

Indledning

Dette er sammenfatningen af bogen: "Public Health and the EU: an overview" (Folkesundhed og EU: et overblik). Hele publikationen fås på nuværende tidspunkt kun på engelsk og kan hentes gratis fra netstedet European Public Health Alliance (<http://www.ephpa.org/>); denne sammenfatning er udgivet på alle EU's sprog og trykt med økonomisk støtte fra Europa-Kommissionen og private fonde.

"Public Health and the EU: an overview" blev første gang udgivet i 1995 som en samling politiske orienteringer, udarbejdet af EPHA. Nu 10 år senere glæder det os at kunne præsentere en opdateret udgave, der henviser til den seneste udvikling i EU's offentlige politik, såsom udkastet til Forfatningen for Europa, det nye Folkesundhedsprogram, og hvordan EU's udvidelse indvirker på sundhedspolitikken.

EPHA's målsætning er at fremme og beskytte sundheden for alle mennesker med bopæl i Europa og at anspore til, at borgere er med til at træffe politiske beslutninger om sundheden på europæisk plan. EPHA har udgivet denne bog som en præsentation af de mange forskellige aktiviteter i den Europæiske Union (EU), der påvirker folkesundheden. Hensigten er at informere lokale, nationale og europæiske organisationer om de muligheder og udfordringer, som EU byder på i forhold til folkesundheden. Vi ser dette som en forudsætning for at udvide og styrke civilsamfundets involvering og engagement i den politiske beslutningsproces. Yderligere understreges den afgørende rolle, som ikke-statslige organisationer har i forhold til at bygge bro mellem borgere og beslutningstagere og fungerer dermed som en modvægt til kapitalmagten.

Dette dokument kommer ind på EU's igangværende aktiviteter (i 2007) på følgende områder:

- Den Europæiske Unions sundhedsstatus, inklusive udvidelsens påvirkninger.
- De væsentligste instrumenter, der findes på EU-plan til at påvirke problemstillinger vedrørende folkesundheden.
- EU's andre politiske områders (indre marked, landbrug, miljø, forskning, sundhed og sikkerhed på arbejdet osv.) indvirkning på folkesundheden.
- Forholdet mellem patientmobilitet og udviklingen inden for sundhedssystemet, og hvordan det kan føre til tættere samarbejde og koordinering i EU.
- Udvekslingen af data om sundhed og udviklingen af god praksis.
- Vigtigheden af sundhedsfaktorer som ernæring, fysisk aktivitet, alkohol, tobak, narkotika, mentalhygiejne og skader.
- Smitsomme sygdommes indvirkning på EU's agenda, og hvordan nye sygdomstrusler, f.eks. SARS og fugleinfluenza, har understreget behovet.
- Vigtigheden af medicinalvarer og lægemidler for europæiske borgere og økonomien, og hvordan overvejelser vedrørende pris, konkurrence og sikkerhed præger den overordnede folkesundhedspolitik.



Folkesundhed

Publikationen indeholder en kort præsentation af forskellige koncepter inden for folkesundhed med en kort beskrivelse af folkesundhedsbevægelsens oprindelse og dens største bedrifter.

Mennesker udsættes overalt og livet igennem for en næsten uendelig række helbredsrisici, hvad enten det drejer sig om smitsomme eller ikke-smitsomme sygdomme, skader, forbrugerprodukter, vold eller naturkatastrofer. Ingen risici sker isolerede: Mange bundes i komplekse og interagerende forhold, der strækker sig over lange tidsrum.¹ Folkesundhed handler i princippet om at skabe betingelserne for et sundt samfund.

Folkesundhed kan derfor defineres som en befolknings "objektive og målbare" sundhed, de enkelte borgers forventede levetid, og i hvilken udstrækning de er sygdomsfri. Det er dog en temmelig begrænset definition. Vaccination og bedre screening har påvirket folkesundheden, men politik inden for andre områder, såsom bedre boliger, rent drikkevand, kloakeringssystemer, sikre fødevarer, uddannelse osv. har haft endnu større indflydelse.

En mere nuanceret definition af folkesundhed gengives i Winslows klassiske definition fra 1920:

Folkesundhed er videnskaben og kunsten at forebygge sygdomme, forlænge livet og forbedre fysisk sundhed og effektivitet via en organiseret samfundsindsats for kloakering af miljøet, kontrol af infektioner, der spredes via samvær med andre, den enkeltes uddannelse i principperne for personlig hygiejne, organisering af læge- og sygeplejerskehjælp til tidlig diagnosticering og forebyggende sygdomsbehandling, samt udviklingen af hele det samfundsmaskineri, der sikrer, at hver enkelt i samfundet får en levestandard, der er tilstrækkelig til at vedligeholde sundheden².

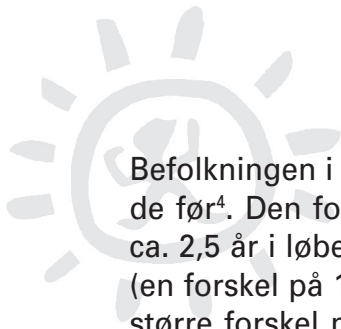
Ovennævnte definition inddrager vigtige problemstillinger, såsom forebyggelse af sygdomme og fokus på den overordnede levestandard og livskvalitet, hovedtemaerne i nutidens folkesundhedspolitik, inklusive den tilgang, der er vedtaget på EU-plan.

Sundhed er desuden en menneskeret, som det anføres i den universelle menneskerettighedserklæring³.

Folkesundhed er meget mere end grundlæggende lægehjælp. Folkesundhed, og ikke kun investering i grundlæggende medicinsk behandling, bør være enhver regerings kerneopgave, så borgernes sundhed og velfærd forbedres og fremmes.

Europas sundhedsstatus

Bogen "Public Health and the EU: an overview" fortsætter dernæst med et kapitel om den europæiske befolknings sundhedstilstand.



Befolkningen i EU lever længere og har et generelt bedre helbred end nogen sinde før⁴. Den forventede levetid i Vesteuropa er steget støt siden 1950'erne med ca. 2,5 år i løbet af hvert årti. Den forventede levetid i EU-25 varierer fra 66-78 år (en forskel på 12 år) for mænd og 76-84 år (en forskel på 8 år) for kvinder. Der er større forskel mellem EU's lande, hvad angår forventet sundt liv, end der er for forventet levetid. Forventet sundt liv er 57-75 år (18 år) for kvinder og 54-71 år (17 år) for mænd⁵.

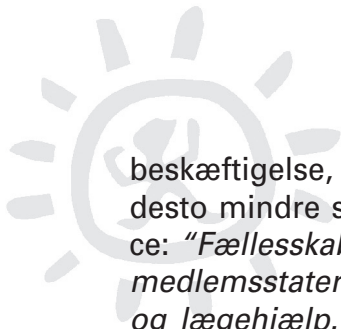
De fleste prognoser går ud fra, at denne sundhedsmæssige forbedring fortsætter. Livsstilsrelaterede sygdomme øger dog faren for, at den forventede levetid udjævnes. Risikofaktorer, såsom rygning, fedme, manglende fysisk aktivitet, stort alkoholforbrug, skader og ulykker, er årsag til for tidlig død og kroniske sygdomme. Der er en tydelig forbindelse mellem kost, livsstil og sundhed⁶. Ikke-smitsomme sygdomme udgør over 87% af EU's samlede sygdomsbyrde⁷. Heraf udgør sindslidelser 27%. I 1999 stod sindslidelser bag mere end 40% af invalidepensionerne i Finland og 25% i Portugal. Hjerter-karsygdomme er i øjeblikket den største enkelte dødsårsag i EU⁸. De står for ca. 40% af alle dødsfald blandt begge køn. De er også en væsentlig årsag til dårligt helbred i Europa. Fedme og diabetes type 2 udviser foruroligende tendenser, ikke alene fordi de berører en større del af befolkningen, men også fordi de nu ses tidligere i livet. I år 2000 mistede den Europæiske Union hele 158 millioner arbejdsdage, hvilket svarer til gennemsnitligt 20 dage for hver ulykke⁹. Desuden kan smitsomme sygdomme og pandemier nu spredes hurtigere tværs over landegrænserne på grund af den øgede mobilitet.

Heldigvis kan de mest udbredte årsager til for tidlig død forebygges, eftersom de væsentligste risikofaktorer er adfærdsmæssige og kan påvirkes via effektiv brug af velkendte og praktisk mulige indgreb i folkesundheden. De fleste risici forbindes imidlertid med fattigdom¹⁰.

Ovennævnte skitse, som forklares mere udførligt i publikationen, viser et Europa med mange kontraster. Vi kan observere, at der er sket bemærkelsesværdige forbedringer af folkesundheden i forhold til de foregående årtier, så store befolkningsgruppers livskvalitet er blevet meget bedre. Der er dog store forskelle imellem landene og i de enkelte lande. De potentielle fremskridt en effektiv folkesundhedspolitik stadig kan nå er betydelige.

Dannelsen af en selvstændig europæisk sundhedspolitik

Den nye udgave af bogen "Health in the EU: an overview" anerkender, at problemstillinger vedrørende sundheden rykker opad på Europas politiske agenda. Artikel 152 i traktaten om oprettelse af det Europæiske Fællesskab anfører, at: "omfattende beskyttelse af menneskers sundhed skal sikres i definitionen og implementeringen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter." Sundheden er i dag blevet ikke blot et særskilt og klart afgrænset politisk område, men også et vigtigt aspekt på andre politiske områder, eksempelvis inden for landbrug, miljø,



beskæftigelse, konkurrence, forbrugerbeskyttelse osv. Sundhedssystemet er ikke desto mindre stadig i princippet en sektor med national frem for EU-kompetence: *“Fællesskabets handlinger på området folkesundhed skal fuldt ud respektere medlemsstaternes ansvarsområder for at organisere og levere sundhedstjenester og lægehjælp.”*¹¹ Efterhånden som sundhedstruslerne udvikler sig på tværs af landegrænserne i en voksende Union, kommer EU imidlertid til at spille en stadig større rolle med at fremme og koordinere sundhedsløsninger for alle Unionens borgere, især med fokus på sygdomsforebyggelse, overordnet beredskab og hurtig reaktion over for potentielle farer. Som inden for ethvert andet politisk område udvikles Europas offentlige sundhedspolitik, så ansvarsområderne deles mellem Rådet, Europa-Parlamentet og Kommissionen.

Følgende er en sammenfatning af, hvordan de europæiske institutioner deler ansvarsområderne og indflydelsen, sådan som det beskrives i den uforkortede publikation:

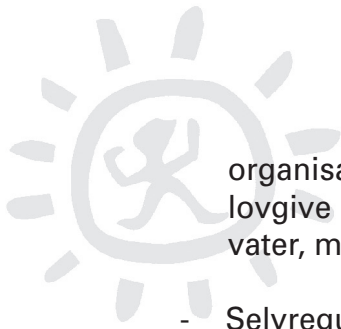
Rådet for den Europæiske Union er EU's vigtigste beslutningstagende myndighed. Det repræsenterer EU's medlemsstater og består derfor af én repræsentant fra regeringen i hvert land i EU. Rådets akter kan udformes som juridisk bindende forordninger, direktiver, forslag til frivillige fællesaktioner, fælles holdninger, anbefalinger, konklusioner eller meninger.

Europa-Parlamentet er den europæiske myndighed, der direkte repræsenterer medlemsstaternes befolkning. Den giver udtryk for Unionsborgernes demokratiske vilje og repræsenterer deres interesser i diskussioner med andre institutioner inden for EU. Europa-Parlamentet har 3 grundlæggende magtinstanser: Lovgivende magt, budgetmæssig magt og tilsynsførende magt.

Europa-Kommissionen er designet til at være en politisk uafhængig institution, der repræsenterer og opretholder EU's interesser som helhed. Den er drivkraften inden for EU's institutionssystem, og den har ret til at fremsætte forslag til Rådet og Parlamentet.

På området for folkesundhed afspejles denne opbygning i følgende arrangementer: Europa-Kommissionens Generaldirektorat for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse (DG SANCO) blev oprettet i 1999. Hovedkontoret ligger i Bruxelles, men det offentlige sundhedsdirektorat er delt mellem Bruxelles og Luxembourg. Direktoratet har et personale på ca. 700, hvoraf 120 har ansvaret for folkesundhed. Andre generaldirektorater dækker sundhedssager inden for deres jurisdiktion (udførligt beskrevet i den uforkortede publikation). DG SANCO's overordnede målsætning er: *“Sammen med medlemsstaterne søger den Europæiske Union at beskytte og fremme borgernes sundhed.”* Denne opgave med at *“beskytte og fremme”* er blevet fortolket på forskellige måder; de vigtigste former for styring er i øjeblikket følgende:

- Lovgivning og forordninger - den retslige kompetence vedrørende folkesundhed blev styrket under artikel 152 i Amsterdamtraktaten. EU's mandat til at vedtage folkesundhedspolitik er begrænset. Medlemsstaterne vedtager stadigvæk de foranstaltninger, der skal regulere sundhedsvæsenets



organisation og levering på nationalt plan. EU har dog en specifik ret til at lovgive om blod, organer og væv (blodets sikkerhed og kvalitet, blodderivater, menneskevæv og -celler, der anvendes til medicinsk behandling).

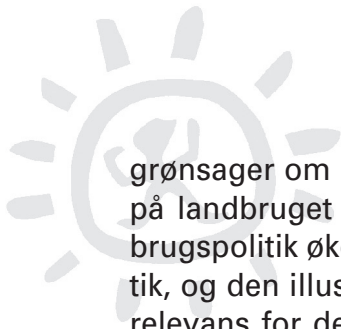
- Selvregulering og frivilligt samarbejde (åben koordineringsmetode) – der er sket et skred væk fra juridisk bindende instrumenter (dvs. forordninger og direktiver) mod alternative reguleringsmetoder, såsom medregulering og selvregulering foretaget af de pågældende sociale og økonomiske aktører. Derved forventes det, at omkostningerne reduceres og effektiviteten øges. Medregulering og frivillig selvregulering kan udformes på mange måder, f.eks. via frivillige aftaler, adfærdsregler, chartre, retningslinjer, harmoniserede standarder osv. Denne tilgang – der i nogle tilfælde kaldes den åbne koordineringsmetode (Open Method of Co-ordination, OMC) – bliver mere og mere fremherskende som statsstyremetode i den Europæiske Union. I modsætning til den sædvanlige strengt retslige tilgang, søger den at koordinere i stedet for at harmonisere landenes politik. Den forpligter medlemsstaterne til at samarbejde om at nå fælles mål, mens landenes legitime forskellighed respekteres.
- EU's finansieringsarrangementer, såsom Fællesskabets handlingsprogram for folkesundhed 2003-2008¹² (med et budget på 312 millioner euro) og de informationskampagner, EU har påbegyndt, som "Hjælp til et liv uden tobak", kan ses som støtte til disse retslige og frivillige tiltag.

Den uforkortede publikation anerkender, at EU ikke skal gentage medlemsstaternes bestræbelser, men sørge for merværdi ved at fokusere på aktiviteter, såsom at overvåge sundhedsstatistikkerne i hele EU, dele god praksis mellem medlemsstaterne og sørge for fora til offentlig dialog og informationsudveksling.

Sundhed inden for andre politiske områder i EU

EU har en lang række offentlige politikker, der har indflydelse på sundheden; særligt det indre marked, landbrug, miljø, forskning, forbrugerbeskyttelse, sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen osv. EU's kompetencer vedrørende sundheden er temmeligt begrænsede, og derfor er det af afgørende betydning at bruge alle tilgængelige redskaber inden for andre politiske områder til at forbedre befolkningens sundhed og trivsel. Følgende er en sammenfatning af den offentlige politik, der har indflydelse på sundheden; der er udførlige oplysninger i den uforkortede publikation.

Landbrugspolitikken – Landområderne dækker 90% af EU's areal, og ca. 50% af befolkningen bor her. Den fælles landbrugspolitik (CAP) er et system, der støtter landmænd. Hensigten er, at det skal erstatte nationale støtteordninger, så det sikres, at et produkt produceres på lige fod i alle medlemsstaterne. CAP er blevet kritiseret for at udnytte støtteordningerne på en ineffektiv måde, da den bruger 50% af EU's budget og skader folkesundheden ved at støtte tobaksdyrkning, alkoholproduktion samt ved at tage initiativ til destruktion af 1 million ton frugt og



grønsager om året. Der er også rettet stærk kritik mod dens negative indflydelse på landbruget i udviklingslandene¹³. Der er ingen tvivl om, at den fælles landbrugspolitik økonomisk set hidtil har været tungtvejende i EU's overordnede politik, og den illustrerer flere dilemmaer inden for folkesundhedspolitikken og dens relevans for de økonomiske målsætninger. Efterhånden som der bliver flere og flere livsstilsrelaterede sygdomme, er det nødvendigt, at den fælles landbrugspolitik virkninger vurderes omhyggeligt.

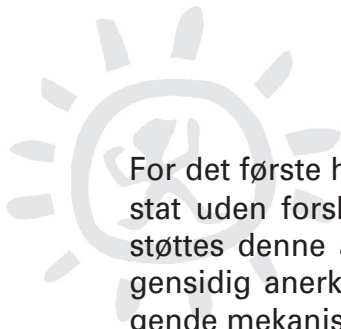
Sundhed og miljø – Sundhed er en vigtig del af EU's miljøpolitik. De vigtigste indgrebsområder er udendørs og indendørs luftforurening, støj, indendørs miljø og boligforhold, vandpolitik, elektromagnetiske felter, stråling og kemisk eksponering. Virkningen af disse faktorer sættes i forbindelse med mange sundhedsproblemer, deriblandt dårlig hørelse, søvnforstyrrelser, stress med deraf følgende forhøjet blodtryk og andre kredsløbssygdomme, hud- og andre kræftformer, åndedrætssygdomme og medfødte defekter. Samspelet mellem miljø og sundhed er meget tættere og mere kompliceret, end der er almindelig forståelse for¹⁴.

Forskning – Forskning, der er gjort på EU-plan, er blevet kritiseret for at være for begrænset, splittet og uden klar og tydelig fokus. For at tackle problemet foreslog Kommissionen i 2000, at man oprettede det europæiske forskningsområde (European Research Area, ERA)¹⁵. EU's regeringer har forpligtet sig til at øge den andel af bruttonationalproduktet, som den private og offentlige sektor investerer i forskning fra niveauet i 2000 på 1,9% og op til 3% senest i 2010. Det 7. rammeforskningsprogram (FP7)¹⁶ har fået et betydeligt større budget - € 73 milliarder, der skal bruges over 7 år via 4 meget vigtige programmer: Samarbejde, idéer, mennesker og kapaciteter. Sundhed er ét af de 9 temaer, der indgår i alle 4 programmer.

Udviklingshjælp og sundhed, det globale perspektiv – Alverdens lande og udviklingsinstitutioner er – via de Forenede Nationer – blevet enige om 8 udviklingsmålsætninger for dette årtusinde. Disse målsætninger omfatter mange forskellige problemstillinger, såsom en halvering af ekstrem fattigdom, at standse spredningen af HIV/AIDS og at sørge for grundskoleuddannelse til alle. Udviklingshjælp repræsenterer en vigtig og iøjnefaldende del af EU's udgifter til global sundhed (EU er den største globale bidragsyder på dette område, som giver ca. 55% af al nødhjælp og 65% finansieringshjælp, til trods for at EU stadig bruger mindre på nødhjælp, end det har lovet at gøre). Dette billede skal dog også gøres op i forhold til den indvirkning, anden politik har på den globale sundhed, især den fælles landbrugspolitik og det indre marked.

Pression for europæiske sundhedsløsninger – udvikling inden for patientmobilitet og sundhedssystemet

“Public Health and the EU: an overview” indeholder også et kapitel om bestemmelse af sundhedspleje. Til trods for at det er et nationalt ansvarsområde. Europas sundhedssystemer er af flere årsager ved at blive mere sammenkædede.



For det første har enhver EU-borger ret til at bo og arbejde i en anden medlemsstat uden forskelsbehandling på grund af nationalitet. For sundhedspersonale støttes denne almindelige rettighed via et sæt forordninger, der skal sørge for gensidig anerkendelse af kvalifikationerne. Direktiv 2005/36/EC¹⁷ har fastsat følgende mekanismer:

- Harmonisering af uddannelseskrav, der muliggør automatisk anerkendelse af faglige kvalifikationer (det gælder læger, sygeplejersker, tandlæger, jordmødre, dyrlæger, farmaceuter og arkitekter)¹⁸.
- Et "almindeligt anerkendelsessystem" gælder for alle andre professioner. Dette system skitserer de grundlæggende rettigheder, borgerne nyder godt af på området for professionel mobilitet, og det specificerer medlemsstaternes forpligtelser¹⁹.

Sektordirektiverne for traditionelt sundhedspersonale har eksisteret siden midten af 1970'erne. Andre, der giver sundhedspleje, har et mindre gennemskueligt system til anerkendelse af kvalifikationer (som professioner, der hører ind under supplerende og alternativ medicin). Direktivet fra 2005 havde som ét af sine mål at gøre anerkendelse af kvalifikationer enklere og mere gennemskuelig.

For det andet krydser patienterne nu grænserne, når de søger bedre behandling. Patienter kan vælge at blive behandlet i udlandet i henhold til Fællesskabets forordning 1408/71. To betydningsfulde domme fra Europadomstolen²⁰ i maj 1998 har implikationer for sundhedssystemets organisation. Europadomstolen har bekræftet, at borgerne frit kan søge lægebehandling i en anden medlemsstat. De kan også få den godtgjort, forudsat bestemte betingelser er indfriet. Ifølge forordning 1408/71, kan man, hvis man opholder sig i en anden stat end sin egen – i forbindelse med rejser, studier, en ansættelse eller for at søge arbejde – og tilfældigvis får brug for sundhedsvæsenet, desuden blive behandlet på samme grundlag som de mennesker, der er forsikret i det land. Efter den 1. juni 2004 kan man dokumentere, at man er berettiget hertil med det europæiske sygesikringskort, der erstattede de tidligere papirformularer, især E111 (COM 2004).

For det tredje har patientmobiliteten konsekvenser for sundhedssystemet og lægehjælp både i det land, hvor patienten er forsikret, og i det land, hvor patienten behandles. Kommissionen er i færd med at udarbejde en EF-rammeaftale for et sundhedsvæsen, der er sikkert, effektivt og kvalitetssikret, hvilket skal ske ved at styrke samarbejdet mellem medlemsstaterne og sørge for, at der er sikkerhed i EF-lovens anvendelse i forbindelse med sundhedssystemet.

En forudsætning for EU's sundhedspolitik - sundhedsoplysning

Sundhedsoplysning er vigtig for at kunne sammenligne medlemsstater og regioner, og dermed informere og styre sundhedspolitikken på nationalt og europæisk plan. Ajourførte kvalitetsinformationer om sundhedsstatus er en forudsætning for at udvikle en effektiv folkesundhedspolitik.



Europa-Kommissionen ønsker at fremstille et sæt sundhedsindikatorer, der giver koncise og sammenlignelige oplysninger om befolkningens sundhed og adfærd, der vedrører sundheden. Arbejdet med sundhedsindikatorerne koordineres via rådgivende ekspertgrupper med ansvar for forskellige dele af det, der skal blive et system til at overvåge sundheden. Ekspertgrupperne er oprettet inden for følgende områder: Morbiditet og dødelighed, ulykker og skader, mentalhygiejne, livsstil og andre sundhedsfaktorer, sundhed og miljø, sundhedssystemer og sundhedsindikatorer for det Europæiske Fællesskab.

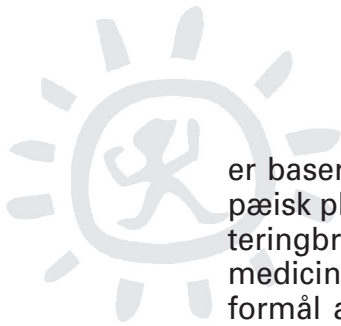
Disse aktiviteter skal forbedre dataenes kvalitet og sammenlignelighed, så det bliver lettere at få adgang til og lave en bedre analyse af de tilgængelige oplysninger. Målsætningen er i sidste ende at udvikle et EU-system med sundhedsoplysninger og -viden, som er helt tilgængelig for europæiske eksperter og offentligheden i almindelighed.

Fokus på EU's sundhedspolitik - sundhedsfaktorer

Der findes 7 risikofaktorer – alle ikke-smitsomme sygdomme – som er skyld i størstedelen af sygdomsbyrden i WHO's europæiske region. De er følgende: Højt blodtryk, rygning, skadelig og farlig brug af alkohol, højt kolesteroltal, overvægt, for lidt indtagelse af frugt og grønt og manglende fysisk aktivitet. Ikke-smitsomme sygdomme kan i vid udstrækning forebygges. Op til 80% af tilfælde med sygdomme i hjerteskransårer og op til 90% af dem med diabetes type 2 kan undgås via livsstilsændringer. Sund kost, opretholdelse af normal vægt og mere fysisk aktivitet kan eksempelvis reducere kræft med en tredjedel. Følgende faktorer er de vigtigste, og EU-institutionernes konkrete handlinger på disse områder beskrives udførligt i den uforkortede publikation.

Ernæring og fysisk aktivitet – Forholdet mellem kost, livsstil og sundhed er blevet videnskabeligt fastslået, især den rolle som kost og livsstil spiller som faktorer i forbindelse med kroniske ikke-smitsomme sygdomme, såsom fedme, hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes type 2, for højt blodtryk og knogleskørhed²¹. Europa-Kommissionen har taget flere skridt for at tackle disse udfordringer for folkesundheden:

- Rådets konklusioner er blevet vedtaget – eksemplerne er her sund livsstil i 2003, bedre hjertesundhed i 2004 og diabetes i 2006.
- Det europæiske netværk vedrørende ernæring og fysisk aktivitet blev oprettet i 2003 og består af eksperter, som medlemsstaterne har udpeget.
- I Juni 2007 forventes en sammenhængende og omfattende strategi for Fællesskabet vedrørende ernæring, fysisk aktivitet og fedme. Den baseres på grønbogens råd: "Fremme af sunde kostvaner og fysisk aktivitet: En europæisk dimension til forebyggelse af overvægt, fedme og kroniske sygdomme". Den forventes at omfatte, at ernæring og fysisk aktivitet bliver gennemgående i al relevant politik på kommunalt, regionalt, nationalt og europæisk plan, og at de fornødne støttemiljøer oprettes.
- Som et eksperiment har Kommissionens tjenester åbnet et forum kaldet "Kost, fysisk aktivitet og sundhed – en europæisk handlingsplatform", som



er baseret på erfaringerne fra "rundbordssamtalen om fedme". På europæisk plan har relevante aktører (detailhandlere, fødevarereproducenter, cateringbranchen, reklamebranchen, NGO'er for forbrugere og sundhed, de medicinske professioner osv.) mødtes regelmæssigt siden 2005 med det formål at identificere og aftale konkrete aktioner, der kan medvirke til at standse eller endda vende de nuværende fedmetendenser.

- Et vigtigt formål er ligeledes at sørge for, at potentielle partnere kender alle fedmerelaterede initiativer, så politik og aktioner hænger bedre sammen.
- EU prioriterer også fødevarerikkerhed. EFSA (European Food Safety Agency) blev oprettet i 1996 for at tage sig af sundhedstrusler fra fødevarerforsyningen, og Europa-Kommissionen har udvidet dets mandat til at omfatte ernæring.

Alkohol – Alkoholindtagelse øger risikoen for at få mere end 60 forskellige typer sygdomme og lidelser. Alkoholens negative samfundsvirkninger er også væsentlige. De strækker sig fra almindelige sociale gener til vold i hjemmet, flere tilfælde af brand, drukne- og trafikulykker, vanrøgt af børn, forbrydelser og mord. Det anslås at ca. 55 millioner voksne i EU drikker så meget, at det er skadeligt, og de 23 millioner anses for at være alkoholikere.

Nogle af den Europæiske Unions hidtil vedtagne direktiver vedrører: Alkoholbeskatning, en anbefaling vedrørende unges alkoholindtagelse (2001) og direktivet "Fjernsyn uden grænser" (direktiv 89/552/EEC), som forudsiger begrænsninger på alkoholreklamer. I oktober 2006 vedtog Europa-Kommissionen en omfattende alkoholstrategi, der skal hjælpe medlemsstaterne med at reducere alkoholrelaterede skader i Europa²². Europa-Kommissionen vil senest i juni 2007 have oprettet et alkohol- og sundhedsforum, som skal samle eksperter fra forskellige organisationer med interesse i spørgsmålet, inklusive NGO'er, drikkevarebranchen og detailhandlere. Repræsentanter fra medlemsstaterne og andre institutioner og agenter i EU mødes også i en særlig rådgivende komité. Dette forums overordnede målsætning er at støtte, skaffe oplysninger for og overvåge implementeringen af den strategi, der skitseres i meddelelsen.

Tobak – Forhindring af rygning har i årevis stået på agendaen for sundhedseksperter, politikere, NGO'er, medlemsstater og Europa-Kommissionen. Alligevel ryger ca. en tredjedel af Europas voksne befolkning. Det anslås, at tobak årligt dræber ca. 650.000 europæere, dvs. 1 ud af 7 af alle dødsfald i hele Europa. Rygning skader næsten hvert eneste organ i menneskekroppen og forårsager mange forskellige sygdomme. Halvdelen af alle rygere dør af deres rygning, og dem, der dør som midaldrende, lever i gennemsnit 22 år mindre, og en stor del af dette kortere livsforløb er påvirket af dårligt helbred. Over 13 millioner mere får alvorlige kroniske lidelser på grund af rygning. Passiv rygning dræber mere end 79.000 voksne om året i EU-25.²³ Indsatsen for at reducere tobaksforbruget i EU har omfattet henstillinger og lovgivning, såsom:

- Offentlige steder og arbejdspladsen - I 1989 vedtog EU en resolution, der forbyder rygning på offentlige steder og alle former for offentlig transport.
- Tobaksproduktforordning - I 2001 blev et direktiv, der regulerer tobaksprodukter, gjort til lov.



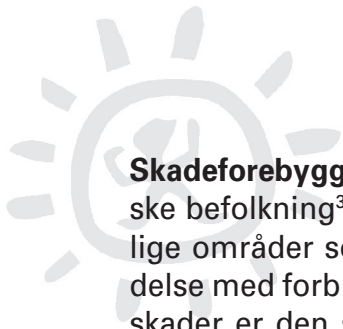
- Europæisk Unions direktiv om tobaksreklamer – I 2003 trådte et direktiv i kraft, der forbyder tobaksreklamer, og det dækker nu reklamer, der krydser landegrænserne og sponsorkab af sport.
- Rammekonvention om tobakskontrol - I 2004 godkendte EU-Rådet WHO's "Framework Convention on Tobacco Control" (FCTC)²⁴.
- Helbredsadvarsler skulle nu fylde mindst 30% af forsiden og 40% af bagsiden på tobaksemballagen.
- Beskatning – Tobak er et stærkt beskattet produkt i de fleste medlemsstater.

Europa-Kommissionen indledte en offentlig konsultation for at finde den bedste måde til at fremme røgfri miljøer i foråret 2007 med grønbogen "Mod et Europa uden tobaksrøg: politiske valgmuligheder på EU-plan"²⁵.

Narkotikaforbrug – Narkotikaforbruget er på et historisk højt niveau – især blandt unge. Der er i dag op til 2 millioner narkomaner i EU, hvilket er et problem²⁶. Landenes narkotikalove har tendens til at lægge mere og mere vægt på at skelne mellem lovovertrædelser, der involverer besiddelse af narko til eget brug og dem, der involverer narkosmugling og -salg. Der er generelt sket et skift mod større straffe for sidstnævnte. Denne udvikling er i tråd med den stadigt større vægt, der i hele Europa lægges på at skaffe flere muligheder for narkoafvænning og være mere opmærksom på indgreb, der sørger for, at narkomanerne kommer ud af retsplejesystemet, så de kan vælge behandling og rehabilitering.

Kommissionen anser **ulovlig brug af narkotika** – og i en vis udstrækning også lovligt narkotikamisbrug – for at være et stort problem for folkesundheden. Indgrebene har fokuseret på forebyggelse via uddannelse og bedre kendskab, men også omfattet begrænsning af risiko/skadevirkning og behandling. Den europæiske tilgang til at tackle Unionens narkotikaproblemer er blevet udviklet via EU's narkotikastrategier (2005 – 2012) og handlingsplaner (2005–2008). I denne model indgår, at der på den ene side skal opnås balance mellem forebyggelse, uddannelse og behandling, og på den anden side skal lovene mod narkotikafremstilling og -smugling håndhæves.

Mentalhygiejne – Ifølge WHO, Verdenssundhedsorganisationen, findes der ingen officiel definition af mentalhygiejne. Kulturforskelle og modstridende faglige teorier spiller alt sammen ind på, hvordan "mentalhygiejne" defineres. Mentalhygiejne er et dagligdags problem, der berører enkeltpersoner, familier, skoler og arbejdspladser. Problemstillingen er af afgørende betydning for Europa, eftersom mentalhygiejniske problemer udgør næsten 20% af sygdomsbyrden²⁷. Den pleje der gives, er dog ofte utilstrækkelig og giver ikke den fornødne hjælp, selv når de mentalhygiejniske problemer er alvorlige. I 2005 forpligtede Europas sundhedsministre sig for første gang til, at mentalhygiejne skulle gøres til en fremherskende del af folkesundhedspolitikken²⁸. I 2006 påbegyndte Europa-Kommissionen en åben konsultation, der var baseret på grønbogen: "Fremme af befolkningens mentalhygiejne. Mod en strategi for mentalhygiejne for den Europæiske Union"²⁹. Den fik mange reaktioner (237)³⁰. Kommissionens tjenester er nu i færd med at udarbejde en meddelelse, der stipulerer en mentalhygiejnisk strategi. Planen er, at den skal vedtages i foråret 2007.



Skadeforebyggelse – Skader fører til mange dødsfald og handicap i den europæiske befolkning³¹. Faren for dødsfald og alvorlige skader er især høj på så forskellige områder som hjemmet, i trafikken, i fritiden, på arbejdspladsen og i forbindelse med forbrugerprodukter og -tjenester. Det anslås, at utilsigtede og tilsigtede skader er den største årsag til død og kroniske handicap blandt børn, unge og voksne op til 45 år, hvilket bevirker tab af mange leveår med godt helbred og produktivitet på arbejdsmarkedet. Blandt mennesker, der er over 65 år, er skader en væsentlig årsag til dødsfald og handicap, og de svækker ofte deres helbred så meget, at de dør af dem.

Europa-Kommissionen har taget flere initiativer til at starte indgreb for at reducere hyppigheden af utilsigtede og tilsigtede dødsfald og skader ved at samarbejde med flere generaldirektorater på områderne for transport, arbejdspladser, mentalhygiejne, vold, alkohol og børns sundhed. Mere end 80 projekter, der specifikt skal fremme skadeforebyggelse, har været gennemført i perioden 1999-2002³². Der kan dog stadig gøres noget mere effektivt, ikke mindst ved at blåstemple dokumenteret god praksis, der er offentliggjort, og som har vist sig at reducere antallet af skader. Europa-Kommissionen vedtog også i juni 2006 "Meddelelse fra Kommissionen om aktion for et mere sikkert Europa"³³ og "Forslag til anbefaling fra Rådet om forebyggelse af skader og fremme af sikkerhed" som afventer godkendelse i maj 2007³⁴.

Fokus på EU's sundhedspolitik – smitsomme sygdomme

Smitsomme sygdomme, som HIV/AIDS, tuberkulose, mæslinger og influenza, udgør en alvorlig risiko for menneskers sundhed – de bidrager til ca. 1/3 af alle dødsfald i hele verden. Smitsomme sygdomme har ingen respekt for landegrænser og kan spredes lynhurtigt, især i vor tids tæt forbundne verden. Desuden opstår der nye sygdomme og andre udvikler former, der er uimodtagelige over for lægemidler, såsom multiresistent tuberkulose og methicillinresistent staphylococcus aureus.

Kommissionen arbejder tæt sammen med medlemsstaterne på dette område, så den er parat til at imødegå disse trusler. Kommissionen har indført fælles beredskabsplaner, der skal tackle forskellige typer trusler mod sundheden. Der er udstedt specifikke planer både på nationalt og fællesskabsniveau, der skal anvendes over for problemstillinger som pandemier af influenza, SARS, kopper eller biologisk terrorisme. ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) har til opgave at give videnskabelig rådgivning og risikovurdering angående meddelelser, der indløber via EWRS (Early Warning Response System)³⁵.

Den uforkortede publikation indeholder flere oplysninger om dette emne i et særligt kapitel.



Fokus på EU's sundhedspolitik – lægemidler og -behandlinger

I dette århundrede er der udviklet omfattende forordninger om lægemidler i alle EU's medlemsstater, især fra 1960'erne og frem. Det faktum, at landenes forordninger er blevet mere og mere komplekse og inkompatible, har ført til forsøg på at harmonisere reguleringssystemerne på EU-plan. Alle lægemidler, der i øjeblikket kan købes i Europa, skal indfri standarder for sikkerhed, kvalitet og effektivitet som stipuleret i EU's lovgivning (der beskrives mere udførligt i den uforkortede publikation).

Der er dog store forskelle, hvad angår omfang og type af kontrol på komplementære lægemidler overalt i medlemsstaterne. I 1992 begyndte EU at gøre noget på dette område med direktiv 92/73EEC³⁶ om homøopatiske lægemidler og andre initiativer, der beskrives i publikationen.

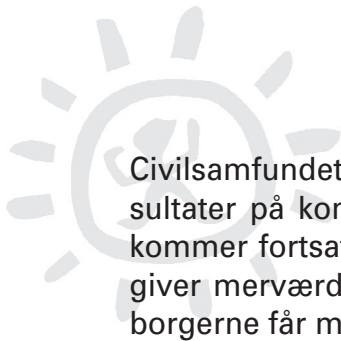
Den Europæiske Union har forpligtet sig til at sikre et højt kvalitets-, sikkerheds- og innovationsniveau inden for farmaci. I forbindelse med lægemidler og -behandlinger er de vigtigste målsætninger at garantere adgang til lægemidler til en overkommelig pris, sørge for at lægemidlerne er sikre og effektive, samt at borgerne sættes i stand til at træffe et velinformeret valg. Det er nødvendigt at afveje dette, så også medicinalindustriens konkurrencedygtighed støttes.

Medicinalforummet på højt niveau blev af generaldirektoraterne for erhverv og industri og for sundhed og forbrugerbeskyttelse, oprettet i juni 2005 for at imødekomme disse behov.³⁷ Forummet samler medlemsstaterne, medicinalindustrien, folkesundheds- og patientgrupper i en frivillig samarbejdsproces, der søger at skabe balance i de nationale og europæiske løsninger.

Konklusion

Et godt helbred er en grundressource for social og økonomisk udvikling. Menneskets højere udviklingsniveau betyder, at folk lever længere og har glæde af flere år med godt helbred. Er befolkningen sund, letter det presset på sundheds- og socialsystemerne. En sund arbejdsstyrke er en forudsætning for økonomisk vækst og velstand. I nutidens Europa med en befolkning, der hurtigt bliver ældre, er det mere væsentligt end nogen sinde før.

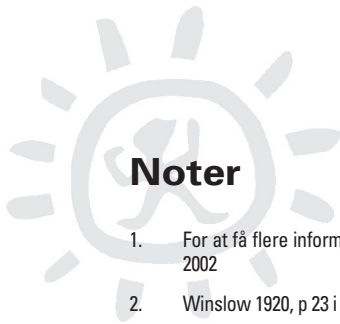
Publikationen anerkender de bemærkelsesværdige forbedringer af folkesundheden, der er sket i de sidste årtier, men bider også mærke i, at der stadig er store forskelle mellem befolkningsgrupper, regioner og lande. Selv om sundhedssystemet primært er et nationalt ansvarsområde, er der mange af de vigtigste helbredstrusler, der ikke kan løses af landenes folkesundhedspolitik, og som heller ikke standses af landegrænserne. Det er i stigende grad vigtigt, at EU's tiltag i forbindelse med folkesundheden koordineres.



Civilsamfundet har spillet en større rolle med at udforme og levere sundhedsresultater på kommunalt, regionalt, nationalt og europæisk plan. Civilsamfundet kommer fortsat til at spille en meget vigtig rolle med at påtage sig aktioner, der giver merværdi og supplerer det arbejde, som EU og medlemsstaterne gør, så borgerne får mere sundhed og sikkerhed.

EU er kommet langt, når det drejer sig om at øge dialogen med civilsamfundet, hvilket har åbnet op for talrige interessenter fra forskellige lande og sektorer. Der er dog stadig en masse arbejde, der skal gøres, især med at opbygge civilsamfundets evne til at involvere sig i politik.

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd



1. For at få flere informationer om risici, læs The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy life, World Health Organization 2002
2. Winslow 1920, p 23 i Baggott, Rob Public Health Policy and Politics ,Palgrave Macmillan 2000
3. Artikel 25 i den universelle menneskerettighedserklæring – vedtaget og fremsat af generalforsamlingsresolution 217 A (111) fra den 10. december 1948
4. Vigtige sundhedsdata, Eurostat 2005
5. Kjaesrud & Siddel, Europa-Kommissionen 2006
6. "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases" – Rapport fra en fælles ekspertkonsultation under WHO/FAO. 2003
7. Statistics in focus – Population and social conditions Tema 3 – 2/2004
8. Statistics in focus – Population and social conditions Tema 3- 2/2004
9. Meddelelse fra Kommissionen om at forbedre kvaliteten i arbejdet: en gennemgang af de nyeste fremskridt COM (2003) 26.11.2003 728 endelig
10. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy life, World Health Organization
11. Artikel 152 i Amsterdamtraktaten – EU's kompetence til at håndtere sager vedrørende folkesundheden er baseret på henholdsvis artikel 129 og 152 i 1993 Maastrichttraktaten om den Europæiske Union og 1999 Amsterdamtraktaten.
12. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
13. For at få flere informationer, læs: Public health aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco af Liselotte Schafer Elinder, National Institute of Public Health, Sverige, 2003
14. Det Europæiske Miljøagentur og WHO
15. For at få flere informationer, læs: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. Case C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 og Case C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831
21. "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases" – Rapport fra en fælles ekspertkonsultation under WHO/FAO. 2003
22. Meddelelse fra Kommissionen til Rådet, Europa-Parlamentet, det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget – An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 24/10/2006. Com (2006) 625 endelig
23. Grønbogen Mod et Europa uden tobaksrøg: politiske valgmuligheder på EU-plan. COM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm
26. Årsberetning 2006: narkotikasituationen i Europa af European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Grønbog – Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Europa-Kommissionen 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Fra Responses to the Green Paper: Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental health for the European Union. Europa-Kommissionen 19.12.2006
31. For at få flere informationer, læs: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. For at få flere informationer, læs: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. Meddelelse fra Kommissionen til Europa-Parlamentet og Rådet om aktioner for et mere sikkert Europa COM(2006) 328 endelig
34. Forslag til en anbefaling fra Rådet om forebyggelse af skader og fremme af sikkerhed COM (2006) 329 endelig
35. Kommissionsbeslutning fra den 19. marts 2002, der stipulerer case-definitioner for at rapportere smitsomme sygdomme til Fællesskabets netværk ifølge Beslutning nr. 2119/98/EC fra Europa-Parlamentet og Rådet, 2002/253/EC
36. Rådets direktiv 92/73/EEC af den 22. september 1992, som udvider omfanget af direktiv 65/65/EEC og 75/319/EEC om tilnærmelsen af bestemmelser, der stipuleres via love, forordninger eller administrative handlinger vedrørende lægemidler og som stipulerer ekstra bestemmelser for homøopatiske lægemidler, OJ L 297/8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.ht