

– Peppar, peppar att det lyckast! Det er ikke enkelt å få to millioner leger til å tale med én stemme, medgir svenske Bernhard Grewin. Som president i den europeiske legeorganisasjonen CPME er han legenes talsmann i EU-hovedstaden Brussel.

## Intervjuet: Bernhard Grewin

# Legenes lobbyist

Presis klokken to kommer han med raske skritt inn i hotellresepsjonen. Ulastelig antrukket, stresskofferten i venstre hånd, den høyre hånden gestikulerer ivrig. Diskusjonen med kollegaen avsluttes idet vi møtes: – Där er du. Jag kände det på mig. Bernhard Grewin ble valgt til president for CPME (Standing Committee of European Doctors) i 2004. CPME er paraplyorganisasjon for legeföreningene i EU-landene. Også land som har avtaler med EU, som Island og Norge, har medlemsrett. Av de 25 landene i EU er det bare Litauen som ikke er medlem av CPME. Landet forventes å følge sine baltiske naboer inn i organisasjonen i 2005.

– Hovedoppgaven til CPME er å bære frem den medisinske profesjonens synspunkter overfor EU-myndighetene. Jeg møter svært mange leger som har gode ideer om hvordan vi kan forbedre helsevesenet. Men vi kan ikke ta det for gitt at myndighetene lytter til våre erfaringer og synspunkter. Vi må selv gjøre oss synlige og være til stede der bestemmelsene blir tatt. Dette er hva politisk arbeid handler om, slår Grewin fast. – Politikk skaper vi når vi møtes!

### Ikke udemokratisk

– En av mine viktigste oppgaver som leder for CPME er å etablere kontakt med politikere og med representanter for andre organisasjoner som arbeider med spørsmål knyttet til omsorg og helse, for eksempel ulike pasientorganisasjoner. Dessuten er jeg opptatt av at vi må ha et profesjonelt samarbeid med legemiddelindustrien, en viktig økonomisk aktør i helsevesenet. I fremste rekke kommer selvfølgelig kontakten med våre egne medlemmer.

Tre ganger i året møtes delegasjoner fra de nasjonale legeföreningene og ledelsen i CPME. CPME har fire underkomiteer som arbeider med henholdsvis medisinsk utdanning, medisinsk etikk, organisasjon av helsevesenet og helseøkonomi samt forebyggende medisin. Forslagene til politiske strategier blir lagt frem på generalforsamlingen

for diskusjon og avstemning. I tillegg samarbeides det nært med grupper innen legestanden som har dannet sine egne foreninger, som den felleseuropeiske foreningen for yngre leger (PWG), spesialistlegeforeningen (UEMS), sykehuslegenes organisasjon (AEMH) og allmennlegeorganisasjonen (UEMO).

– Det foregår en intens debatt om hvorvidt CPME bør slå seg sammen med disse foreningene til én organisasjon. Personlig tror jeg at et forsterket samarbeid med spesialistorganisasjonene er veien å gå fremfor fusjon. Samtidig ønsker jeg at CPME skal fremstå som det selvskrevne talerøret for europeiske leger. CPME representerer alle leger i unionen uavhengig av spesialitet eller stilling. Til sammen teller vi to millioner. I Europa er lobbyarbeid svært viktig, forklarer Grewin, mer enn vi i Norden er vant til. Med en så sterk røst vil vi bli hørt blant de andre lobbyistene i Brussel.

– Er ikke slikt lobbyarbeid udemokratisk?

– Tvert imot. Denne politiske strukturen åpner for at ulike interessegrupper fritt kan legge frem sitt syn for EU-kommisjonens tjenestemenn og EU-parlamentets politikere. Da blir det vårt ansvar som organisasjon å bruke den muligheten best mulig ved å fremstå som troverdige.

### Politisk travert

I så måte er Bernhard Grewin rett mann på rett plass. Resonnementene er klare og logiske, talestrømmen flyter elegant. Nøle gjør han bare når vi kommer inn på hans egen person.

– Nei, jeg kan ikke peke på noen spesielle grunner til at jeg har havnet i lederposisjoner, svarer han, idet han biter seg i underleppen. Det kan hans kolleger. De tegner et bilde av en vennlig og samarbeidsorientert leder med stor innsikt og evne til å drive frem forandringer både innad i organisasjoner og som talsmann utad.

– Jeg har alltid likt å forsøke å forandre strukturer og se på hvordan helheten i organisasjoner fungerer. Det er tilfredsstillende

når man føler at man får til noe på en bedre måte enn før. Grewin har vært aktiv i Sveriges läkarförbund helt siden han var nyutdannet indremedisiner og revmatolog i 1981. I en lang periode var han leder for overlegeforeningen inntil han i 1998 ble valgt til president for Läkarförbundet. Etter seks år som leder for den svenske delegasjonen til CPME, var han godt forberedt på oppgaven som internasjonal president da han ble valgt i 2004. Sverige, som har vært medlem i CPME siden 1995, ble for første gang ordførende land for den 45 år gamle organisasjonen. Nå pendler Grewin mellom Stockholm og Brussel. En dag i uken har han sin faste poliklinikk på revmatologisk avdeling på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. – Pasientkontakten hjelper meg til å beholde det rette fokuset i mitt administrative arbeid. Gjennom klinisk virksomhet erfarer man hvor skoen trykker.

### Pasientmobilitet

– Hvorfor har organiseringen av helsevesenet blitt et europeisk anliggende?

– Gjennom rettskjennelser i Europadomstolen er europeiske pasienter blitt tilkjent nye rettigheter. Disse omfatter blant annet rett til refusjon av helserelaterede utgifter utenfor sykehus i et annet EU-land fra egen trygdekasse uten at dette er godkjent på forhånd. Man har også rett til refusjon av sykehusbehandling i andre land, men da etter forhåndsgodkjenning av trygdeetaten hjemme. Økt pasientmobilitet vil gjøre at landene blir tvunget til å samordne helsetilbudene i mye større grad enn før. CPME har et grunnleggende positivt syn på pasientens rett til fritt å velge behandlingssted.

– Vi tror ikke at det kommer til å bli noen stor pasientstrøm over grensene, men pasienter som har stått lenge i behandlingsskø i hjemlandet, vil nok i økende grad reise til andre land.

– Vil ikke dette føre til større kvalitative forskjeller på helsetjenestene som tilbys i ulike land?



## Bernhard Grewin

Født 7. januar 1948

- Autorisert lege 1973, Karolinska Institutet, Stockholm
- Spesialist i indremedisin og revmatologi 1981
- President i Sveriges läkarförbund 1998–2004
- President i den europeiske legeorganisasjonen CPME 2004–05

Foto Kari Tveito

– Nei, jeg tror ikke det. Derimot vil ordningen tvinge enkelte land til å ta bedre hånd om sine egne pasienter. På den måten vil økt pasientmobilitet faktisk kunne bidra til å utjevne ulikhetene mellom de europeiske landene. For det andre vil vi bli tvunget til å samarbeide internasjonalt om behandlingen av sjeldne sykdommer. Allerede i dag finnes det flere såkalte «centres of reference». Det har vist seg at å etablere slike sentre gir økt effektivitet og mulighet for forskning og utvikling som det enkelte land alene ikke er i stand til å stable på beina. Helserelevante utgifter står for en stor andel av bruttonasjonalproduktet i alle land. Ved å samarbeide vil vi kunne spare ressurser – samtidig som pasientene får et bedre behandlingstilbud. Faktisk var denne innsikten med på å forandre EU-domstolens syn på spørsmål om pasienters rett til helse-tjenester i andre land enn hjemlandet.

### Skandinavia langt fremme

Ifølge EUs konstitusjon har de respektive land ansvar for sitt helsevesen, og det er ikke formelt EUs oppgave å ta hånd om dette. Derimot er folkehelse og forebyggende helsearbeid områder der EU skal ta ansvar, stifte lover og drive utviklingsarbeid sammen med medlemslandene.

– Fri pasientflyt vil i realiteten innebære at det også oppstår et behov for felles spilleregler på helsevesenets arena, sier Grewin. – Vi må arbeide for felleseuropeisk enighet innen områder som pasientsikkerhet og kvalitet av helsetjenester. Ikke minst må vi se på hva som er god kvalitet. Her kommer CPME til å få en svært viktig rolle. Det blir en av de største utfordringene for organisasjonen fremover. Vi er allerede godt i gang med arbeidet. Blant annet har vi vært initiativtaker til en stor felleseuropeisk konferanse om pasientsikkerhet i vår.

– Hva kan de nordiske landene bidra med i denne sammenhengen?

– Skandinavia ligger langt fremme når det gjelder kvalitetssikring og pasientsikkerhet i helsevesenet. Spesielt vil jeg trekke frem

Danmark, som har kommet veldig langt i sitt arbeid. Men også i de andre landene i Norden har det vært en forbilledlig utvikling. Fokus har ligget på hvordan man kan forbedre organisasjoner og hindre systemfeil fremfor vektlegging av individuelle feil hos den enkelte yrkesutøver. Jeg tror det er et riktig og hensiktsmessig perspektiv.

### Fri flyt av leger

CPME arbeider også for at leger skal kunne etablere seg og få godkjent sin spesialistutdanning overalt i Europa. – Et spørsmål som har stått høyt på vår agenda de siste årene er revisjonen av det profesjonelle godkjenningsdirektivet. EU stiftet tidlig direktiver for å øke forutsetningen for bevegelsesfriheten for yrker med høye kunnskapskrav som tannleger, jordmødre, sykepleiere, apotekere og leger. Godkjenningsdirektivet innebærer at hvis jeg som individ oppfyller kravene i direktivet, så har jeg automatisk rett til å arbeide som spesialist i et annet EU-land, forutsatt at min spesialitet finnes i det landet. Dette direktivet er nå oppe til revidering. Det nye forslaget fra ministerrådets arbeidsgruppe innebærer blant annet at bare spesialiteter som finnes i minst to femtedeler av landene vil bli godkjent automatisk. I dag omfatter direktivet 52 spesialiteter. Vi har arbeidet for at alle spesialiteter skal bli godkjent, og vi er på god vei til å få gjennomslag for vårt syn.

For å øke tilgangen på spesialister, har kommisjonen også foreslått å begrense mulighetene til å utdanne seg til spesialist på deltid. Også her har CPME ytt kraftig motstand.

– Likestillingsspørsmålet har man ikke tatt stilling til på Europa-nivå, påpeker Grewin. – CPME har sagt klart ifra at vi ikke kan godta slike begrensninger av utdanningsmulighetene, og vi kommer ikke til å gi oss i denne saken. Legers videreutdanning er for øvrig en av Grewins hjertesaker. – Legeyrket er av en slik karakter at man stadig må fornye seg faglig. Derfor kan vi ikke øke kvaliteten på helsevesenet uten

å legge til rette for kontinuerlig videreutdanning.

– Et annet viktig spørsmål gjelder tjenestetetsdirektivet, som formulerer vilkårene for fri etablering og utveksling av tjenester i Europa. I 2004 la EU-kommisjonen frem en revisjon av direktivet med potensielt vidtrekkende konsekvenser for helsesektoren. Det nye forslaget bygger på premisset om at tjenester som er lovlige i et EU- eller EØS-land skal kunne tilbys i alle andre land i unionen. Ansvaret for å kontrollere selskap som yter tjenester i andre land, er lagt til landet der selskapet er registrert og ikke i det landet der tjenestene utføres. For helse- og omsorgssektoren er det gjort et unntak, men unntaket er ikke tilstrekkelig tydelig formulert. Helsepersonell må være underlagt helselovgivningen i landet der de arbeider, noe annet vil være en trussel mot pasientsikkerheten. CPME har derfor tatt til orde for at det må gå klart frem at helsesektoren er unntatt fra anvendelsesområdet for direktivet. Heldigvis har vi fått gehør så langt, og vi vil følge den videre behandlingen av direktivforslaget i EU nøye.

Legen har også engasjert seg sterkt i medisinsk etikk i mange år. – Et viktig etisk spørsmål nå gjelder forholdet til legemiddelindustrien. Forholdet til legemiddelindustrien er strengt regulert både i Norge og Sverige. Jeg mener at helsevesenet har behov for å samarbeide med industrien. Men vår relasjon må være åpen og tydelig, slik at vi som medisinsk profesjon beholder vår legitimitet i forhold til omverdenen. Min ambisjon er at vi skal få til en felles europeisk forståelse av hvordan den medisinske profesjon og industrien skal kunne omgås på en transparent og ryddig måte.

### Kari Tveito

kari.tveito@lds.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus