

**Internasjonalisering av norsk alkohol- og tobakkspolitikk 1945-2015:
WHO, EU og Norge som internasjonal 'policy-maker' og 'policy-taker'**

**[Internationalization of Norwegian alcohol and tobacco policy 1945-2015:
WHO, EU and Norway as international 'policy-maker' and 'policy-taker']**

Forfattere

Gunnar Sæbø

Folkehelseinstituttet, Avdeling for rusmiddelforskning

E-post: gunnar.saebo@fhi.no

Trygve Ugland

Department of Politics and International Studies, Bishop's University, /

Folkehelseinstituttet, Avdeling for rusmiddelforskning

E-post: tugland@ubishops.ca

Om forskningskommentaren

Takk til Karl Erik Lund og Frode Veggeland for kommentarer til tidligere utkast.

Alkohol og tobakk har lange tradisjoner som politiske stridstemaer i Norge. Kampen om alkohol er nært knyttet til utviklingen av norsk demokrati og massepolitikk. Sammen med språkstrid og religiøs aktivitet utgjør avholdssaken de tre historiske motkulturene som tidlig satte preg på norsk politikk. Måteholds- og avholdsorganisasjoner utgjorde en betydningsfull del av organisasjonsbølgen som slo over landet på midten av det nittende århundre (Hauge 1998), og avholdssaken spilte en sentral rolle i forbindelse med framveksten av det norske partisystemet fra 1880-tallet (Rokkan 1987). En fraksjon av avholdsbevegelsen kjempet også mot tobakksbruk (Sæbø 2014).

Samtidig har norsk alkohol- og tobakkspolitikk lenge hatt en viktig internasjonal dimensjon. Handelspress fra 'vinlandene' Frankrike, Portugal og Spania bidro sterkt til at det norske alkoholforbudet på 1920-tallet kun omfattet hetvin og brennevin, og ikke svake viner. I så måte var internasjonale forhold en direkte årsak til opprettelsen av A/S Vinmonopolet i 1922. Også den første moderne norske tobakkreguleringsloven fra 1899 var resultat av internasjonale strømninger. Industrialisering av sigarettproduksjon og internasjonal kartellvirksomhet førte til en voldsom økning i barne- og ungdomsrøyking i mange land på slutten av 1800-tallet, noe som gjorde foreldre, lærere, medisinerere og politikere bekymret.

Norsk alkohol- og tobakkspolitikk har altså utspilt seg i spennet mellom nasjonale og internasjonale føringer gjennom århundrer. Til tross for at norsk alkohol- og tobakkspolitikk har blitt viet mye oppmerksomhet fra politikere og forskere, har det ikke vært foretatt systematiske sammenlikninger av disse politikkområdene fra et internasjonaliseringsperspektiv. Tradisjonelt har alkohol- og tobakkspolitikk blitt studert av ulike forskere og forskningsmiljøer, både i Norge og i utlandet. Som vi skal

argumentere i det følgende, er det gode grunner til å se politikkområdene i sammenheng. I tillegg til at alkohol og tobakk er blant de viktigste årsakene til sykdom og for tidlig død i Norge og internasjonalt (Rehm, Taylor & Room 2006), er de som folkehelseproblemer administrativt organisert under mange av de samme offentlige instansene.

Målsettingen med denne kommentaren er å foreta en teoretisk forankret sammenlikning av internasjonaliseringen av norsk alkohol- og tobakkspolitikk i tiden etter andre verdenskrig. Vi fokuserer på de to viktigste internasjonale arenaene hvor alkohol og tobakk blir regulert: Verdens helseorganisasjon (WHO) og den Europeiske Union (EU), etablert i henholdsvis 1948 og 1952. I tillegg til å beskrive utviklingen av de to politikkområdene nasjonalt i lys av EU og WHO, ønsker vi å identifisere ulikheter i prosesser og utfall. Problemstillingen er i hvilken grad ulike former for internasjonalt samarbeid og betydningen av ulike tilknytningsformer kan bidra til å forklare variasjonen mellom politikkområdene. Kildematerialet består av nasjonale og internasjonale offentlige dokumenter, arkivmateriale og sekundærlitteratur.

Top-down og bottom-up perspektiver på internasjonalisering

Begrepet «internasjonalisering» har fått mye oppmerksomhet i studier av nasjonal politikk på en rekke felter. Felles for de fleste definisjoner er at de referer til økende kontakt og bevegelse på tvers av landegrenser, men hvor nasjonalstaten fremdeles er den grunnleggende enhet (Daly 2013). Begrepet har imidlertid blitt benyttet på forskjellige måter. Noen har fokusert på hvordan nasjonal politikk har blitt formet av utviklingen på internasjonalt nivå, mens andre har studert internasjonale utviklingsprosesser. Vi er her opptatt av det gjensidige påvirkningsforholdet mellom det nasjonale og det internasjonale

nivået. Inspirert av europeiseringslitteraturen vil internasjonaliseringen av norsk alkohol- og tobakkspolitikk ses i lys av både et top-down- og et bottom-up-perspektiv (Bulmer & Lequesne 2013).

Et top-down-perspektiv fokuserer på i hvilken grad internasjonale institusjoner påvirker nasjonal politikk, mens et bottom-up-perspektiv studerer i hvilken grad de enkelte stater evner å påvirke internasjonale institusjoner i samsvar med egen politikk. Et top-down-perspektiv behandler det internasjonale nivået som uavhengig variabel og nasjonal politikk som avhengig variabel. I et bottom-up-perspektiv er det motsatt. På tross av forskjellene er det viktig å se disse prosessene i sammenheng. For eksempel er det grunn til å anta at en stat som makter å forme internasjonal politikk innenfor et bestemt område (bottom-up) også vil møte mindre endringspress på det nasjonale nivået (top-down). Tankegangen er at påvirkning og endringspress antas å øke dersom den nasjonale politikken står i sterk kontrast til den politikken man finner internasjonalt. Dette beskrives i litteraturen som et spørsmål om ”goodness of fit” mellom de ulike nivåene (Cowles, Caporaso & Risse, 2001).

Presset vil også avhenge av faktorer knyttet til de ulike statenes politiske og økonomiske tyngde innenfor de internasjonale organisasjonene de deltar i. Både objektive faktorer som medlemsstaters areal, folketall og geopolitiske posisjon, og mer subjektive faktorer knyttet til gode argumenter og viktigheten av et politisk tema i en bestemt stat, er her viktige hensyn. Hvor lenge et land har vært medlem av en internasjonal organisasjon kan også tenkes å spille en rolle (Wallace 2005). Medlemmer av internasjonale organisasjoner kan forventes å ha mer innflytelse enn ikke-medlemmer

gjennom økte muligheter for direkte deltakelse i dagsordensetting, politikkutforming og formelle beslutningsprosesser (Schultze 2003).

I tillegg antas internasjonaliseringen å være påvirket av i hvilken grad samarbeidet er basert på mellomstatlige versus overnasjonale prinsipper. Overnasjonalt samarbeid kan for eksempel medføre at man i økende grad beveger seg bort fra å formulere hva som ut fra et politisk ståsted er ønskelig og hensiktsmessig, til i større grad å diskutere hva som kan forsvares ut fra et juridisk bindende regelverk. En slik rettsliggjøring av politikk vil være mindre framtrødende innenfor frivillig, mellomstatlige former for internasjonalt samarbeid. EU har blitt beskrevet som en paradigmatisk case når det gjelder rettsliggjøring (Blichner & Molander 2008). Muligheten for bottom-up prosesser innenfor overnasjonalt samarbeid avhenger i stor grad av om de hierarkiske aspektene komplementeres med mer konsultative og deltakende styringsformer (Schultze 2003). Særlig har EUs økte satsing etter Lisboa-toppmøtet i 2000 på «soft law», basert på frivillige samordningsprosesser, informasjonsutveksling og referansetesting, vært viktig. Slike myke styringsinstrumenter har innebåret nye metoder for å løse problemer innenfor politikkområder hvor medlemslandene ikke har vært villige til å overføre formell kompetanse til det europeiske nivået gjennom «hard law» (Jacobsson 2004).

Alkohol- og tobakkspolitikk på den internasjonale agenda og Norge som aktør

Den andre verdenskrig er en viktig bakgrunnsfaktor for opprettelsen av både WHO og EU. Som FNs særorganisasjon for helse ble WHO opprettet for å fremme den globale helsetilstanden. Fred og frihandel var sentrale målsettinger bak EU-samarbeidets opprettelse og tidlige utvikling på 1950-tallet. I tillegg til ulikheten i policy fokus var

WHO og EU fra starten basert på ulike organisatoriske prinsipper. WHO er en mellomstatlig internasjonal organisasjon med begrenset myndighet, som dessuten avhenger av samtykke fra samtlige medlemsland. EU har i langt større grad overnasjonal karakter, noe som innebærer at organisasjonen innenfor en rekke områder kan treffe flertallsavgjørelser som er bindende for samtlige medlemsland.

Norge har siden 1948 vært full medlem av WHO, med formell tilgang til organisasjonens styrende organer som Verdens helseforsamling, hvor helseministerne møtes hvert år. Norge er ikke medlem av EU, men er likevel tett integrert og har forpliktet seg til å følge EUs lovgivning på en rekke områder gjennom EØS-avtalen og andre omfattende avtaler (Claes & Førland 2010). Norges deltakelse i de formelle politiske beslutningsprosessene og tilgangen til EUs viktigste institusjoner er likevel begrenset.

Når det gjelder alkohol og tobakk var forholdet mellom WHO og EU lenge preget av motstrid. Mens WHO tradisjonelt har fokusert på negative effekter for helsen, behandlet EU alkohol- og tobakksprodukter som vanlige økonomiske goder til langt ut på 1980-tallet (Ugland 2003; Duina & Kurzer 2004). Som vi skal vise i det følgende, har WHO og EUs tilnærming til både alkohol og tobakk blitt mer sammenfallende over tid.

1945 – 1990: Bottom-up internasjonalisering med WHO som fokus

Alkoholpolitikken og WHO

Helt fra måteholdsbevegelsens kamp mot brennevinet fra midten av 1800-tallet var det de negative følgene av fyll og kronisk misbruk av alkohol man ønsket å bekjempe (Hauge

1998). Fokuset i norsk alkoholpolitikk var derfor lenge på en liten gruppe av misbrukere av alkohol. Dette paradigmet ble gradvis utfordret og erstattet på 1970-tallet.

Gjennombruddet for 'totalkonsummodellen' innebar at fokus i norsk alkoholpolitikk ble flyttet over på skadevirkningene knyttet til det totale gjennomsnittskonsumet av alkohol i befolkningen. Perspektivet gjenkjennes allerede i 1973 i stortingsmeldingen "Om alkoholproblemet og tiltak for å fremja edruskapen". Den norske alkoholforskeren Ole-Jørgen Skog og hans forskning stod sentralt i utviklingen av totalkonsummodellen, og dette arbeidet la grunnlaget for den nye alkoholpolitikken, hvor de viktigste virkemidlene var bevillingssystem, vinmonopolordning, reklameforbud, aldersgrenser og et høyt avgiftsnivå.

I WHO hadde alkohol blitt satt i sammenheng med problematikken rundt mental helse allerede i 1948. Fokuseringen på alkohol som et ensidig psykiatrisk fenomen knyttet til alkoholavhengighet varte til slutten av 1970-tallet, da et videre folkehelseperspektiv gradvis fikk økt oppslutning (Room 2005). Reformuleringen av alkoholproblematikken kommer klart til uttrykk i en WHO-publikasjon fra 1980 hvor det fokuseres på alkoholrelaterte skader (World Health Organization 1980). Endringen i fokus må ses i sammenheng med en rapport som i 1975 tematiserte sammenhengen mellom alkoholrelaterte dødsfall og totalkonsumet i befolkningen (Bruun 1975). Rapporten var sponset av WHO's Europaregion og ble skrevet av en gruppe internasjonale forskere fra Europa og Nord Amerika. Ole-Jørgen Skog var en av 11 forskere bak rapporten, men hans publikasjoner spilte en nøkkelrolle for rapportens hovedkonklusjoner (Edwards 2006). Som et resultat av dette arbeidet, ble generaldirektøren for WHO i 1975 anmodet av organisasjonens generalforsamling om å

studere ”hvilke tiltak som kan settes i verk for å forhindre en økning i alkoholkonsumet som innebærer fare for folkehelsen” (sitat fra Hauge 1998: 238). Dette ble fulgt opp i 1980, da generalforsamlingen vedtok en ikke-bindende anbefaling til medlemslandene om å redusere alkoholforbruket i befolkningen med 25 prosent innen år 2000. Selv om målsetningen ikke ble fulgt opp av konkrete alkoholpolitiske tiltak i WHO, fikk den full tilslutning av den norske regjeringen kort tid etter.

Tobakkspolitikken og WHO

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, var ikke tobakken gjenstand for annen politikk enn enkle toll- og salgsreguleringer før tidlig på 1960-tallet. På dette tidspunkt hadde imidlertid helseskadene ved sigarettøyking blitt så uomtvistelige at internasjonal vitenskap karakteriserte sammenhengen mellom røyking og livstruende sykdom som kausal (U.S. Department of Health and Human Services 1964). Og de epidemiologiske indikatorene, hvorav lungekreftinsidensen var den mest framtreddende, pekte bare en vei: mot det verre. Det ble derfor om å gjøre å finne tiltak raskt som kunne forebygge og begrense helseskadene. Når det gjaldt utvikling av tiltak mot tobakk skulle en norsk ekspertgruppe, nedsatt av norske helsemyndigheter i 1965, komme til å få stor innflytelse. Ekspertgruppen vurderte tidligere erfaringer på bredt tverrfaglig grunnlag og utviklet hurtig egne forslag til konkrete reguleringer (Sæbø 2012). Dens rapport fra 1967 (Norsk kreftforening 1967) ble en «hva må gjøres»-oversikt, som også inspirerte aktører i andre land. Rapporten ble nevnt i Karl Evangs plenumsforedrag på den første verdenskonferansen om «Smoking and health» samme år (Bjartveit 2007:167). Den ble

også oversatt til engelsk og spredd internasjonalt under tittelen «Influencing Smoking Behavior» i 1969.

Naturlig nok hadde ikke WHO fokus på tobakk før helseskadene ble dokumentert. I 1970 ble den første WHO-resolusjonen mot tobakk vedtatt. Både Kjell Bjartveit og Berit Ås fra den norske ekspertgruppen ble medlemmer i den internasjonale komiteen WHO nedsatte for å utvikle sin strategi for tobakkskontroll. I 1979 kom ekspertkomiteens rapport (World Health Organization 1979). WHO's rolle i tobakkspolitikken var i denne perioden kun rådgivende. Organisasjonen tok til orde for monitorering av tobakksatferd og statlig organisert arbeid for å redusere helseskadene ved røyking i alle medlemsland (WHO 1979:71-83). Arbeidet måtte innebære innsats på alle hovedområdene som hadde blitt identifisert på 1960-tallet: informasjon om helseskader, prisrestriksjoner og vanskeligere tilgjengelighet samt støtte til røykeslutt. Alt dette var allerede på plass i Norge, som i internasjonal sammenheng hadde vært tidlig ute med sin «tobakkskadelov» i 1973. Samtlige komponenter i den norske loven (reklameforbud, helseadvarsler på pakkene, heving av aldersgrensen for kjøp av tobakk) var blant tiltakene anbefalt av WHO.

I 1987 kom den første europeiske handlingsplanen fra WHO, samt den første europeiske tobakkskonferansen i WHO-regi (Smith 1989). På dette tidspunktet var skadepanoramaet for røyking betydelig utvidet, etter at skadene ved passiv røyking hadde blitt påvist tidligere på 1980-tallet. Røyking medførte ikke lenger bare «harm to self», men også «harm to others». Det normative grunnlaget for regulering av tobakk ble ytterligere forsterket, og WHO løftet fram røykfri-normen som punkt nummer 1 i

handlingsplanen (Smith 1989:433). Men fortsatt var det opp til medlemslandene å implementere tiltakene.

EUs rolle

Fordi Norge var ikke-medlem ble EU en perifer aktør i norsk alkohol- og tobakkspolitikk i denne fasen. Dette kunne ha utviklet seg annerledes dersom Norge hadde stemt 'ja' til medlemskap i 1972. Etter uttalelser fra Europakommisjonen i 1971 avga nemlig den norske regjeringen en Stortingsmelding hvor det ble hevdet at Vinmonopolets eneretter til import og engrossalg av utenlandsk øl måtte avvikles for å unngå diskriminering. En annen årsak til at EU ble en perifer aktør i forhold til Norge, var at helse ikke spilte en sentral rolle på EUs agenda. Alkohol- og tobakksprodukter ble snarere behandlet som ordinære handelsvarer. Initiativet til en mer helseorientert tilnærming til alkohol og tobakk kom først i 1986, da EUs første rammeplan for kreftområdet ble lansert. Til tross for dette forble EUs tilnærming til helsepolitikk begrenset, og det var også lite systematisk kontakt mellom EU og WHO.

Når det gjelder internasjonaliseringen av norsk alkohol- og tobakkspolitikk i denne tidlige fasen synes derfor et bottom-up-perspektiv mest dekkende. Norge søker aktivt, og klarer ved flere tilfeller, å påvirke WHO i samsvar med egen politikk. Dette er særlig tydelig på tobakksområdet, gjennom den norske komiteens innflytelse på tiltakene som ble rådende og Norges langt komne stilling i diffusjonen av tobakksatferd. På alkoholområdet var det større forskjeller mellom norsk og internasjonal alkoholpolitikk, men inntrykket av bottom-up internasjonalisering støttes av Robin Room (2005), som hevder at de nordiske land – spesielt Norge og Sverige – var nøkkelaktører for å sette

alkohol på WHO's dagsorden på 1980-tallet. Mye av denne innflytelsen skyldtes at Norge bidro med finansiering av viktige og langsiktige WHO-aktiviteter knyttet til alkohol (Room 2005). Dette forandrer seg på 1990-tallet, da top-down prosesser fører til at sentrale deler av norsk alkoholpolitikk blir direkte utfordret. Dette har sammenheng med at Norge blir tettere integrert i EU gjennom EØS-avtalen, som trådte i kraft i 1994.

1990 – 2000: Økende top-down internasjonalisering av norsk politikk fra EU

Norge fortsatte sin aktive rolle overfor WHO på 1990-tallet. Norge var en aktiv pådriver i prosessen som ledet til at WHO's Europaregion vedtok sin første handlingsplan i 1992 og det Europeiske Charter om alkohol i 1995, som gir mål og prinsipper for å forebygge alkoholmisbruk og beskytte spesielt unge mennesker mot uheldige konsekvenser av alkoholmisbruk. Norge støttet også ideen om at WHO burde bruke sin konstitusjonelle autoritet til å utvikle et juridisk bindende multilateralt samarbeid i kampen mot tobakksskadene, en ide som ble formelt initiert i 1995 i forbindelse med Verdens helseforsamling og vedtatt som resolusjon WHA49.17 året etter. Resolusjonen ba Generaldirektøren ta initiativ til utviklingen av «WHO Framework Convention on Tobacco Control». Forhandlingene om konvensjonen begynte i 1999, ett år etter at den nye generaldirektøren – den norske legen og flere ganger tidligere norsk statsminister, Gro Harlem Brundtland - hadde gjort global tobakkskontroll til en hovedprioritet for WHO.

For norsk alkoholpolitikk blir imidlertid mye av oppmerksomheten i perioden 1990 - 2000 rettet mot EU. Perioden karakteriseres i stor grad av en kollisjon mellom

norsk helse- og sosialpolitisk regelverk på alkoholområdet og EUs markedsprinsipper og regelverk for fri konkurranse.

Den nasjonale alkoholpolitikken under press

Alkoholloven av 1927 var i kraft til 1. januar 1990, samme år som EØS-forhandlingene startet. Formålet med den nye alkoholloven av 1989 var ikke realitetsendringer, men først og fremst å klargjøre eksisterende regler. EØS-forhandlingene skulle imidlertid allerede i 1991 føre til ny evaluering av alkoholloven. Under EØS-forhandlingene erklærte den norske regjering tidlig at hovedvirkemidlene i norsk alkoholpolitikk kunne og skulle videreføres. Ved å foreta enkelte mindre justeringer ble det også slått fast at den statlige monopolordningen ville bestå. For å unngå anklager om diskriminering valgte den norske regjering å oppheve monopolet for import og engrossalg av øl, samt foreta visse endringer i Vinmonopolets innkjøpsrutiner og vareutvalg. Forhandlingsresultatet i forbindelse med den norske EF-søknaden fra 1972 antas i denne sammenheng å ha spilt en rolle (Ugland 2002).

Etter ønske fra Norge ble ikke monopolspørsmålet gjort til tema under EØS-forhandlingene. Gjennom en ensidig fellesnordisk erklæring, lagt til som vedlegg til EØS-avtalen i 1992, ble riktignok EU gjort oppmerksom på alkoholmonopolenes formål og viktighet (Ugland 2002). Erklæringen ble ikke kommentert fra EUs side, og EØS-avtalen ble signert uten at alkoholmonopolordningen hadde vært gjenstand for politiske forhandlinger med EU. Alkoholpolitikken ble imidlertid et viktig politisk stridstema i den hjemlige debatten om norsk deltakelse i EØS-samarbeidet. Alkoholmonopolenes

fremtidige stilling stod for eksempel sentralt i forbindelse med selve ratifiseringen av EØS-avtalen i 1992 (Ugland 2002).

Allerede før EØS-avtalen trådte i kraft 1. januar 1994 hadde Sverige (i juli 1991), Finland (mars 1992) og Norge (november 1992) søkt om fullt medlemskap i EU. Som svar på disse søknadene fikk alle tre land klar beskjed fra Europakommisjonen om at alkoholmonopolordningen ikke var forenlig med EUs regelverk. Både Finland og Sverige svarte med politiske samtaler med Europakommisjonen for å finne en løsning, og i desember 1993 oppnådde begge land enighet med EU om å avvikle samtlige monopoler, bortsett fra detaljmonopolet (Ugland 2002). Den norske regjering avslo imidlertid tilbudet fra Europakommisjonen om å inngå i politiske samtaler om alkoholmonopolordningen. Til tross for en lang historie som et sterkt politisert område, avstod Norge fra forsøk på å påvirke EUs alkoholpolitikk i samsvar med et bottom-up perspektiv på internasjonalisering.

Gjennom denne beslutningen signaliserte regjeringen at den ikke ville legge seg på en proaktiv linje overfor EU når det gjaldt alkoholpolitikken. Norske politiske myndigheter valgte isteden en fremgangsmåte med selvpålagte tilpasninger til hva man fra norsk side mente kunne forsvares i henhold til et juridisk bindende regelverk. EUs overnasjonale karakter på markedsområdet ble her ansett å begrense det politiske spillerommet (Ugland 2002). Allerede i EØS-samarbeidets første uke sendte imidlertid EFTAs overvåkningsorgan, ESA, et brev til norske myndigheter hvor de ba om en redegjørelse vedrørende Vinmonopolets virksomheter (se Ugland 2002). Norge ble med dette tvunget inn i direkte drøftelser. Dette innebar samtidig at monopolspørsmålet formelt hadde blitt flyttet over til den juridiske arenaen. Norge besluttet i februar 1995 å

etterkomme ESAs krav om å avvikle de ulike monopolordningene som gjaldt alkohol, bortsett fra detaljmonopolet.

Denne passive linjen kunne også gjenkjennes da et annet hovedvirkemiddel i norsk alkoholpolitikk – reklameforbudet – noe senere ble rettslig utfordret (Ugland 2013). De øvrige hovedvirkemidlene i norsk alkoholpolitikk – bevillingssystemet, aldersgrensene og avgiftsnivået på alkohol – har ikke blitt direkte utfordret av EØS-avtalen eller Norges øvrige avtaler med EU. Avgiftsnivået har imidlertid blitt satt under indirekte press som følge av avgiftsreduksjoner i Finland og Sverige, som konsekvens av disse landenes tilpasning til EUs regelverk for privatimport. Til tross for dette er fremdeles avgiftsnivået i Norge vesentlig høyere enn i de nordiske nabolandene.

Selv om hovedvirkemidlene i norsk alkoholpolitikk overlevde den første fasen av EØS-samarbeidet, ble det politiske handlingsrommet redusert. Selvpålagte tilpasninger fra norske myndigheter, samt EFTA-domstolen og norske domstolars fortolkninger av bestemmelser i EØS-avtalen, dominerte den alkoholpolitiske debatten i Norge i denne fasen. En økende grad av rettsliggjøring kan derfor betraktes som en grunnleggende endring innenfor norsk alkoholpolitikk. EØS-avtalen bidro til en mer reaktiv tilnærming og en økende avpolitisering av norsk alkoholpolitikk grunnet Norges begrensede muligheter til å delta i de formelle politiske beslutningsprosessene i EU for å utøve bottom-up innflytelse. Utvalget som i 2012 presenterte sin rapport om Norges avtaler og samarbeidsordninger med EU, slo imidlertid fast at alkoholpolitiske saker har vært et stadig tilbakevendende stridstema: ”Antakelig er alkohol det saksområdet som har medført flest tvister under EØS-avtalen” (Sejersted et al., 2012:501). Internasjonaliseringen av norsk alkoholpolitikk i denne fasen kan derfor i sterk grad

forstås utfra en top-down-prosess, hvor man fra Norges side drives av hva som skjer i EU.

Tobakk blir et helsespørsmål i EU

For EUs medlemsstater åpnet det seg imidlertid nye muligheter for bottom-up påvirkning da EUs rolle innenfor helseområdet ble vesentlig utvidet med Maastrichttraktaten, som trådte i kraft i 1993. Ifølge traktaten skal EU bidra til samarbeid i folkehelsespørsmål mellom medlemslandene, samt støtte opp medlemslandenes nasjonale helsepolitikk (Greer 2009). EU forplikter seg også til beskyttelse av folkehelsen i all sin politikk og i alle sine aktiviteter. Med utgangspunkt i denne hjemmelen har EU opprettet flere programmer for å møte en rekke felleseuropeiske helseutfordringer. Denne utviklingen har, som vi senere skal se, fått konsekvenser innenfor alkoholfeltet, men ble kanskje enda viktigere for tobakksfeltet. Med anerkjennelsen av at EU plikter å ta folkehelsehensyn, blir tobakk for alvor satt på EUs dagsorden som et helsespørsmål, ikke bare som næringspolitikk. Med dette støpes også grunnmuren for det som i 2001 skal bli EUs første tobakksdirektiv, en omfattende standardisering av krav til tobakkens innhold og innpakning.

Tobakksfeltet var ikke kjennetegnet av den samme spenningen mellom det nasjonale nivået og EU som alkoholfeltet var i denne fasen. Selv om EU-direktivet skulle komme til å legge nye internasjonale føringer for norsk tobakkspolitikk (i form av større helseadvarsler og forbud mot misvisende produktbetegnelser som «light» og «mild»), sto ikke disse skjerpelsene av regelverket i strid med formålet og ambisjonsnivået i den statlige folkehelsebaserte tobakkspolitikken, slik denne ble gjort rede for i Strategiplan

for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge 1999-2003. Innstramningene handlet mer om å begrense den internasjonale tobakksindustriens spillerom. Når det gjaldt reklameforbud og avgifter fikk EU-regelverket ingen innvirkning på det norske lovverket, fordi dette allerede var mer restriktivt enn EU-kravene (Sejersted et al., 2012:508). Vi kan derfor si at den internasjonale tobakkspolitikken på dette tidspunktet overensstemte godt med den nasjonale, i det spenningene mellom det nasjonale og internasjonale politikknivået var minimale.

2000 – 2015: Mot et mer integrert internasjonalt helsesamarbeid og nye muligheter for Norge

I perioden fra tusenårsskiftet fortsetter Norge innsatsene mot WHO, som er inne i en dynamisk utvikling innenfor alkoholområdet. Etter initiativ fra de nordiske landene vedtok WHO's helseforsamling en resolusjon om "Public health problems caused by harmful use of alcohol" i 2000. Dette var den første resolusjonen spesifikt vedrørende alkohol siden 1983 (Room 2005). Videre ba helseforsamlingen om forslag til en global strategi om skadelig bruk av alkohol i 2007. Norge deltok aktivt i arbeidet med å få gjennom denne strategien, som ble endelig vedtatt i 2010 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

På tobakksfeltet var Norge med i gruppen av land som ratifiserte WHO's rammekonvensjon for tobakksforebygging ved første anledning, i juni 2003. Dette er den første internasjonale avtalen som er framforhandlet under WHO. Konvensjonen trådte formelt i kraft i 2005 og er bindende for landene som har ratifisert avtalen. Den innebar

en betydelig rettsliggjøring av internasjonal tobakkspolitikk og en styrking av WHO's gjennomslagskraft fordi tiltak ble *forpliktende*.

Når det gjelder forholdet mellom «bottom up»- og «top down»-påvirkning kan man spørre seg om ikke rammekonvensjonen for Norges del representerer en bevisst overføring av makt til et mellomstatlig organ, *samtidig* som den er et uttrykk for internasjonalisering av «den norske standarden»? Det er i hvert fall betegnende at Norge ikke trengte å gjøre nasjonale tilpasninger etter å ha ratifisert avtalen, mens et land som USA fortsatt ikke har kunnet ratifisere avtalen, fordi det vil innebære reklameforbud i strid med den amerikanske grunnloven.

Det er imidlertid to utviklingstrekk i denne perioden som markerer et klart brudd med tidligere perioder. Det første har å gjøre med den dynamiske utviklingen i EU, det andre er knyttet til det økende samarbeidet mellom EU og WHO. Som vi skal se, har begge disse utviklingstrekkene gitt Norge nye muligheter for bottom-up påvirkning av EU, på tross av status som ikke-medlem.

Mot en ny alkoholpolitikk i EU

Alkohol har fått økende oppmerksomhet og status på EU-nivå. Spesielt har medlemsland som Sverige (og i mindre grad Finland) spilt en nøkkelrolle i å sette alkoholpolitikk på EUs dagsorden (Ugland 2011). I forbindelse med det svenske EU-formannskapet i 2001, ble det bestemt at EU skulle utvikle en felles alkoholstrategi for å redusere omfanget av alkoholrelaterte skader i EU. Denne strategien, som har til hensikt å begrense overkonsum, alkoholdriking blant mindreårige, kjøring i beruset tilstand og føtalt alkoholsyndrom, ble endelig vedtatt under det finske EU-formannskapet i 2006. Selv om

Norge som ikke-medlem hadde begrenset dagsordeninnflytelse, har Norge deltatt aktivt i både utformingen og implementeringen av denne EU-strategien.

Europakommisjonen etablerte i 2007 et omfattende institusjonelt nettverk for å implementere EUs alkoholstrategi. De viktigste organene er EUs *Alkohol- og helseforum*, hvor organiserte interesser og industrirepresentanter kan utveksle informasjon, sammenlikne strategier og samarbeide om å redusere alkoholrelaterte skader, og *Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og handling*, som består av representanter fra de nasjonale regjeringene. Hovedmålsettingen med sistnevnte komite, som Norge har fått innvilget observatørstatus i, er å utveksle informasjon, kunnskap og god praksis vedrørende reduksjon av alkoholrelaterte skader.

Ifølge den norske regjeringen er målet for norsk deltakelse i EUs alkoholpolitiske organer å kunne ”påvirke drøftelsene i EU-området, men også å få innspill gjennom erfaringsutveksling” (Helse- og omsorgsdepartementet 2012:44). Opprettelsen av det institusjonelle nettverket medførte nye muligheter for Norge til å påvirke den alkoholpolitiske utviklingen i EU. Norge har benyttet seg av disse mulighetene. Eksempelvis har flere representanter fra norske frivillige organisasjoner innenfor rusmiddelfeltet deltatt på møter i EUs Alkohol- og helseforum. Norges representasjon i Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og handling har vært særdeles aktiv, noe som framgår av deltakerlistene og referatene fra komiteens møter. Norge har deltatt med samme representant på samtlige møter siden starten i 2007 (Ugland 2013). Dette skaper kontinuitet i forhold til EUs alkoholpolitiske arbeid, noe som kan være en kilde til innflytelse. I referatene kan vi lese at Norge har kommet med innspill på en rekke områder med direkte relevans for norsk alkoholpolitikk.

Gjennom EØS-avtalen har Norge også anledning til å delta i prosessene på EU-nivå ved å tilby nasjonale eksperter til Europakommisjonen, for kortere eller lengre perioder. Lønn og andre utgifter i forbindelse med oppholdet dekkes av norske myndigheter. Den norske regjeringen har nylig fremhevet at Norge bør utnytte mulighetene for sekondering av nasjonale eksperter til Europakommisjonen best mulig for å fremme norske interesser vis-a-vis EU (Utenriksdepartementet 2012). Det blir i denne sammenheng uttrykt ønsker om at nasjonale eksperter fra norsk forvaltning får ”policyorienterte oppgaver under oppholdet i Kommisjonen” (Utenriksdepartementet 2012:77). Helse- og omsorgsdepartementets utplassering av en person med alkoholpolitisk ekspertise i EUs Generaldirektorat for helse og forbrukerspørsmål i 2013 kan i så måte betraktes som en strategisk og proaktiv handling i forhold til fremtidens alkoholpolitikk.

EUs alkoholstrategi fra 2006 skulle etter planen avsluttes 31. desember 2012. Det var imidlertid bred enighet blant EUs helseministre om behovet for en ny strategi (Utenriksdepartementet 2015). I april 2015 vedtok Europaparlamentet en resolusjon om opprettelse av en ny alkoholstrategi for EU for perioden 2016-2022. På tross av dette erklærte helsekommissær Vytenis Andriukaitis i mai 2015 at Europakommisjonen ikke ville utarbeide en ny strategi. Europakommisjonens beslutning vil representere en klar svekking av alkoholpolitikkenes posisjon på EUs politiske dagsorden, noe som også vil svekke Norges muligheter for bottom-up påvirkning. Prosessen er imidlertid ikke over, og i desember 2015 støttet EUs Ministerråd Europaparlamentets anbefaling om å opprette en ny alkoholstrategi for EU for perioden 2016-2022.

Økende kontakt mellom EU og WHO

Den økte oppmerksomheten om helse, alkohol og tobakk på EU-nivå i perioden 2000-2015 har også resultert i økende kontakt mellom EU og WHO. Dette var klart synlig under det svenske formannskapet i EU i 2001, da EU og WHO i fellesskap arrangerte en ministerkonferanse om ungdom og alkohol i Stockholm. Noen måneder senere vedtok EUs Ministerråd en anbefaling om ungdom og alkohol (Council 2001a). Norge deltok på Stockholmskonferansen gjennom sitt medlemskap i WHO, men var også invitert til å delta i oppfølgingen av rådsanbefaling sammen med EUs medlemsland. Det tette samarbeidet mellom EU og WHO er også referert til i rådsanbefalingen om å utarbeide en alkoholstrategi for EU (Council 2001b).

Fra et internasjonaliseringsperspektiv betyr begge disse utviklingstrekkene at Norges muligheter til å delta i bottom-up-prosesser med hensyn til utformingen av internasjonal alkoholpolitikk har økt. Perioden fra 1990 til 2000 var, som tidligere illustrert, sterkt dominert av top-down-prosesser og en mer reaktiv og avpolitisert tilnærming til alkohol som politikkområde.

Også på tobakksfeltet har bottom-up innflytelsen blitt opprettholdt. Da Norge som et av de første land i verden innførte forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer i 2010, fikk EFTA-domstolen saken til vurdering. Bakgrunnen var at tiltaket ble oppfattet som konkurransevridende av den internasjonale tobakksindustrien, som hevdet at det ville bli vanskeligere å etablere seg på det norske markedet med nye produkter. EFTA-domstolen unnlot imidlertid å ta stilling til dette spørsmålet og overlot isteden vurderingen til nasjonale myndigheter. Vel så viktig var det at folkehelsegevinsten knyttet til tiltakets mulige forebyggende effekt også ble tillagt verdi av EFTA-domstolen

(Sejersted et al., 2012:509). Dette illustrerer hvor sterkt helsehensyn i EU nå står på tobakksfeltet i forhold til næringshensyn. 2010 var også året EU faset ut subsidiene til tobakksdyrking. Selv framtidig regulering av e-sigaretter overlater EU nå til den enkelte nasjonalstat. Dette går fram av det reviderte tobakksdirektivet fra 2014. Revisjonen ble igangsatt blant annet fordi WHO's rammeavtale hadde kommet på plass etter det første direktivet ble vedtatt i 2001. Det reviderte direktivet gjennomsyres av ønske om ytterligere politisk kontroll med tobakksindustrien (Peeters, Costa, Stuckler, McKee & Gilmore 2015).

Bottom-up og top-down internasjonalisering: Et dynamisk forhold

Vi har i denne kommentaren vist til viktige forskjeller i internasjonaliseringen av norsk alkohol- og tobakkspolitikk i etterkrigstiden. Et hovedfunn er at Norge i sterk grad har påvirket den internasjonale reguleringen av tobakk og derfor har blitt møtt med lite endringspress på nasjonalt nivå. Norsk alkoholpolitikk har derimot blitt utfordret av det internasjonale nivået, til tross for aktive forsøk på å forme den internasjonale utviklingen. En hovedforklaring på denne forskjellen kan være at norsk alkoholpolitikk er et gammelt politikkområde, som står i kontrast til den politikken man finner internasjonalt (med unntak av de øvrige nordiske land). Tobakkspolitikken er et nyere politikkområde i Norge, som dessuten har utviklet seg parallelt med den internasjonale utviklingen; "the goodness of fit" (Cowles, Caporaso & Risse, 2001) er derfor klarere. Både nasjonal og internasjonal tobakkspolitikk har hatt som målsetting å få forbruket ned, og i tiltakende grad snakkes det også om denormalisering og utfasing av all røykeatferd, med sikte på «tobakksfrie samfunn». Målsettingen om "alkoholfrie samfunn" er på den annen side

perifer. Kontrasten mellom norsk og internasjonal alkoholpolitikk dreier seg i første rekke om hvor grensen skal settes mellom markeds- og folkehelsesyn.

Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom de ulike tidsfasene. Norges påvirkning på den internasjonale reguleringen av tobakk var framtreddende i den tidlige etableringen av dette politikkområdet. De senere periodene er mer preget av overensstemmelse, hvor norsk politikk samsvarer med politikken på internasjonalt nivå. Dette illustrerer sammenhengen mellom bottom-up og top-down internasjonalisering. På alkoholområdet økte endringspresset i forbindelse med Norges tilslutning til EUs indre marked gjennom EØS-avtalen. En helse- og sosialpolitisk begrunnet alkoholpolitikk med lange tradisjoner ble da konfrontert av EUs markedspolitikk. Norge hadde i denne fasen få muligheter for direkte deltakelse i dagsordensetting, politikkkutforming og formelle beslutningsprosesser. Ettersom EUs helsepolitikk har fått økt status, har mulighetene for bottom-up påvirkning økt. Dette har sammenheng med at EU er i ferd med å etablere sin egen alkoholpolitikk, noe som åpner for mulig bottom-up innflytelse.

Forholdet mellom EU og WHO har også utviklet seg over tid. Mens det i dag er små forskjeller mellom de to organisasjonene på tobakksområdet har også forskjellene blitt redusert på alkoholområdet etter som alkohol og folkehelse har blitt satt på EUs dagsorden. Arbeidet overfor disse organisasjonene har derfor blitt mer koordinert. For eksempel vedtok de nordiske helse- og sosialministrene i 2004 å koordinere det alkoholpolitiske samarbeidet vis-a-vis EU og WHO. Målet er å påvirke internasjonale forhandlinger og prosesser ut fra en felles forståelse om at alkohol betraktes som en handelsvare med særlige helsemessige og sosiale konsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet 2012:43).

Ulikheter i tilknytning til internasjonale organisasjoner synes likevel å ha konsekvenser fra et internasjonaliseringperspektiv. Norges status som ikke-medlem innebar begrenset tilgang til å sette alkohol på den politiske dagsorden i EU, men også begrensede muligheter til å forme utviklingen av dette politikkområdet på EU-nivå. Norge benytter seg imidlertid aktivt av flere uformelle kanaler for innflytelse, samt at det er åpnet handlingsrom gjennom EØS-avtalen. EUs økte satsning på «myke» styringsinstrumenter siden 2000 har også styrket Norges muligheter for bottom-up påvirkning. Ikke-medlemmet Norge har for eksempel deltatt aktivt i implementeringen av EUs alkoholstrategi. Samtidig har vi argumentert for at fraværet av top-down press fra det internasjonale nivået mot norsk tobakkspolitikk kan ses i sammenheng med at Norge som fullverdig medlem av WHO kunne være en aktiv og formell deltaker i selve utformingen av denne politikken på internasjonalt nivå. Fra et internasjonaliseringperspektiv blir tilknytningsform dermed viktig i forhold til internasjonale organisasjoner med overnasjonal karakter. Mens WHO har tilnærmet overnasjonal karakter for Norge innenfor tobakksfeltet, har ikke WHO's alkoholpolitikk samme status. Innenfor EU-samarbeidet har norsk alkoholpolitikk blitt utfordret gjennom EUs bindende regelverk når det gjelder reguleringen av det indre marked. EUs alkoholpolitikk er fortsatt kun rådgivende overfor medlemslandene, men dette er noe som kan endre seg, slik det gjorde innenfor tobakksområdet i WHO. Utviklingen er viktig å følge ettersom balansegangen mellom Norge som internasjonal 'policy maker' og 'policy taker' innenfor disse to politikkområdene og andre områder er knyttet til videre spørsmål om demokratisk deltakelse og legitimitet.

Referanser

- Bjartveit, K. (2007). *Hvit pest – svart tjære. Felttog mot farlige folkesykdommer på 1900-tallet*. Oslo: The Norwegian Medical Society.
- Blichner, L. C. & Molander, A. (2008). Mapping Juridification. *European Law Journal*, 14(1), 36–54.
- Bruun, K. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies. New Brunswick, N.J.: Distributors, Rutgers University Center of Alcohol Studies.
- Bulmer, S. & Lequesne, C. (2013). *The Member States of the European Union. Second edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Claes, D. H. & Førland, T. E. (2010). *EU - mellomstatlig samarbeid og politisk system*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Council (2001a). *Council Recommendation of 5 June 2001 on the Drinking of Alcohol by Young People, in Particular Children and Adolescents, 2001/458/EC (OJ L 161, 16.6.2001, P. 38)*.
- Council (2001b). *Council Conclusions of 5 June 2001 on a Community Strategy to Reduce Alcohol-Related Harm (OJ C 175, 20.6.2001)*.
- Cowles, M. G., Caporaso, J. A. & Risse, T. (2001). *Transforming Europe. Europeanization and Domestic Change*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Daly, H. (2013). Globalisation versus internationalisation, and four reasons why internationalisation is better. I P. Lawn (red.), *Globalisation, Economic Transition*

- and the Environment. Forging a path to sustainable development* (s. 39–49).
Northampton, MA: Edward Elgar Publishing.
- Duina, F. & Kurzer, P. (2004). Smoke in Your Eyes: The Struggle over Tobacco Control in the European Union. *Journal of European Public Policy*, 11(1), 57–77.
- Edwards, G. (2006). Ole-Jørgen Skog: The International Significance of His Contribution to a Public Health Understanding of the Alcohol Problem. I J. Elster, O. Gjelsvik, Aa. Hylland, K. O. Moene & H. O. Melberg (red.), *Understanding Choice, Explaining Behaviour. Essays in Honour of Ole-Jørgen Skog* (s. 43–56). Oslo: Unipub forlag.
- Greer, S. L. (2009). *The Politics of European Union Health Policies*. Maidenhead: Open University Press.
- Hauge, R. (1998). *Norsk alkohollovgivning gjennom 1000 år*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol - narkotika - doping*. (St. meld. nr. 30, 2011–2012). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Jacobsson, K. (2004). Soft Regulation and the Subtle Transformation of States: The Case of EU Employment Policy. *Journal of European Social Policy*, 14(4), 355–370.
- Norsk kreftforening (1967). *Påvirkning av røykeatferd. Rapport fra "Utvalget for forskning i røykevaner"*. April 1967.
- Peeters, S., Costa, H., Stuckler, D., McKee, M. & Gilmore A. B. (2015) The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. *Tobacco Control*, 25(1), 108-111.

- Rehm, J., Taylor, B. & Room, R. (2006). Global Burden of Disease from Alcohol, Illicit Drugs and Tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 25 (6), 503–13.
- Rokkan, S. (1987). *Stat, nasjon, klasse: Essays i politisk sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Room, R. (2005). Alcohol and the World Health Organization: The Ups and Downs of Two Decades. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift*, 22 (English Supplement), 146–162.
- Schultze, C. J. (2003). Cities and EU Governance: Policy-Takers or Policy-Makers? *Regional & Federal Studies*, 13(1), 121–47.
- Sejersted, F., et al. (2012). *Utenfor og innenfor: Norges avtaler med EU*. (NOU 2012:2). Oslo: Utenriksdepartementet.
- Smith, J.P. (1989). Proposals by World Health Organization for European Tobacco Policy. *Journal of Advanced Nursing*, 14(6), 433-434.
- Sæbø, G. (2012). The Regulation of Smoking and Smokers in Norway 1964-2010. I M. Hellman, G. Roos & J. von Wright (red.), *A Welfare Policy Patchwork. Negotiating the Public Good in Times of Transition* (s. 21-41). Helsingfors: Nordic Centre for Welfare and Social Issues (NVC).
- Sæbø, G. (2014). Away with tobacco? On the early understandings of tobacco as a problem and the associated attempts at political regulation of tobacco in Norway 1900–1930. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5-6), 443-466.
- Ugland, T. (2002). *Policy Re-Categorization and Integration: Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. Oslo: ARENA-rapport 3.
- Ugland, T. (2003). Adaptation and Integration through Policy Re-Categorization. *Journal*

- of Public Policy*, 23(2), 157–70.
- Ugland, T. (2011). *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?* Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo: SIRUS-rapport 1.
- Ugland, T. (2013). *Norsk alkoholpolitikk under EØS-Avtalen: Reaktiv og avpolitisert?* Oslo: SIRUS-rapport 7.
- U.S. Department of Health and Human Services (1964). *Smoking and health - Report of the advisory committee to the Surgeon General of the Public Health Service.* Washington, United States: Public Health Service. Office of the Surgeon General.
- Utenriksdepartementet (2012). *EØS-avtalen og Norges øvrige avtaler med EU.* (St. meld. nr. 5, 2012-13). Oslo: Utenriksdepartementet.
- Utenriksdepartementet (2015). *Rapport fra helse- og mattrygghetsområdet i EU.* Nyhet. *Regjeringen.no.* 26 juni. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rapport-helse/id2425324/>.
- Wallace, H. (2005). Exercising Power and Influence in the European Union. I S. Bulmer & C. Lequesne (red.), *The Member States of the European Union* (s. 25-44). Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (1979) *Controlling the smoking epidemic. Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control.* Technical Report Series 626. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1980). *Problems Related to Alcohol Consumption: Report of a WHO Expert Committee.* Technical Report Series 650. Geneva: World Health Organization.