



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 22.03.2000  
KOM(2000)165, endelig udg.

**MIDTVEJSRAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET, EUROPA-  
PARLAMENTET, DET ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG  
REGIONSUDVALGET**

**om gennemførelsen af fællesskabshandlingsprogrammet for sundhedsfremme,  
sundhedsoplysning, sundhedsundervisning og sundhedsuddannelse (1996-2000)**

## INDHOLD

Indledning.....	3
Sammenhæng og komplementaritet .....	3
Internationalt samarbejde .....	4
Overvågning og tilpasninger .....	4
Programforvaltning .....	5
Medlemsstaternes bemærkninger .....	7
Effektivitet og opfyldte målsætninger.....	9
Budgetbevillinger til programmet for sundhedsfremme.....	11

## Indledning

I overensstemmelse med artikel 7 i Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 645/96/EF<sup>1</sup> om fællesskabshandlingsprogrammet for sundhedsfremme forelægger Kommissionen hermed en midtvejsrapport.

I rapporten belyser Kommissionen i hvilken udstrækning, der er sammenhæng og komplementaritet mellem handlingsprogrammet og de øvrige relevante fællesskabspolitikker, -programmer og -initiativer. Dernæst giver den en oversigt over det internationale samarbejde inden for sundhedsfremme og beskriver så endelig de tilpasninger, som på grund af de indsamlede informationer anses for at være nødvendige.

På grundlag af besvarelserne til et spørgeskema, som blev sendt til medlemsstaternes repræsentanter i programudvalget, er der nu udfærdiget en beskrivelse af forbindelserne til medlemsstaternes politik på området og af konsekvenserne for udviklingen inden for sundhedsfremme i de pågældende lande.

Endvidere fremlægger Kommissionen de første resultater af en evaluering, som en uafhængig ekspertgruppe har foretaget i henhold til aftale med Kommissionen. Gruppen fik i opdrag at analysere beslutningsproceduren i forbindelse med de støttede projekter og aktivitetsniveauet inden for de forskellige prioriterede områder i de 3 år fra 1996-1998. I det pågældende afsnit er der lagt særlig vægt på spørgsmålet om effektivitet og på spørgsmålet om, hvorvidt foranstaltningernes tilsigtede mål er nået.

## Sammenhæng og komplementaritet

Kommissionen har tilstræbt at sikre sammenhæng og komplementaritet mellem sine foranstaltninger til sundhedsfremme og andre fællesskabspolitikker, -programmer og -initiativer ved at udfolde en lang række bestræbelser på forskellige niveauer:

Gennemførelsen af fjerde rammeprogram for Det Europæiske Fællesskabs indsats inden for forskning, teknologisk udvikling og demonstration (1994-1998) blev fulgt nøje ved hjælp af interne høringer om offentliggørelse af indkaldelser af forslag og godkendelse af projekter til finansiering.

Udarbejdelsen af femte rammeprogram for Det Europæiske Fællesskabs indsats inden for forskning, teknologisk udvikling og demonstration (1998– 2002) blev fulgt nøje ved hjælp af interne høringer om forslaget og høringer om forslag til projekter for på den måde at sikre sammenhæng og komplementaritet.

Endvidere blev ansatte i direktoratet for folkesundhed indbudt til alle møder i programudvalgene for de forskellige forskningsprogrammer. Ansatte i forskningsdirektoraterne blev også indbudt til programudvalgsmøderne.

---

<sup>1</sup> EFT L 95 af 16.4.1996.

Under programmernes gennemførelse synes ansøgerne også i højere grad at have forstået, hvilken forskel der er på forskning i sundhed og sundhedsrelaterede tjenesteydelser under rammeprogrammerne for forskning og de foranstaltninger til sundhedsfremme, som hører ind under handlingsprogrammet.

## **Internationalt samarbejde**

Kommissionen helt fra starten haft et tæt samarbejde med andre internationale organer, særlig WHO, og det skyldes deres fælles opfattelse af sundhedsfremme og sundhedsfremmende foranstaltningers betydning for folkesundheden og for ændring af infrastruktur og miljø. Der er således blevet tilrettelagt flere konferencer og internationale workshoper om specifikke emner i fællesskab, og Kommissionen ydede et væsentligt bidrag til den fjerde verdenssundhedskonference om sundhedsfremme i Jakarta.

## **Overvågning og tilpasninger**

Kommissionen har hovedsagelig overvåget specifikke aktioner via løbende tilsyn med kontraktmæssige forpligtelser i forbindelse med de finansierede projekter.

Kommissionen har lagt en særlig strategi for at nå et af de vigtige overordnede mål, nemlig at forbedre EU-merværdien, og den går ud på at få skabt flere netværksforbindelser mellem ansøgerne for på den måde sikre et bedre samarbejde på tværs af grænser, f.eks. for at formidle eksempler på god praksis i Europa.

Efter en grundig gennemgang af porteføljen har Kommissionen vedtaget årlige arbejdsprogrammer for at dække områder af fællesskabsinteresse, hvor man ikke hidtil har gennemført specifikke aktioner. De årlige arbejdsprogrammer har så igen været til hjælp, da der skulle opstilles prioriteter for de næste indkaldelser af forslag samt ved udvælgelse af nye forslag til aktioner.

For at sikre større indsigt og samtidig forenkle formidlingen af oplysninger har Kommissionen udarbejdet årsrapporter for 1996<sup>2</sup>, 1997<sup>3</sup> og 1998<sup>4</sup>, som giver et overblik over det berørte kontors arbejde.

Efter forslag udefra og en intern gennemgang af manglerne er der skabt bedre forbindelse mellem programmet for sundhedsfremme og andre programmer på folkesundhedsområdet.

## Programforvaltning

Programforvaltningen er bedre end i de første år under gennemførelsen af programmet for sundhedsfremme, men der er stadig mulighed for at foretage flere forbedringer.

Programmet trådte i kraft i slutningen af marts 1996. Den formelle forvaltningsstruktur, herunder programudvalg med egen forretningsorden og arbejdsgang, blev således først oprettet efter, at programmet var påbegyndt.

Der har været kontinuitet i Kommissionens forvaltning af aktioner på folkesundhedsområdet fra før, programmet for sundhedsfremme blev iværksat, og til der blev fastlagt en forvaltningspraksis for det nye program i de første år.

Da der blev skabt en formel forvaltningsstruktur for programmet på et sent tidspunkt, kan der først foretages en egentlig evaluering af forvaltningen i den anden evalueringsfase. Der kan dog fremsættes nogle indledende bemærkninger til gennemførelsen på dette tidspunkt. Der vil blive foretaget en nærmere evaluering af forvaltningen i den anden evalueringsfase.

De uafhængige eksperter har fremsat en række forslag til, hvordan man kan forbedre tidsplanen og procedurerne for behandling og udvælgelse af ansøgninger om tilskud til projekter:

- Kommissionen bør bestræbe sig på at skabe mere åbenhed omkring sine beslutningsprocedurer og sikre rettidig informering af udvalget for sundhedsfremme.

---

<sup>2</sup> Direktoratet for folkesundhed og sikkerhed på arbejdspladsen, kontor V/F/3, fællesskabshandlingsprogrammet for sundhedsfremme, sundhedsoplysning, sundhedsundervisning og sundhedsuddannelse. Støttede projekter i 1996, CE-V/3-97-001-EN.

<sup>3</sup> Direktoratet for folkesundhed og sikkerhed på arbejdspladsen, kontor V/F/3, fællesskabshandlingsprogrammet for sundhedsfremme, sundhedsoplysning, sundhedsundervisning og sundhedsuddannelse. Støttede projekter i 1997, CE-V/3-98-011-EN/FR/DE-C.

<sup>4</sup> Direktoratet for folkesundhed og sikkerhed på arbejdspladsen, kontor V/F/3, fællesskabshandlingsprogrammet for sundhedsfremme, sundhedsoplysning, sundhedsundervisning og sundhedsuddannelse. Støttede projekter i 1998, CE-V/3-99-003-EN/FR-C.

- Der bør gøres en større indsats for at få flere projektpartnere fra de sydeuropæiske medlemsstater til at deltage.
- Retningslinjerne bør ændres, således at det kommer til at hedde: (a) Projekter med alle 15 medlemsstater som deltagere prioriteres højest. (b) Under normale omstændigheder tages projekter med færre end 8 medlemsstater som deltagere ikke i betragtning ved finansiering. Der ydes tilskud til pilotprojekter, som tager sigte på at undersøge mulighederne for at overføre særlige nyskabende metoder til andre medlemsstater, selvom de har færre end 8 deltagere.
- I retningslinjerne bør det specificeres, at ansøgerne skal fremlægge bevis for følgende aspekter ved projektets opbygning og gennemførelse:
  - der er anvendt en forsvarlig videnskabelig metode
  - i forbindelse med kvantitative undersøgelser er stikprøvernes størrelse repræsentativ for målpopulationen, stor nok til at give meningsfulde resultater og afstemt for alder, køn og samfundsstatus på tværs af medlemsstaterne
  - analyserne af resultaterne er hensigtsmæssige i forhold til de indsamlede informationer
  - der foretages evaluering
  - der træffes foranstaltninger med henblik på formidling af resultaterne
  - der er tale om et reelt samarbejde mellem medlemsstater.
- Retningslinjerne bør omfatte en række klare regler for den midlertidige og den endelige rapportes forventede opbygning og længde.
- Den første del af ansøgningsskemaet bør indeholde et afsnit, hvor det specificeres, hvilken del af budgetbevillingerne der afsættes til evaluering og formidling af informationer. Den anden del af ansøgningsskemaet bør ændres og udvides, således at den kommer til at omfatte særlige afsnit af en halv sides længde, som er beregnet til beskrivelse af projekternes opbygning, den anvendte metode, deltagerne, analyser, projektevaluering og formidling af informationer om projekterne.
- Projektevalueringen og formidlingen af informationer om projekterne bør forbedres betydeligt. Evalueringen og formidlingen skal indgå i ansøgernes opgavebeskrivelser og i kontrakterne. Hvis der ikke er foretaget en projektevaluering, og/eller hvis der ikke er belæg for, at der er udfoldet tilstrækkelige bestræbelser for at formidle resultaterne, bør saldoudbetalingen til kontrahenten tilbageholdes.

Med hensyn til fremtidige aktioner vedrørende sundhedsfremme anbefalede eksperterne:

- I forbindelse med en afgørelse om fremtidige aktioner bør der nedsættes et eksternt og uafhængigt rådgivende udvalg bestående af højtplacerede eksperter inden for sundhedsfremme på europæisk plan. Det videnskabelige rådgivende udvalg skal rådgive Kommissionen om programmets prioriteter, anbefale finansiering og evaluere de endelige rapporter om de støttede projekter. Medlemmerne af det rådgivende udvalg skal have udbetalt honorarer, som svarer til deres ansvar, og det skal sikres, at medlemmerne er uafhængige og upartiske.
- I forbindelse med fremtidige aktioner bør det være muligt at finansiere projekter i to eller flere år, uden at det er nødvendigt at indsende en ny ansøgning.
- I forbindelse med fremtidige aktioner bør der lægges større vægt på den rolle, samfundsforhold, f.eks. bydannelse, boligforhold, arbejdsløshed og social udstødelse, spiller i forbindelse med sundhedsfremme, særlig for dem, der bor i de dårligt stillede områder.
- I forbindelse med fremtidige aktioner bør der lægges vægt på at forske i almindelige menneskers indstilling til sundhed inden for forskellige kulturer og inden for forskellige uddannelses- og samfundsgrupper, således at sundhedsfremme på europæisk plan kan gøres mere effektiv, og resultaterne kan formidles målrettet på en hensigtsmæssig måde til forskellige befolkningsgrupper.

Under gennemførelsen af programmet har Kommissionen som følge af alle disse forslag hele tiden bestræbt sig på at følge med i, hvilke mangler der har gjort sig gældende i forbindelse med de anvendte procedurer, og har tilpasset procedurerne til de behov, som den interne revision har lagt for dagen, og til forslag fra ansøgere og eksterne eksperter.

## **Medlemsstaternes bemærkninger**

Følgende rapport, som fokuserer på bestemte områder, er udarbejdet på grundlag af et spørgeskema, som blev udsendt til medlemsstaterne og landene i Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde:

- Tretten medlemsstater og Island anførte, at programmet havde betydning for udbygningen af sundhedsfremme i de pågældende lande. Otte medlemsstater og Island anførte, at programmet på en eller anden måde har bidraget til den politik, der føres på nationalt plan med henblik på sundhedsfremme eller til udbygning af dette område (A, D, DK, EL, IC, IRL, FIN, P, S). Kun tre lande (DK, NO, UK) anførte, at programmet ikke havde haft nogen virkning på udbygningen af sundhedsfremme i de pågældende lande. To af de tre (UK og NO) anførte, at den politik, de fører på nationalt plan for sundhedsfremme, allerede var velfunderet. To af de tre lande (DK og NO), som anførte, at programmet ikke havde nogen virkning på den politik, de fører på nationalt plan for

sundhedsfremme, nævnte dog, at programmet havde haft en vis positiv virkning under særlige forhold.

- Der blev rapporteret om størst virkning i forbindelse med projekter under særlige forhold (f.eks. skoler, arbejdsplads, etc.) med fjorten lande, som rapporterede om virkning under særlige forhold. Det underbygges af andre bemærkninger i forskellige dele af spørgeskemaet. Ni medlemsstater (A, B, E, D, DK, IRL, L, NL, P), Island og Norge omtalte de europæiske netværk til sundhedsfremme positivt. Ud over disse elleve lande nævnte to andre medlemsstater (Grækenland og Finland) det grænseoverskridende samarbejde, der er opstået på grund af programmet, og to andre (Frankrig og Det Forenede Kongerige) anførte, at bestemte projekter havde eller måske havde haft en positiv virkning i de pågældende lande. Sammenlagt rapporterede femten medlemsstater og lande således i det mindste om en vis merværdi som følge af programmet (selvom der i et tilfælde var tale om en minimal merværdi).
- Grækenland, Tyskland og Italien anførte, at det er for tidligt eller for vanskeligt at vurdere programmets virkning på indeværende tidspunkt. Frankrig omtalte problemerne med at oprette netværk og manglen på informationer om programmet. Sverige omtalte også manglen på informationer om programmet og henviste endvidere til kommunikationsproblemer mellem fagfolk og almindelige mennesker og medlemsstaternes forskellige strukturer og forhold. Syv lande besvarede spørgsmålet om praksis positivt. Kun seks lande anførte, at interventioner til sundhedsfremme havde en virkning. Tyskland antydede, at der er mangel på evaluerede interventioner. Frankrig påpegede også, projekterne ikke evalueres. Frankrig anførte endvidere i en indledning til sin besvarelse af spørgeskemaet, at der fremover bør anvendes gennemtænkte metoder i forbindelse med sundhedsfremme fra officiel side.
- Rapporterne fra medlemsstaterne og EØS-landene giver indtryk af, at programmet allerede har en begrænset, men positiv virkning på den politik, der føres i mange medlemsstater. På trods af de forskellige kulturer og stadier i udbygningen af sundhedsfremme i medlemsstaterne og EØS-landene, så rapporterer hovedparten, at der allerede er bevis for en positiv virkning. De europæiske netværk til sundhedsfremme har især vakt interesse blandt medlemsstaterne.
- Medlemsstaterne var ret kritiske over for de operationelle aspekter ved programmet. Hovedparten af de nationale repræsentanter i udvalget for sundhedsfremme mener, at der har været for lidt åbenhed omkring Kommissionens beslutningsprocedurer, at udvalgsmedlemmernes ekspertise ikke har været fuldt udnyttet, og at udvalget har haft for lidt indflydelse på projektudvælgelsen. Enkelte medlemsstater anførte, at der er sket forbedringer for nylig. Der er god grund til at tro, at udvalgsprocedurerne ikke fungerer hensigtsmæssigt, og at der er behov for en vis omlægning af forretningsgangen. Der skal også tages skridt til at forbedre kommunikationen mellem Kommissionen og udvalget for sundhedsfremme, således at den bliver mere effektiv og får større nyttevirkning.



- Selvom hovedparten af medlemsstaterne anførte, at programmet havde haft en positiv virkning, var der kun fire, som rapporterede om nye foranstaltninger som følge af programmet. Yderligere fem var dog opmærksom på nye tendenser inden for specifikke områder. Syv medlemsstater anså de nye foranstaltninger for nyttige. To medlemsstater mente, at programmet har øget interessen for sundhedsfremme blandt aktører på sundhedsområdet. Frankrig anførte, at der er behov for strategier til at identificere og anvende relevante modeller og til at forbedre formidlingen af informationer.

## **Effektivitet og opfyldte mål**

### **DE STØTTEDE PROJEKTERS OMFANG**

Som anført af de uafhængige eksperter opfylder de specifikke aktioner, der er gennemført efter de første indkaldelser af forslag i perioden 1996-1997, ikke helt programmets mål.

- Ansøgninger og udgifter fordelte sig meget forskelligt på de 5 aktivitetsområder. Hidtil tegner område B, C og A sig for de fleste udgifter, og område D og E for de færreste. Hvis programmet skal gennemføres i fuldt omfang inden for alle de prioriterede områder, og målene skal nås inden for alle områder, så skal der gøres en særlig indsats for at fordele aktiviteterne mere ligeligt på de 5 prioritetsområder. Det ser der ud til, at der hidtil er gennemført færrest foranstaltninger under aktivitet E (Erhvervsuddannelse i folkesundhed og sundhedsfremme) med 15 små projekter, hvortil der kun er brugt 1,26 mio. EUR af de midler, der er afsat til dækning af udgifter under programmet.

### **FÆLLESSKABSAKTIONEN OG SUBSIDIARITETSPRINCIPPET**

Medlemsstaterne blev i medfør af handlingsprogrammet opfordret til at udtale sig via programudvalget for på den måde at sikre, at subsidiaritetsprincippet blev respekteret. Medlemsstaterne blev således tilskyndet til at yde den støtte, som var nødvendigt for at gennemføre de udvalgte aktioner inden for deres grænser. Samtidig sørgede programudvalget for den nødvendige indsigt i de foranstaltninger, som Europa-Kommissionen traf i forhold til medlemsstaterne. Der blev sikret åbenhed i forhold til Europa-Parlamentet på den måde, at den pågældende institution på forhånd fik tilsendt rapporter og dokumenter stilet til programudvalget sammen med en årlig oversigt over finansierede projekter.

### **EU-MERVÆRDI**

Der blev gjort en enkelt indvending imod, at mange af projekterne i begyndelsen kun havde en begrænset EU-merværdi, men der er lagt vægt på de netværksprojekter, som

man har udviklet for at afhjælpe denne mangel. Det bekræftes af de uafhængige eksperter og af medlemsstaternes repræsentanter, som har udtalt:

- Der er allerede tale om en rimelig høj EU-merværdi i forhold til den situation, der ville have gjort sig gældende, hvis programmet ikke fandtes. Nogle af de projekter, der blev støttet i 1996, særlig inden for område A, B og C, har fået gode karakterer for deres EU-merværdi. De projektledere, som havde modtaget finansiering, var også ret enige om, at de havde tiltro til EU-merværdien ved de projekter, de var ved at gennemføre.
- Størsteparten af medlemsstaterne anførte, at programmet allerede havde tilført en EU-merværdi.

#### **DE SUNDHEDSFREMMENDE FORANSTALTNINGERS KVALITET**

For at sikre at de udvalgte aktioner kunne opfylde de højst mulige krav til kvalitet, skulle udvalget udtale sig positivt om de årlige arbejdsprogrammer, men blev endvidere også hørt om indkaldelserne af forslag, om udvælgelsen af projekter og om opfølgningen af aktionernes gennemførelse. De uafhængige eksperter har således allerede identificeret projekter, særlig inden for område C, D og A, som blev tildelt støtte i 1996, og som får prisværdigt gode karakterer.

#### **VIRKNING PÅ SUNDHEDSFREMME I MEDLEMSSTATERNE**

For at sikre at aktionerne får den størst mulige virkning på sundhedsfremme i medlemsstaterne er Kommissionen med tiden gået over til at lægge mere og mere vægt på projekter, som gennemføres i alle medlemsstaterne og i de tre EØS-lande. Derfor har Kommissionen støttet oprettelse af europæiske netværk med repræsentanter i alle medlemsstater og EØS-lande.

De uafhængige eksperter har med følgende bemærkning bekræftet, at der er tale om en positiv udvikling:

- I forbindelse med fremtidige aktioner bør man fortsat prioritere at støtte netværk til sundhedsfremme på europæisk plan, som har været kendetegnet ved store fremskridt under programmet for 1996-2000.

De pågældende netværk har koncentreret sig om bestemte emner, f.eks. mental sundhed og dokumenteret sundhedsfremme, under særlige forhold, f.eks. på arbejdspladser og skoler, og til fordel for særlige målgrupper i befolkningen, f.eks. handicappede og børn. De uafhængige eksperter og medlemsstaterne gav udtryk for, at disse projekter havde været effektive og haft en mærkbar virkning.

**Budgetbevillinger til programmet for sundhedsfremme**

<b>Område</b>	<b>1996</b>		<b>1997</b>		<b>1998</b>		<b>I ALT</b>	
	<b>Antal projekter</b>	<b>Budget</b>	<b>Antal projekter</b>	<b>Budget</b>	<b>Antal projekter</b>	<b>Budget</b>	<b>Antal projekter</b>	<b>Budget</b>
A- Sundhedsfremme-strategier og -strukturer	7	912574.64	6	1252939.12	2	847205.00	15	3012718.76
B- Specifikke forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger	18	237314.66	10	1439257.00	4	642521.00	32	2319092.66
C- Sundhedsoplysning	9	1126822.69	6	1252939.12	2	67500.00	17	2447261.81
D- Sundhedsundervisning	12	1130736.10	8	1524080.47	3	36687.76	23	2691504.33
E- Erhvervsuddannelse I folkesundhed og sundhedsfremme	4	117435.46	4	365328.74	2	201265.00	10	684029.18
I ALT	50	3524883.55	34	5834544.45	13	1795178.76	97	11154606.76