
Kontrastenes mulighet

KOMMENTAR OG DEBATT

GRETHE AASVED

Email: grethe.aasved@cpme.be

Comité Permanent des Médecins Européens

Avenue de Cortenbergh 66/2

1000 Bruxelles

Belgia

EU har et fritt legemarked, og en rekke EU-direktiver har innflytelse på legeprofesjonens rolle og utvikling. Mange spår at det kun er et tidsspørsmål før også helsetjenester blir en del av EUs frie marked, med fri bevegelse av pasienter, felles pasientrettighetslovgivning og felles akkrediteringssystemer og standarder på helsetjenester. En slik fremtid vil få store konsekvenser og innebære ikke bare utfordringer, men også helt nye muligheter for profesjonen. Det siste forutsetter at vi tar aktivt del i det som foregår. Er det rart det er spennende å være i Brussel?



Brussel er kontrastenes by. Side om side med monstrøse kontorbygninger finnes monumentale palasser og rikt utsmykkede bygninger. Sjarmerende, trange gater med gamle hus og utekafeer ligger side om side med overbelastede trafikkårer, der kjøringen er halsbrekkende. Parkene er velstelte, med friserne trær, statuer og nyslåtte plener, mens gater og fortauer er under enhver kritikk. Byråkratiet føles uutholdelig og uforutsigbart. Å kjøpe en mobiltelefon tar tre timer, mens det tar ti minutter å opprette en bankkonto. Makt og avmakt merkes enda mer intenst enn på nasjonalt nivå.

Jeg hadde nok trodd jeg skulle få mer tid til å utforske byen – sitte på kafé og suge inn atmosfæren, nyte de kulturelle tilbudene etc. Men i den andre retningen trekker tre sønner i Norge. Jeg har valgt et utradisjonelt kvinneliv, fylt av kontraster. Men takket være barnas reaksjon, oppleves kontrastene som mer berikende enn konfliktfylte: "Når du nå kommer hjem, så er du hjemme. Da du var i Legeforeningen, var du mer borte, og hjemme var hodet ditt ofte et annet sted!"

Arbeidet i Brussel gir meg god innsikt i andre lands helsevesen og andre legeforeningers måte å takle utfordringer på. I tillegg til møter her i Brussel utføres en ikke ubetydelig del av mitt arbeid gjennom møtevirkosomhet i andre europeiske byer. Problemene er ofte påfallende like, men tilnærmingsmåten er forskjellig. Det blir også resultatene.

Som sentral tillitsvalgt i Legeforeningen undret jeg meg over hvorfor vi ikke brukte våre internasjonale kontakter mer systematisk. Jeg ble som oftest møtt med at norsk helsevesen ikke uten videre kan sammenliknes med andre lands helsevesen. Jeg er fortsatt dypt uenig! Legeforeningen deltar i en rekke internasjonale fora, og bedre utnyttelse av erfaringene fra disse nettverkene ville være et verdifullt bidrag i det helsepolitiske arbeid i Norge.

Ikke sjelden blir jeg konfrontert med paradoksene i norsk helsevesen. Norge blir omtalt som det rike oljelandet, som ligger i Europas toppsjikt hva angår bruk av penger til helsevesenet. Likevel rangeres vårt helsevesen på 11. plass av WHO. Vi har lange ventelister, den høyeste legetetthet i Nord-Europa og den største legemangelen! For utenforstående er det vanskelig å få dette til å henge sammen. ”Norske leger må da være Europas dårligst utnyttede legeressurs?!”

Inntrykket fra leger som har arbeidet i flere land er at på norske sykehus er legens rolle mer uklar, profesjonsstriden mellom leger og sykepleiere er sterkere og det er mindre hjelpepersonell som assisterer sykehusenes hovedfunksjon: møtet mellom lege og pasient. Hvor stor del av forklaringen på ”legesløsingen” som ligger her, kan man bare gjette seg til.

En del europeiske legeforeninger har et godt utviklet samarbeid med pasientorganisasjonene. Inntrykket er at dette gir positive helsepolitiske resultater og at potensialet i et slikt samarbeid er dårlig utnyttet i en rekke land, deriblant Norge. En av de viktigste barrierene for innflytelse for den medisinske profesjon er manglende troverdighet. Den mangler ikke pasientene. Dersom møtet mellom lege og pasient skal bli det sentrale fundament bak helsepolitiske vedtak, må kravet også komme fra pasientene.

Starten

Det skal ikke stikkes under stol at starten på Brussel-livet var tøff. Å være ukependler Brussel – Asker innebærer følelsen av å leve et trippelliv – et familieliv i Asker, et ”hybelliv” i Brussel og et kabinliv hos SAS. Følelsen av ikke å vite hvor jeg egentlig hørte til, var påtakelig i starten. Jeg savnet den daglige praten med nære venner, og i tillegg kom språkutfordringene. De ansatte snakker fransk, men heldigvis også godt engelsk. Foreløpig må jeg innrømme at arbeidsspråket på kontoret (i hvert fall når jeg er der) er engelsk, men jeg jobber med saken!

Den avgjørende faktor for at starten likevel gikk bra, var mine medarbeidere på kontoret. De gav meg en varm velkomst, og det ble tidlig klart for meg at de utgjorde en stor og til dels uutnyttet kompetanse. Jeg har fire medarbeidere: en advokat med EU-rett som spesialitet, en informasjonssjef, en IT-medarbeider og en sekretær. Tjenester utover dette kjøpes på kontraktbasis, som for eksempel regnskap, ikke-medisinsk fagekspertise etc. Denne arbeidsformen gir betydelig fleksibilitet, som tillater varierende behov over tid.

Hva er CP?

Comité Permanent des Médecins Européens (CP), stiftet i 1959, er organisasjonen som representerer den medisinske profesjon i EU- og EØS-området. Alle de 15 EU-landene er medlemmer, samt Norge og Island fra EØS. CP er også paraplyorganisasjonen for alle organisasjonene for leger på europeisk nivå. I tillegg har CP 14 observatørland, der de fleste er søkerland i forbindelse med EU-utvidelsen.

Organisasjonens hovedoppgave er å fremme den medisinske profesjons synspunkter overfor EU-myndighetene. Dette skjer hovedsakelig på to måter. Den direkte kontakt med EU-myndighetene skjer fra vårt sekretariat i Brussel. Den indirekte påvirkning på EU-politikken går gjennom våre medlemsforeningers samordnede aktivitet overfor nasjonale myndigheter.

For å nå våre mål er det helt avgjørende, som i nasjonal helsepolitikk, å utvikle gode og stabile samarbeidsforhold med EU-institusjonene. Dette har vært mangelfullt utviklet i CP, og det har skapt voksende frustrasjon over at organisasjonen har for liten innflytelse på vedtak og direktiver fra Brussel. Potensialet for innflytelse burde være meget godt, vi representerer 1,4 millioner europeiske leger. Som en konsekvens av denne erkjennelsen ble generalsekretærstillingen i Brussel opprettet i 1999, og jeg ble utnevnt av generalforsamlingen i desember og tiltrådte i januar i år.

Arbeidet i Brussel oppleves som en videreutvikling av karrieren jeg startet som leder av Ylf og visepresident i Legeforeningen, og erfaringene derfra har vært uvurderlige. Jeg føler meg privilegert som har fått en slik mulighet til å bygge videre på det fundamentet jeg fikk i Legeforeningen!

Mange har lurt på (selv om få har tort å spørre direkte) hvordan jeg som meget aktiv og godt synlig politiker kunne tenke meg en rolle som generalsekretær, underlagt en politisk valgt president, samt om jeg kunne egne meg til det. Det siste spørsmålet er det opp til andre å svare på. Men svaret på det første er enkelt: Jeg ønsket å prøve meg i en slik rolle for en periode, og jeg kan heldigvis konstatere at jeg trives meget godt. Skal jeg fortsette å arbeide innen helsepolitikk/helseadministrasjon, ligger det ingen *varig* fremtid i politiske verv! Før eller siden må fortsettelsen bli gjennom embetsstillinger.

Jeg arbeider sammen med en engasjert og inspirerende president, Markku Äärimaa, som samtidig er generalsekretær i den finske legeforening. Han innehar derfor på samme tid en generalsekretærstilling og et presidentverv, noe han gjør på en eminent måte. Hans kunnskap om EU-politikk og hans analytiske, strategiske tenkning rundt det arbeid vi skal gjøre både i Brussel og innad i CP, har lært meg mye.

EU og norske leger

På grunn av et felles legemarked i EU/EØS vil ethvert EU-direktiv som angår legers grunn-, videre- og etterutdanning også være bindende for Norge. For tiden er et av de viktigste av disse direktivene under revisjon.

Et av resultatene av revisjonen kan bli at kravet til veiledet tid i allmennpraksis før en lege kan arbeide selvstendig for trygdens regning økes fra to til tre år. Det er gode faglige argumenter bak denne endringen, som støttes av CP. Men konsekvensene for allmennpraksis i Utkant-Norge kan bli dramatiske. Hittil har man i liten grad problematisert EU-direktivets krav til to år, fordi vi har halvannet års turnustjeneste. Når kravet blir tre år, vil situasjonen bli en helt annen. Forslaget om utdanningsstillinger i allmennmedisin er derfor ikke bare viktig for rekrutteringen til primærlegetjenesten, det kan komme til å bli helt nødvendig av formelle grunner.

Krav til formalisert etterutdanning er ikke bare et tema på nasjonalt nivå. De velkjente populistiske argumentene bak innføring av resertifisering høres også her i Brussel, særlig i EU-parlamentet. Heldigvis har EU-kommisjonen samme syn som CP på dette punkt, og vi arbeider systematisk imot innføring av resertifisering ved revisjon av direktivet. Det er et tankekors at til tross for godt arbeid med saken i Norge, så kan det hele veltes av en "feil" avgjørelse i Brussel. Slaget om resertifisering står i høst, der ministerrådet nå initierer en forhandlingsprosess mellom parlamentet og EU-kommisjonen. Vi kommer til å følge prosessen nøye og gjøre vårt beste gjennom lobbyvirksomhet. På våre hjemmesider (www.cpme.be) kan interesserte følge utviklingen fortløpende.

Tidligere var yngre leger i Europa unntatt fra EU-direktivet om arbeidstidsbestemmelser (analogt til vår arbeidsmiljølov). Etter vellykket lobbyvirksomhet ble det våren 2000 vedtatt at yngre leger også kommer inn under direktivets bestemmelser. Vedtaket vil få konsekvenser for våre særavtaler og sette strengere grenser for våre unntak fra arbeidsmiljøloven.

Helse – fra nasjonalt anliggende til EU-sak



Grethe Aasved og Markku Äärilä

Det er formelt sett kun forebyggende helsearbeid som er et EU-anliggende, kurativt helsearbeid er et nasjonalt ansvar. Men grenseoppgangen er vanskelig, og stadig flere EU-direktiver har konsekvenser for utøvelsen av kurativt helsearbeid.

I 1999 fikk EU for første gang en EU-kommisær med ansvar for helse. Foranledningen var blant annet kugalskapssaken. Helserelaterte problemer respekterer ikke landegrenser. Spørsmålet er hvor lenge man kan holde helsetjenestene unna det frie marked?

Utviklingen fikk en dramatisk vending i 1998, da to pasienter (Kohll og Decker) vant sine rettssaker i Europadomstolen (en dommer fra hvert EU-land). De hadde begge benyttet ambulante helsetjenester (dvs. helsetjenester som ytes uten at pasienten innlegges i sykehus) i et annet EU-land enn der de bodde, og sendt regningen til eget land. Da hjemlandet ikke ville betale, gikk de til sak – og vant! Dommen er endelig, men konsekvensene fryktes av de nasjonale helsemyndigheter. Logikken i dommen var enkel nok: Ambulante helsetjenester hører inn under det åpne, felles marked i EU. Fri bevegelse over landegrensene er EUs fundament.

CP var tidlig ute med politiske vedtak som følge av dommen. Organisasjonens politikk understøtter pasientenes rett til fritt helsemarked, dvs. fritt valg av helsetjenester i EU/EØS, forutsatt at dette er helsetjenester de har krav på i

eget land. Det europeiske fellesmarkedet gjelder tomater og agurker, det gjelder leger, hvorfor skal det ikke også gjelde pasientene?

Kohll- og Decker-sakene gjaldt kun ambulante helsetjenester. Det knytter seg nå stor spenning til tre domsavsigelser for pasienter som har krevd dekning av utgifter til sykehusbehandling i et annet EU-land. Hvis også disse sakene vinnes av pasientene, har vi en helt annen situasjon hva angår helselovgivning og pasientrettigheter i Europa.

Mange spår at vi bare så vidt har sett starten på pasientrettighetenes tiår. Stadig flere land innfører rett til fritt sykehusvalg, og dette fremtvinger krav om akkrediteringssystemer for sykehus og helsetjenester. Europa-regionen i WHO vedtok i 1995 en pasientrettighetsdeklarasjon, der fundamentale pasientrettigheter stadfestes. Oppfølgingen skjer gjennom et nettverksarbeid i regi av København-kontoret, der jeg representerer CP i en arbeidsgruppe som beskriver og evaluerer implementering av pasientrettighetslovgivning i de forskjellige land.

EU-utvidelsen er en høyt prioritert sak i EU-kommisjonen. I alt er det bilaterale samtaler med 13 søkerland (Norge er ikke blant disse). CP har nylig nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge konsekvensene av en ev. EU-utvidelse med tanke på legers frie marked. Ved en EU-utvidelse har leger fra de nye medlemslandene rett til å ta arbeid i et hvilket som helst EU-land. Derfor er det svært viktig å få oversikt over utdanningskvaliteten. Man vet lite om kvaliteten på spesialistutdanningen i disse landene. EU-kommisjonen har fattet interesse for vårt arbeid, og har invitert til et møte med CP i høst. EU-utvidelsen kan særlig få konsekvenser for Norge, så lenge vi har erklært legemangel.

Jeg vet ikke hvor lenge jeg blir i Brussel. Det jeg vet, er at jeg trives og ønsker å videreutvikle min kompetanse innen helsepolitikk/administrasjon. Før eller siden kommer jeg tilbake til Norge, så får tiden vise hvordan og når. Inntil da vil jeg fortsette å gjøre hva jeg kan for å videreutvikle CP og øke organisasjonens innflytelse, samtidig som jeg ved ukeslutt synker ned i SAS-setet og tenker over hva jeg skal ha i woken når ungene og jeg skal lage yndlingsmiddagen.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.