
Legelobbying og helsepolitiske prosesser i EU

INVITERT KOMMENTAR

OLE JOHAN BAKKE

ole.johan.bakke@holmestrand.kommune.no

Ole Johan Bakke er spesialist i samfunnsmedisin og i allmennmedisin og er kommuneoverlege i Holmestrand kommune. Han er president i Comité permanent des médecins européens for perioden 2025–27. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Comité permanent des médecins européens er en sammenslutning av 28 nasjonale legeforeninger i Europa og representerer 1,7 millioner leger. Det bør åpne for muligheter til å påvirke europeisk helsepolitikk.

De neste tre årene har Norge presidentvervet i Comité permanent des médecins européens (CPME). Perioden sammenfaller med ny EU-kommisjon og nytt EU-parlament. Starten på vervet har derfor vært preget av å bygge relasjoner til en rekke nye kommisjonærer, parlamentsmedlemmer og komitéer i parlamentet. I en situasjon der helse ikke står høyest på den politiske dagsordenen, parlamentsvalget har satt en dyp blå farge på det politiske landskapet og det politiske fokuset er på kriser av geopolitisk karakter, blir det enda viktigere for oss å jobbe for saker som angår helsetjenesten, folkehelsen generelt og leger spesielt.

«I en situasjon der helse ikke står høyest på den politiske dagsordenen, blir det enda viktigere for oss å jobbe for saker som angår helsetjenesten, folkehelsen generelt og leger spesielt»

Mangel på tiltak mot forebyggbare sykdommer medfører unødig høy dødelighet, sykelighet og økonomiske kostnader. Regulatoriske tiltak som beskatning og markedsføringsrestriksjoner er effektive. Comité permanent des médecins européens jobber for å få EU-kommisjonen til å levere viktige

reguleringer på EU-nivå. I Europe's Beating Cancer Plan foreslås alkoholbeskatning og -merking, tobakksbeskatning, regler for grensekryssende kjøp av alkohol og tobakk innad i EU og revisjon av tobakksproduktdirektivet (1). Det siste er spesielt viktig for å regulere unge menneskers tilgang til stadig nye tobakks- og nikotinprodukter.

Arbeidet for vaksinasjonsprogrammer for voksenbefolkningen i Europa er aktuelt også i Norge. Tidlig oppdagelse av kreft er mer enn screeningprogrammer, og en velfungerende primærmedisin med tilstrekkelig kapasitet er særlig viktig. Sammen med Union européenne des médecins omnipraticiens (UEMO) tar vi til orde overfor EU-kommisjonen og EU-parlamentet for en sterk primærlegetjeneste (2).

CPME anerkjenner Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) sin betydning for EUs helseberedskap (3). HERA ble etablert som en direkte konsekvens av covid-19-pandemien og skal sikre at EU har en solid respons på alvorlige helsetrusler på tvers av landegrensene, herunder tilgang til medisinsk utstyr, medikamenter og vaksiner. HERA er sentral i distribusjonen av m-koppvaksiner og medikamenter og gir støtte til Ukraina. Deres opprinnelige snevre mandat har vist seg å være gjennomførbart og bør nå utvides til en omfattende folkehelseinnsats. Fokus på rettferdig fordeling av medisinske tiltak mellom land og regioner i Europa må styrkes, og helsevesenets motstandskraft i krisehåndtering må sikres på nasjonalt og lokalt nivå. Comité permanent des médecins européens etterspør i den sammenheng akselerasjon i opplæring av helsepersonell og beredskapspersonell.

Leger i Europa skal ha trygge og lovlige arbeidsforhold. Tilgang til opplæring og utdanning og balanse mellom arbeid og privatliv er nødvendig for å gjøre profesjonen mer attraktiv. Men mangel på arbeidskraft må ikke løses ved å senke opplæringskravene eller forårsake «hjerneflukt» fra andre land. Det bryter med WHO's etiske rekrutteringspolitikk (4). Tilgangen til helsepersonell er en felles utfordring, og det er behov for å definere en europeisk helsepersonellpolitikk på kommisjonsnivå og en EU-strategi for helsearbeidere.

Helsetjenestene i Europa digitaliseres, men dette må ikke gå på bekostning av taushetsplikt og medisinsk konfidensialitet. Europeiske leger er i tillegg svært bekymret for funksjonaliteten og brukervennligheten til de elektroniske journalsystemenes integrasjon mot European Health Data Space (5). Pasienter vil kunne ha reservasjonsrett, men annenhånds bruk av pasientdata vil i stor grad bli regulert av enkeltlandene. Nasjonal lovgivning vil ha stor betydning i så måte. Det må være nasjonale myndigheters ansvar å finansiere opplæring og integrering av nye digitale verktøy, og implementering må ikke medføre ekstra administrative byrder og kostnader for legene. Det vil i ytterste konsekvens gå ut over pasienttilbudet.

«CPME jobber for en politikk som sikrer tilgang til medisiner og som forebygger medisinmangel»

CPME jobber for en politikk som sikrer tilgang til medisiner og som forebygger medisinmangel. Et forslag er at legemiddelselskaper forplikter seg å tilby medisiner til alle EU-land, da vi ikke kan støtte at enkelte land har dårligere

tilgang på grunn av industriens avkastningskrav.

I arbeidet mot antibiotikaresistens understreker vi legers ansvar og lederskap for forsvarlig forskrivning og økt bevissthet om antimikrobiell resistens. Nye antibiotika må utvikles, og vi mener at vi må bryte med økonomiske insentiver til å selge høye volumer. I dette samarbeider vi tett med veterinærsektoren i One Health-programmet (6).

Klimatiltak for bedre helse er spredt på flere kommisjonærer i EU. Comité permanent des médecins européens er tydelig på at vi ikke kan ta pause i grønn lovgivning. I et møte jeg nylig hadde med lederen for miljødepartementet (DG Environment) Veronica Manfred ble legers stemmer i klimaspørsmål konkret etterspurt. Hetebølger, forurensning, flom og tørke er store klimarelaterte helsetrusler i Europa. Det blir avgjørende at EU oppfyller målet om klimanøytralitet innen 2050 og viderefører handlingsplanen for null forurensning og ren luft.

Europeiske leger har som mål å redusere helsevesenets miljøavtrykk. Sykdomsforebygging må stå sentralt i dette, ettersom den mest bærekraftige helsetjenesten er den som gir redusert behov for helsetjenester.

«Politikk og reguleringer fra Bruxelles berører folkehelse, miljø, luftkvalitet, e-helse, farmasi og arbeidsliv og påvirker også legehverdagen i Norge»

CPMEs arbeid på EU-nivå er like aktuelt for leger i Norge som innad i EU. Politikk og reguleringer fra Bruxelles berører folkehelse, miljø, luftkvalitet, e-helse, farmasi og arbeidsliv og påvirker også legehverdagen i Norge. Legemiddelmangel og dårlig fungerende IT-systemer i en hverdag fylt av sykdommer som burde og kunne vært forebygget i en underbemannet helsetjeneste, er ikke ukjente fenomener. De kan løses, men også forverres om ikke de rette politiske valgene blir tatt.

REFERENCES

1. EU-kommisjonen. Europe's Beating Cancer Plan. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_o.pdf Lest 24.3.2025.
2. Union européenne des médecins omnipraticiens. Shaping the Future of Healthcare in Europe. <https://uemo.be/> Lest 24.3.2025.
3. EU-kommisjonen. Health Emergency Preparedness and Response. https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera_en Lest 24.3.2025.
4. WHO. New WHO guidance promotes fair and ethical management of international health worker migration. <https://www.who.int/news/item/01-04-2024-new-who-guidance-promotes-fair-and-ethical-international-health-worker-migration> Lest 24.3.2025.

5. EU-kommisjonen. Règlement relatif à l'espace européen des données de santé. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_fr Lest 24.3.2025.

6. EU-kommisjonen. What is the One Health approach?
https://health.ec.europa.eu/one-health/overview_en Lest 24.3.2025.

Publisert: 21. april 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0149

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2026.