



ARENA Policy Brief 3/2025

Europeisering av helsepolitikk gjennom krisehåndtering og beredskapssamarbeid

Martin Stangborli Time (Universitetet i Innlandet/ ARENA Senter for europaforskning) og Frode Veggeland (Universitetet i Innlandet/ NIBIO)

Sammendrag

- EU har siden 1990-tallet styrket samarbeidet om helse, krisehåndtering og beredskap. Covid-19-pandemien, så vel som geopolitiske, sikkerhetspolitiske og handelspolitiske endringer, har synliggjort sårbarheter og skapt nye trusselbilder. Dette har bidratt til å plassere helsesamarbeid i EU høyere på dagsorden.
- Sikkerhetshensyn, evne og kapasitet til å håndtere komplekse grensekryssende helsekriser og helsetrusler, er blitt viktige premisser for EUs styrking av helsesamarbeidet. Norge har tilgang til deler av EUs helsesamarbeid gjennom EØS, mens tilknytning til andre deler av samarbeidet krever nye forhandlede løsninger
- Endringer i verdenssituasjonen bidrar til å øke sårbarheten for Norge og gjør tilknytningen til internasjonalt samarbeid, som EU/EØS og det nordiske samarbeidet, enda viktigere.
- Norske myndigheter bør i denne situasjonen vurdere internasjonalt helsesamarbeid inn i en bredere politisk kontekst på tvers av sektorer og politikkområder, som forsvarspolitik, industri- og næringspolitikk, klima- og miljøpolitikk, og utenriks- og sikkerhetspolitikk.

EU har siden 1990-tallet styrket helsesamarbeidet betydelig. Denne styrkingen har i stor grad skjedd som respons på en rekke helsekriser og helsetrusler, som kugalskapkrisen, SARS, fugleinfluensa, svineinfluensa, askeskyen fra Island, større utbrudd av E.coli, covid-19 pandemien, og krigen i Ukraina. Norge har deltatt i store deler av dette samarbeidet, både gjennom forpliktende samarbeid gjennom EØS-avtalen, som mattrygghet, legemiddelregulering og grensekryssende helsetjenester, og gjennom ikke-forpliktende samarbeid, som anskaffelse av medisiner og koordinering av krisehåndtering og beredskap. Ikke-forpliktende samarbeid om sivil beredskap og grensekryssende helsetrusler er fortløpende tatt inn i EØS-avtalen som [helsesamarbeid på særlige områder utenfor det indre marked og de fire friheter](#). I forbindelse med felles europeiske vaksineanskaffelser under covid-19 pandemien ble det klart at EØS-avtalen ikke garanterte norsk tilknytning til alle deler av EUs helsesamarbeid. Samtidig viste pandemien at Norge i en krisesituasjon har stort behov for en slik tilknytning. I tråd med dette har Norge tatt initiativ overfor EU med sikte på å forhandle fram en tilknytning til EUs styrkede samarbeid om helseberedskap og kriserespons. Forhandlingene ble igangsatt i 2025.

Muligheter og begrensninger i Norges tilknytning til EUs helsesamarbeid

Dagens styrking av EUs samarbeid om helseberedskap må forstås på bakgrunn av at EU over lengre tid har styrket helsesamarbeidet, selv om dette området primært er et nasjonalt anliggende. EU har vedtatt regler om trygdekoordinering som

blant annet regulerer hvordan ytelser ved uførhet og sykdom skal behandles når en person har tilknytning til flere land. En hovedregel er at borgere som beveger seg mellom landene skal ha samme rett til helsehjelp og på samme vilkår, som innbyggerne i det landet de oppholder seg. EUs pasientrettighetsdirektiv gir innbyggerne rett til å få refundert utgifter til helsehjelp i andre land i EU/EØS dersom behandlingen tilsvarer helsehjelpen de ville fått dekket av det offentlige i hjemlandet. Både trygdekoordineringen og pasient-rettighetsdirektivet er del av EØS-avtalen. I 2013 vedtok EU en beslutning om å styrke samarbeidet og koordineringen av alle typer alvorlige grensekryssende helsetrusler i EU, blant annet gjennom overvåkning, beredskapsplanlegging og felles innkjøp av legemidler og medisinsk utstyr. Beslutningen ble tatt inn i EØS-avtalen og representerer et viktig skritt i retning av å koordinere samarbeidet om helseberedskap på EU-nivå.

I Maastricht-traktaten fra 1993 ble det tatt inn en egen folkehelsebestemmelse – artikkel 129 – som senere ble styrket og endret tittel på til artikkel 152 i Amsterdam-traktaten (1999) og artikkel 168 i Lisboa-traktaten (2009). Artikkel 168 fastslår på den ene siden at EU skal respektere medlemslandenes ansvar for helsepolitikken, herunder for å finansiere, organisere og styre helsetjenestene. På den andre siden fastslår bestemmelsen at EU generelt og Europakommisjonen spesielt kan ta initiativ til, og koordinere, samarbeid på helseområdet og på den måten fungere som et supplement til nasjonal helsepolitikk, herunder samarbeid om å bekjempe alvorlige grensekryssende helsetrusler. I 2000 vedtok EU «Den europeiske unions pakt om grunnleggende rettigheter», der artikkel 35

viser til at all lovgivning og alle aktiviteter i EU skal sikre et høyt helsebeskyttelsesnivå, og at rett til helse er en grunnleggende rettighet. Pakten om grunnleggende rettigheter fikk gjennom Lisboa-traktaten samme rettslige status som traktatene, som igjen innebærer at den, i likhet med en grunnlov, har høyere status enn ordinær lovgivning. Lisboa-traktaten har også to andre bestemmelser av betydning for samarbeid om grensekryssende helsetrusler, nemlig artikkel 122 – om felles handling for å håndtere forsyningsproblemer – og artikkel 222 – den såkalte «solidaritetsklausulen». Artikkel 222 slår fast at EUs medlemsland skal «act jointly in a spirit of solidarity if a Member State is the object of a terrorist attack or the victim of a natural or man-made disaster». Dermed omfatter den både naturskapte og menneskeskapte helsetrusler. Artikkel 122 tar også utgangspunkt i solidaritetshensynet. Den gir Rådet anledning til både å vedta tiltak når det oppstår alvorlige forsyningsproblemer for bestemte produkter, og til å gi økonomisk støtte fra EU til medlemsstater når det oppstår eller er risiko for forsyningsproblemer som følge av naturkatastrofer eller usedvanlige hendelser som den enkelte stat ikke har kontroll over. Artikkel 122 er brukt en rekke ganger, blant annet som grunnlag for å finansiere felles vaksineanskaffelser over EU-budsjettet i forbindelse med covid-19 pandemien. Verken artikkel 122, artikkel 222, artikkel 168 eller pakten om grunnleggende rettigheter er del av EØS-avtalen, noe som *kan* legge begrensninger på hvilke typer EU-samarbeid Norge kan delta i.

EU har siden 1990-tallet gradvis bygget opp en egen helseadministrasjon. For det første er

det etablert flere desentraliserte byråer hvis primære ansvar er overvåkning, informasjonsinnhenting, risikovurderinger og faglige råd og anbefalinger: Det europeiske overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) i 1993, Det europeiske byrået for legemiddelvurdering (EMA) i 1995, Den europeiske myndigheten for næringsmiddeltrygghet (EFSA) i 2002, og Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) i 2005. For det andre er det etablert to generaldirektorater i Europakommisjonen med dedikert ansvar for helsespørsmål: Generaldirektoratet for helse og mattrygghet (DG Santé) i 1999¹ og Generaldirektoratet for beredskap og innsatser ved helsekriser (DG HERA) i 2021. For det tredje har EU etablert egne fora for informasjonsutveksling under kriser: Helsesikkerhetskomiteen, der fagmyndighetene i EU/EØS-landene møtes, ble etablert som et uformelt organ i 2001 og fikk formell status som permanent organ i 2013. Samme år ble Rådets krisehåndteringsmekanisme IPCR (Integrated Political Crisis Response mechanism) etablert. Gjennom IPCR har Rådets presidentskap mulighet til å koordinere politiske responser og raske tiltak i forbindelse med større og komplekse kriser. Det er formelt sett politiske representanter for medlemslandene som møter i IPCR, men det kan åpnes for at også andre land deltar. Både Helsesikkerhetskomiteen og IPCR ble hyppig brukt under covid-19 pandemien. Norge deltar med tjenestemenn og eksperter i de ovennevnte byråene og i komiteer og arbeidsgrupper i Europakommisjonen. Norge har formell rett til å delta i helsesikkerhetskomiteen og har på uformelt grunnlag deltatt på en rekke møter i IPCR.

¹Det opprinnelige navnet i 1999 var Generaldirektoratet for helse og forbrukere (DG Sanco), men da forbrukerspørsmål ble flyttet til DG Justis i 2014 ble navnet endret til Generaldirektorat for helse og mattrygghet (DG Santé).

Norge deltar også i annet uforpliktende helsesamarbeid som gjøres i regi av Europakommisjonen, som for eksempel kampen mot antimikrobiell resistens og tiltak mot sykdommer som kreft, hjertesykdom, og lungesykdom.

Oppsummert ser vi at styrkingen av EUs helsesamarbeid bygger på fire viktige elementer. Det første er traktatfestede bestemmelser knyttet til helsesamarbeid og helserettigheter, og forpliktelse om å vise solidaritet når et medlemsland står overfor en alvorlig trussel eller krise (jf. art. 168, 122, og 222 i Lisboa-traktaten). Det andre er en styrking av helsesamarbeidet som faller innenfor det indre marked og de fire friheter, og som dermed er EØS-relevant. Pasientrettighetsdirektivet, trygdekoordineringen og lovgivning relatert til regulering av mattrygghet og legemidler er eksempler på dette. Det tredje er den markante fremveksten av helseadministrative enheter på EU-nivå som har styrket EUs kapasitet for overvåkning, informasjonsinnhenting og koordinering av faglige råd og anbefalinger. Det fjerde er at sikkerhetshensyn, herunder forsynings-sikkerhet, er blitt en stadig viktigere komponent i EUs helsesamarbeid. EU retter stor oppmerksomhet mot behovet for å styrke den felles kapasiteten for helseberedskap og kriserespons. Denne siste utviklingstendensen er blitt kraftig forsterket i kjølvannet av covid-19 pandemien.

Styrking av EUs helseberedskap i kjølvannet av covid-19-pandemien: helseunion og totalberedskap

Lanseringen i 2020 av Den europeiske helseunionen markerte et taktskifte i EUs involvering i forebygging, beredskap og håndtering av helsetrusler. Konkret bygger helseunionen på en serie rådsforordninger som treddet i kraft i desember 2022 og som angir de overordnede ansvarsoppgavene for EU-landene og relevante EU-institusjoner i beredskapsarbeidet rettet mot alvorlige grensekryssende helsetrusler. Videre innebærer helseunionen en styrking av mandatene til EUs smittevernbyrå (ECDC) og EUs legemiddelbyrå (EMA), etableringen av generaldirektoratet for beredskap og kriserespons (DG HERA) i Europakommisjonen, innføringen av et rammeverk som sikrer tilgang på kriserelevante medisinske tiltak i en europeisk folkehelsekrise, og en styrking av innsatsen på behandlingen av kreftsykdom og mental uhelse. Også del av helseunionen er en ny legemiddelstrategi, som Europakommisjonen lanserte i november 2020 – få dager før Kommisjonspresidentens første «State of Health Preparedness Report», som er blitt en årlig begivenhet.

Gjennom de fem årene som har gått siden lanseringen er helseunionen skrittvis blitt bygget ut med flere rådsforordninger og strategier. Et viktig aspekt ved denne utviklingen er koplingene som EU nå gjør mellom helseberedskap og forsvar, sikkerhet, og totalberedskap. Denne utviklingen må ses i lys av de mange, og sammenflettede krisene som Europa har stått og fortsatt står overfor, som covid-19, Ukraina og sikkerhetspolitisk ustabilitet. [Niinistö-rapporten fra 2024](#), utarbeidet av Finlands tidligere president Sauli Niinistö på oppdrag for Kommisjonspresident Ursula von der Leyen, identifiserte tiltak for å styrke Europas sivile og

militære beredskap. Det sentrale budskapet i rapporten er at EU i mye større grad må vektlegge hensynet til sikkerhet i all aktivitet og politikktutforming på EU-nivå. I 2025 har EU tatt markante skritt både i arbeidet med å videreutvikle helseunionen og i arbeidet med å «meisle ut» konkret politikk på sikkerhets-, forsvars-, og beredskapsområdet. Endrings-takten på disse politikk-områdene har tiltatt samtidig med erkjennelser av at de spillereglene for mellomstatlige relasjoner som kom til etter andre verdenskrig i økende grad utfordres av politiske krefter i og utenfor Europa, og derfor ikke lenger kan tas for gitt.

11. mars 2025 kom lovforslaget om kritiske legemidler (CMA - Critical Medicines Act). Rådsforordningen er et ledd i komplementeringen av helseunionen, og adresserer sårbarhetene som covid-19 pandemien la for dagen når det kommer til produksjon av medisinsk utstyr i Europa. Europakommisjonen foreslår en rekke tiltak for å styrke den økonomiske sikkerheten – herunder forsyningssikkerheten – i Europa. [CMA fokuserer dessuten på medisinene på listen som ble introdusert i 2023 og oppdatert i desember 2024, over legemidler som EU identifiserer som kritiske.](#)

19. mars 2025 kom først utredningen fra Europakommisjonen og utenrikssjefen for EU om hvordan bygge et robust europeisk forsvar innen 2030. Den 26. mars kom [strategien for en europeisk beredskapsunion](#), inkludert en handlingsplan med frister for når delmålene bør være nådd. I den sistnevnte strategien viste Europakommisjonen til sårbarhetene som pandemien la for dagen, samt budskapet i Niinistö-rapporten om viktigheten av å styrke Europas militære og sivile beredskap. Strategien identifiserer tre svakheter i EUs beredskapsrammeverk:

1) EUs krisehåndteringsmekanismer er i for stor grad reaktive snarere enn proaktive (som Kommisjonen mener de burde være), og risikovurderinger er for lite integrert med hverandre; 2) EUs «verktøykasse» for krisehåndtering er spredt over flere institusjoner, tjenester og byråer og heftes av sektorielle og grensekryssende koordinerings-problemer; og 3) de eksisterende strukturene og mekanismene på EU-nivå er begrenset skalert og har begrensede ressurser. Med utgangspunkt i disse svakhetene utleder strategien tre grunnprinsipper for beredskapsunionen:

- **Integrert «alle-trusler» («all-hazards») tilnærming** som favner om hele spekteret av menneskeskapte og naturskapte kriser og bringer sammen alle tilgjengelige virkemidler.
- **Helhetlig styringstilnærming («whole-of-government»)** som bringer sammen alle relevante aktører (sivile og militære) på tvers av alle styringsnivåer (lokalt, regionalt, nasjonalt, EU) og som fremmer samarbeid, koherens og ressursdeling.
- **Helhetlig samfunnstilnærming («whole-of-society»)** som fremmer en kultur for beredskap og motstandsdyktighet som er inkluderende og involverer borgere, lokalsamfunn, sivilsamfunn, bedrifter, så vel som vitenskapelige fellesskap.

Samtidig med at beredskapsstrategien ble publisert 26. mars startet også implementeringen av Helsedataforordningen. En viktig del av dette er en gradvis klargjøring av det europeiske helsedataområde (EHDS) for aktivering fram mot mars 2029. EHDS er en sentral komponent av Helseunionen og

vurderes som EØS-relevant av norske myndigheter (jf. EØS-notat 2.7.25). EHDS skal gjøre det lettere for EU/EØS-borgere å benytte seg av pasientrettighetene sine på tvers av landegrensene i EU/EØS-området. Det vil blant annet bli lettere å dele elektroniske helsedata mellom helsetilbydere fra de ulike medlemslandene. Videre innebærer EHDS en nedbygging av flere av barrierene for deling av data om sykdomstilfeller som de europeiske smitteovervåkingsprogrammene bygger på. Gevinsten er at risikovurderingene som gjøres med grunnlag i data fra disse overvåkingsprogrammene, blir enda mer presise.

Den 9. juli 2025 kom Europakommisjonen med ytterligere to initiativer som har direkte relevans for helse-, og beredskapsunionen: [strategien for medisinske mottiltak](#) ved den neste helsekrisen og [strategien for beredskapslagring for kriser](#). Det førende prinsippet for begge disse strategiene er proaktivitet. Målsettingen i førstnevnte strategi er å styrke EUs beredskap for den neste helsekrisen uavhengig av opprinnelsen den måtte ha – fra naturskapte smitteutbrudd og pandemier til menneskeskapte biosikkerhetstrusler og konflikter. En skal til enhver tid ha sikker tilgang til og tilgjengelighet av medisinske mottiltak. I strategien for beredskapslagring for kriser konkretiseres dette på grunnlag av de overordnede målene om å: 1) forbedre tilgangen til essensielle goder under alle omstendigheter; 2) forbedre samhandlingen mellom lagringssystemer på nasjonalt og EU-nivå gjennom hele lagringssyklusen – dvs. planleggings-, innkjøps-, forvaltnings-, og distribusjonsfasen; 3) sikre den materielle beredskapen, som vil si at essensielle goder skal være klare («readiness»), tilgjengelige («availability») og mottakelige («accessibility»)

som del av en effektiv respons på kriser og konflikter; og 4) støtte opp under EUs strategiske autonomi ved å redusere avhengigheter og sårbarheter og styrke EUs produksjon av essensielle goder.

Europakommisjonen skisserer syv fokusområder for å styrke arbeidet med beredskapslagring på EU-nivå:

1. Bedre koordinering mellom medlemslandene og med EU
2. Fremsynthet, forutanelse, og strategisk planlegging
3. Strategisk lagring på EU-nivå for å utbedre manglene i eksisterende lagre
4. Styrking av en robust og kompatibel transport- og logistikkinfrastruktur
5. Bedre sivil-militært samarbeid
6. Styrking av offentlig-privat samarbeid
7. Internasjonalt samarbeid og ekstern innsats

Under punkt 7 trekkes Norge eksplisitt frem som ett av landene EU bør styrke samarbeidet om kriseberedskap med – eksemplifisert med helsekriser. Norge deltar i flere av EUs krisehåndteringsmekanismer, herunder EUs ordning for sivil beredskap. Dermed er det naturlig å se for seg at norske myndigheter også blir invitert med i de nye beredskapssatsningene som EU er i ferd med å etablere. Det er imidlertid ingen garanti for at Norge får delta da det til syvende og sist avhenger av at EU og EUs medlemsland aksepterer norsk deltakelse. Det er videre ingen garanti for at nye satsinger blir tatt inn som del av EØS-avtalen. Dette tilsier at norske myndigheter i denne situasjonen må vurdere ulike virkemidler, fra argumenter for EØS-

relevansen av nye tiltak til forhandlinger om alternative tilknytningsformer på siden av EØS-avtalen.

Endret trusselbilde og EUs styrking av helsesamarbeid og helseberedskap: implikasjoner for Norge

Erfaringene fra større kriser og endringer i verdenssituasjonen de siste årene har endret måten å tenke beredskap og krisehåndtering på i Europa. Dette har tre viktige implikasjoner for Norge.

For det første, de seneste årenes kriser legger for dagen kritiske sårbarheter i Norges forsyningssikkerhet og beredskap. Dette er med på å aktualisere betydningen av europeisk samarbeid. Erfaringene med større kriser har også beredt grunnen for flere systematiske kartlegginger og vurderinger (NOUer, Stortingsmeldinger, m.m.) av Norges evne til å beskytte folks liv og helse stilt opp imot scenarier som for få år tilbake var å regne som lite realistiske. Dette dreier seg blant annet om tilstrekkelig produksjonskapasitet, tilgang til medisiner og medisinsk utstyr, trygge transport- og distribusjonssystemer, tilgang til arbeidskraft og spesialkompetanse i helsesektoren, og sikker og tilstrekkelig tilgang til kritiske matvarer og innsatsfaktorer i matindustrien. Risikovurderinger knyttet til importavhengighet og forsyningslinjer, kost/nytte vurderinger av det å bygge opp nasjonale beredskapslagre og nasjonal produksjonskapasitet, og muligheter for kompensierende tiltak gjennom nordisk samarbeid, er relevante tiltak i denne sammenhengen.

For det andre, norske og europeiske kriseerfaringer styrker behovet for å se og vurdere helsepolitikken i sammenheng med andre politikkområder, som forsvarspolitik, industri- og næringspolitikk, klima- og miljøpolitikk, og utenriks- og sikkerhetspolitikk. Det blir stadig viktigere at myndighetene i tråd med dette vurderer styrkingen av helseberedskapen innenfor rammen av totalforsvaret og totalberedskapen. Mulighetene for å gjøre bruk av teknologi og ressurser – økonomiske så vel som menneskelige – på tvers av samfunnssektorer blir en viktig del av det å styrke helseberedskapen (og totalberedskapen).

Dette krever igjen at norske myndigheter sørger for koordineringsmekanismer mellom ulike sektorer og styringsnivåer – på politisk-strategisk nivå i regjeringen, på operasjonelt nivå i departementer og direktorater, og på taktisk nivå i utførende ledd, som på sykehus og i kommunehelsetjenesten. I Norge blir dette behovet for koordinering ekstra utfordrende fordi sentralforvaltningen har en «silo-organisering» med sektorielle organisatoriske skillelinjer og klart spesifiserte sektoransvar (jf. prinsippet om minister-ansvar, der hver enkelt statsråd står konstitusjonelt ansvarlig for «sin» sektor).

For det tredje, Europakommisjonen identifiserer et behov for å videreutvikle og styrke helsesamarbeidet mellom medlemslandene – også på områder der Norge ikke automatisk har tilgang. EU har tatt en rekke initiativ for å styrke kapasiteten for beredskap og kriserespons på EU-nivå. Gjennom EØS-avtalen er Norge sikret deltakelse på enkelte av disse områdene. Covid-19 pandemien viste imidlertid at avtalen ikke garanterer tilgang til alt samarbeid, som for eksempel felles

vaksineanskaffelser som finansieres over EU-budsjettet. Noen av utfordringene er politiske og kan springe ut dels av en skepsis til det å gi ikke-medlemmer full tilgang til EU-samarbeid, og dels solidaritetstankegangen i EU med forventninger om gjenytelser for slik tilgang. Andre utfordringer er juridiske og ses i sammenheng med at deler av det nye EU-samarbeidet om helseberedskap og kriserespons, blant annet vaksineanskaffelser, er basert på traktatbestemmelser (som artikkel 122) som kun gir rettigheter til medlemsland og som ikke er del av EØS-avtalen. Gitt ambisjonen om å knytte

seg så tett som mulig til EUs helsesamarbeid om beredskap og kriserespons, vil det for norske myndigheter være viktig å kombinere forhandlinger om praktiske og juridisk holdbare løsninger med kontinuerlig politisk dialog. Det er videre viktig at myndighetene vurderer behovet for tiltak og tilpasning på helseområdet innenfor en bredere sikkerhetspolitisk kontekst, så vel som behov på andre politikkområder.

Råd

1. Norske helsemyndigheter bør med utgangspunkt i den ustabile og usikre internasjonale sikkerhetssituasjonen, fortsette arbeidet med systematiske kartlegginger og risikovurderinger knyttet til det som tidligere kunne betraktes som urealistiske krisescenarier. Alternative internasjonale samarbeidsordninger bør være en kontinuerlig del av slike kartlegginger.
2. Departementene bør styrke koordineringsmekanismer – på tvers av sektor- og styringsnivåer – som kan sikre at helseberedskapen inngår i den samlede innsatsen rettet mot det å styrke Norges totalberedskap.
3. Regjeringen bør kombinere diskusjoner med EU om praktiske og juridiske løsninger på spørsmål om norsk tilknytning til EUs helseberedskap, med en kontinuerlig politisk dialog som knytter helseberedskapen til en bredere sikkerhetspolitisk kontekst.

Videre lesing

- Anderson et al., (2021) *Navigating the role of the EU Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) in Europe and beyond*. [The Lancet Regional Health – Europe](#)
- Beaussier & Cabane, (2020) *Strengthening the EU's Response Capacity to Health Emergencies: Insights from EU Crisis Management Mechanisms*. [European Journal of Risk Regulation](#)
- Brooks et al., (2023) *EU health policy in the aftermath of COVID-19: neofunctionalism and crisis-driven integration*. [Journal of European Public Policy](#)
- de Miguel Beriain et al., (2015) *The European Union Integrated Political Crisis Response Arrangements: Improving the EU's Major Crisis Response Coordination Capacities*. [Disaster Medicine and Public Health Preparedness](#)
- Deruelle & Engeli, (2021) *The COVID-19 crisis and the rise of the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*. [West European Politics](#)
- de Ruijter, (2019) *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*. [Oxford University Press](#)
- Farsund et al., (2025) *Crisis management in the EU: identifying 'blind spots' in inter-sectoral coordination on AMR*. [Risk, Hazards & Crisis in Public Policy](#)
- Renda et al., (2023) *Improving the Mission, Governance and Operations of the EU HERA*. [Centre for European Policy Studies](#)
- Renda et al., (2023) *Revamping the EU's health security framework to manage future health crises*. [Eurohealth – World Health Organization](#)
- Time & Veggeland, (2022) *Europeisk helsesamarbeid etter covid-19 pandemien*. [Norsk utenrikspolitisk institutt \(NUPI\)](#)
- Veggeland, (2025) *EUs helsepolitikk: indre marked, beredskap og kriserespons*. [Universitetet i Oslo](#)