mot tobakksbruk.
- Arbeide aktivt for at WHO globalt og regionalt prioriterer arbeidet med implementering av alkoholstrategien.

- Gi fortsatt høy prioritet til arbeidet for å begrense markedsføring av usunne mat- og drikkevarer mot barn.
- Arbeide for å styrke forskningen om forebygging av ikke-smittsomme sykdommer.

6.5 Styrke WHOs arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet

I et globalisert samfunn skaper og fordrer mestring av helserisiko muligheter for nye arenaer og allianser på tvers av etablerte, faglige og politiske skiller. Internasjonalt samarbeid om håndtering av helserisiko kan være kontroversielt. Samtidig er «god helse» allment anerkjent som en grunnleggende verdi og har ved det en ukontroversiell og brobyggende karakter. WHO er den viktigste arenaen innen arbeidet med global helsesikkerhet som ramme for nasjonalstatenes mestring og håndtering av helserisiko.

Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) ble vedtatt under WHA 58 i 2005 og trådte i kraft fra juni 2007. Full implementering av IHR 2005 er av stor viktighet for den internasjonale helsesikkerheten. WHOs arbeid for en felles forståelse for og implementering av helsereglementet i medlemslandene, spesielt hva gjelder rutinekontroller og adekvate folkehelseiltak, er viktig. Viktig er også WHOs rolle i forhold til å gi policy- og faglig støtte slik at alle medlemsland blir i stand til å gjennomføre overvåkning av smittsomme sykdommer av betydning for folkehelsen.¹⁴ IHR 2005 er et godt utgangspunkt for et økt internasjonalt samarbeid innenfor helseområdet på områder som pandemi, virusdeling og patentrettigheter.

¹³ Resolusjon WHA 53.17.

¹⁴ Dette følger av MTSP, strategisk mål nr én.

Tuberkulose som en allmennfarlig, smittsom sykdom, er et viktig helseproblem i Europa og ikke minst i fattige land utenfor Europa. I Europa gjelder dette særlig i landene i det tidligere Sovjetunionen, men, pga. migrasjon, også etter hvert i Vest-Europa. Problemet er særlig knyttet til den økende forekomsten i flere land og til utviklingen av resistant- og multiresistent tuberkulose. Høyendemiske områder, som oftest lavinntektsland, er avhengige av kunnskapsoverføring og hjelp utenfra til kompetanseoppbygging nødvendig for etablering av nasjonale kontrollprogram, og til finansiering av konkrete kontrolltiltak.

Antibiotika er, ved siden av vaksiner, viktige redskaper i kampen mot infeksjonssykdommer. Resistens mot antibiotika er et alvorlig og økende helseproblem som rammer både rike og fattige land. Bruk av antibiotika blir i økende grad sett på som den viktigste drivkraften for økt antibiotikaresistens. Fornuftig antibiotikabruk er avgjørende for å sikre antibiotika som et effektivt virkemiddel også i årene framover. Mangelen på god sykehushygiene er et beslektet fellesproblem for fattige og rike land. God håndhygiene er et enkelt og effektivt virkemiddel.

Forurenset vann utgjør et stort helseproblem. Over halvparten av verdens sengeplasser er belagt av mennesker som lider av sykdommer knyttet til forurenset vann. Diaré tar livet av 4100 barn hver dag og dreper flere barn enn aids, malaria og meslinger til sammen. Nesten alle diarédødsfall skyldes forurenset vann, utilstrekkelige sanitærforhold og dårlig hygiene.

Norge vil i styreperioden:

- Arbeide for en helsefremmende internasjonal politikk som ser utenriks- og utviklingspolitikk i sammenheng og som bidrar til å redusere sikkerhetstrusler som følger av sykdom, fattigdom, sosiale ulikheter og sviktende helsesystemer.
- Arbeide for fortsatt kapasitetsbygging i medlemslandene og bidra til økt internasjonalt samarbeid når det gjelder implementering av IHR 2005.
- Arbeide for styrking av kvaliteten i det internasjonale tuberkulosearbeidet gjennom bedre laboratorietjenester, smitteverntiltak, høykvalitets medikamenter, pasientrelaterte støttetiltak og overvåkningssystemer.
- Prioritere arbeid for fornuftig bruk av antibiotika i medlemslandene og for bedre sykehushygiene gjennom internasjonale kampanjer for håndvask.
- Fortsatt prioritere arbeidet med smittsomme sykdommer herunder WHO's prioritering av utryddelse av polio og hiv/aids, tuberkulose og malaria (MDG 6).
- Arbeide for at WHO inntar en pådriverrolle i globale og nasjonale fora for å informere politikutformere og beslutningstakere om betydningen av rent drikkevann, gode sanitære forhold og god hygiene for oppnåelse av de helserelaterte tusenårsmålene. Det skal legges vekt på betydningen av forebyggende tiltak, behovet for integrering i andre sektorer, prioritering av spørsmålene nasjonalt og integrering av retten til vann i nasjonale lovverk.



Rent vann Foto: WHO



Verdens helseforsamling Foto: Oliver O'Hanlon/WHO

7 Arbeidsformer

Norges arbeid i styreperioden skal preges av målrettet innsats for å nå politiske prioriteringer. Arbeidet skal preges av åpenhet, dialog og kompetanse. Det er et overordnet mål å styrke involvering av offentligheten gjennom å etablere rutiner og systematisere kontakt med berørte parter og interesseorganisasjoner. Det skal legges vekt på bekjentgjøring eksternt av konsultasjoner i regi av WHO. Forut for styremøtet i januar vil det avholdes dialogmøter med berørte parter og interessegrupper.

7.1 Nasjonale arbeidsformer

Gode samarbeidsformer innad i og mellom forvaltningsnivåer er viktige for å kunne legge til rette for parat, relevant og samordnet kompetanse som sekretariat for politisk ledelse slik at det norske styremedlemmet kan:

- opptre effektivt i styret på vegne av Norge
- aktivt fremme norske helse-, utenriks- og utviklingspolitiske anliggender
- bidra til å sikre konsistens i helse, utenriks- og utviklingspolitikken

Arbeidsdeling knyttet til forberedelse av instruks til styremøtet

a) Klarering av instruks:

Instruks til styremøter, helseforsamlingen og til regional-komitémøter godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet.

b) Forberedelse av instruks:

Helsedirektoratet er sekretariat for WHO-forumet og forbereder utkast til instruks til møtene i WHO's globale styre, helseforsamlingen og regional-komitémøtet. WHO-forum består av representanter fra relevante departementer og underliggende etater, herunder Helse- og

omsorgsdepartementet (HOD), Utenriksdepartementet (UD), Helsedirektoratet (Hdir), Statens legemiddelverk (SLV), Folkehelseinstituttet (FHI), Helsetilsynet, Mattilsynet, Norad, Nasjonalt kunnskapssenter for folkehelsen og Norges delegasjon til Genève (DEL Genève). WHO-forum er etablert med formål å forberede og koordinere utkast til instruks i forkant av styremøtet i januar, helseforsamlingen i mai og regional-komiteen i september.

Under møtene

Klarering av posisjoner ut over det som fremgår i instruksjonen skal gå via delegasjonsleder. Delegasjonsleder, eller den delegasjonsleder bemyndiger, skal, dersom det er behov for å gå ut over instruksjonen, konsultere ansvarlig departement i Oslo før holdningsutsagn gis. Departementet har ansvar for konsultasjoner med andre berørte departementer.

Mellom styremøtene

Det er etablert en kjernegruppe under ledelse av departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet for drøftinger/avklaringer/orienteringer mellom styremøtene. Gruppen består av medlemmer fra HOD, UD og Hdir. Delegasjonen i Genève deltar ved anledning.

7.2 Samarbeidsland- og former

Norge er avhengig av et utstrakt samarbeid med andre land for å få gjennomslag for prioriterte saker. Dette samarbeidet vil være et løpende samarbeid gjennom hele året og et saksorientert samarbeid med et utvalg av land i forkant av behandlingen i WHO's styrende organer. Viktige premisser legges i styremøtene i forhold til utfallet av enkeltsaker. Opp mot og under styremøtene er det nødvendig å ha særlig oppmerksomhet rettet mot hvilke andre land i styret som kan inngå i et samarbeid for å skape konsensus.

Vedtak i styremøtene legger ikke formelle bindinger på hvordan medlemslandene skal opptre under helseforsamlingen. Mange små land er ikke, eller er bare i begrenset grad, til stede på styremøtet og vil kunne ønske endringer på et senere tidspunkt. Det kan også skje utvikling innenfor et saksområde som utgangspunkt for at ett eller flere medlemsland velger å gjenåpne debatten om dokumenter som styret har vedtatt. Det er derfor viktig å ha oppmerksomheten kontinuerlig rettet mot sentrale saker helt fram til vedtak fattes av helseforsamlingen. Dette krever innsats på ulike nivåer og arenaer, der både faglige og politiske hensyn må gjøres gjeldende.

Hovedsamarbeidsformer:

- *Skape allianser på tvers av WHO's 6 regioner:* Alliansebygging øker kunnskapen om på hvilken måte en sak er relevant for land i andre regioner og legger forholdene til rette for vedtak. Samtidig som man har oppmerksomhet rettet mot landene fra de øvrige fem regionene som er representert i styret, er det også viktig å være orientert om/forholde seg til de mest innflytelsesrike landene i de respektive regionene, og hvordan disse i sin tur kan påvirke andre. Hovedregelen i øvrige regioner er en rullerende ordning med oppnevning av land med ansvar for regional koordinering. Regionale koordinatorene vil dermed være viktige kilder både til informasjon og til å kunne påvirke utfall av prosesser.
- *Skape allianser til utviklingsland:* En stor del av sakene på WHO's dagsorden har utviklingspolitiske så vel som helsefaglige dimensjoner. Det er viktig å fange opp dette og være kjent med hovedtrekkene i argumentasjonen langs begge dimensjoner. Her vil bl.a. norske hovedsamarbeidsland i utviklingspolitisk sammenheng være aktuelle samarbeidsland, herunder også land der Norge har bilaterale samarbeidsprosjekter.
- *Utnytte mulighetene for bilateralt samarbeid med sentrale vestlige land når de politiske forutsetningene ligger til rette for det:* Sentrale vestlige medlemsland i WHO som i kraft av bl.a. faglig og økonomisk tyngde gjør at de er viktige støttespillere og bidragsyttere til WHO, er viktige samarbeidspartnere. Flere av disse landene kjennetegnes av et langsiktig og forutsigbart engasjement på områder som er viktige for Norge, og som vi allerede har etablert samarbeid med. For andre land kan dette i større grad være avhengig av den til enhver tid sittende politiske ledelse. Felles for denne gruppen av land er at de er viktige i forhold til å innvirke på WHO's politiske og økonomiske rammebetingelser.
- *Utnytte mulighetene som ligger i kontakt på faglig og politisk nivå i delegasjonene i Brussel, Genève og New York, samt i det bilaterale ambassadenettverket:* WHO's handlingsrom påvirkes også av forhold i grenseflatene mot andre FN-organisasjoners agendaer, og ulike medlemslands opptreden i disse sammenhengene. Delegasjonene og ambassadene har, eller vil kunne opprette, kontakt med representanter fra aktuelle land og formidle inntrykk og innspill til de norske prosessene.
- *Holde god og løpende kontakt med WHO's sekretariat:* God forståelse av prosedyrereglene som gjelder for styremøte og helseforsamling er viktig for å oppnå ønskede resultater. Reglene kan i mange tilfeller legge avgjørende føring på hvilke løsninger som det er mulig å få til vedtak på. I tillegg har sekretariatet verdifull helsefaglig kunnskap og innsikt i hvordan sentrale land til enhver tid stiller seg til ulike løsninger. Dersom løsninger Norge arbeider for i de styrende organene har en forankring i WHO, øker samtidig mulighetene for at saken følges opp på en god måte. At sekretariatet i konkrete sammenhenger har et annet

syn på behovet for eller ønskeligheten av å følge opp en sak, kan imidlertid ikke være avgjørende for hvilken holdning Norge inntar.

- *Ha et bevisst forhold til føringene i den norske WHO-strategien også når WHO er del av et større partnerskap:* Norske representanter møter ofte WHO som en aktør i større partnerskapsprosesser både internasjonalt (jfr. fagkomiteer og arbeidsgrupper knyttet til globale fond og initiativ eller internasjonale forhandlinger) og på landnivå (som del av Ett FN, eller i dialog med nasjonale myndigheter). Denne type samhandling åpner for verdifull dialog, samarbeid og læring av policy. Det er i slike anledninger viktig å fremme relevante elementer av den norske strategien, men også å bringe tilbake erfaringene til de hjemlige prosessene.

Samarbeidsland- og grupper

Aktuelle samarbeidsland- og grupper vil variere fra sak til sak. Det er likevel en rekke land som Norge over tid har utviklet et godt samarbeid med.

- De øvrige nordiske landene utgjør viktige samarbeidspartnere, og det er etablert et godt og systematisk samarbeid både i WHO og i andre FN-fora. Nordiske land som også er EU-land representerer viktige bindeledd til EU i WHO-sammenheng.
- Med sine globale helseagendaer er Storbritannia, Nederland og Frankrike viktige samarbeidsland innen helsepolitiske saksområder der Norge er tungt inne. Det er viktig å utnytte mulighetene for strategisk samarbeid også med USA og andre sentrale land på områder der vi har sammenfallende interesser.
- Initiativet om utenrikspolitikk og global helse utgjør en tverrregional gruppe av non-likeminded land som

gjør den særlig egnet for samarbeid.¹⁵ Den regulære og nære kontakten som er skapt gjennom plattformen gjør også at landene enkeltvis er viktige konsultasjonspartnere for Norge; både i forhold til egne posisjoner, og som vindu inn mot andre regioner. Brasil, Indonesia, Sør-Afrika og Thailand er i kraft av sine posisjoner regionalt og globalt viktige land i denne sammenhengen.

- En lang rekke politiske prosesser og beslutninger flyttes ut til nye aktører som G8 og G20. Også i helse-sammenheng vil det kunne være hensiktsmessig å etablere gode relasjoner til land i både G8 og G20 hvor blant annet sentrale land som Russland og Canada deltar.
- Etablerte faglige møteplasser og nettverk må utnyttes der dette er hensiktsmessig.

¹⁵ Landene som inngår i initiativet om global helse og utenrikspolitikk er Frankrike, Norge, Brasil, Indonesia, Senegal, Sør-Afrika og Thailand.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet og
Utenriksdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Publikasjonskode: I-1150 B
Foto omslag: Thierry Parel/WHO
Design og trykk: Departementenes servicesenter
09/2010 - opplag 200

