

Skriftlig redegørelse

(Redegørelserne er optrykt i den ordlyd, hvori de er modtaget).

Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse

(Redegørelse nr. R 9).

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Forebyggelsespolitikken bidrager til en bedre sundhedstilstand i befolkningen og et godt grundlag for alles sundhed.

Forebyggelsespolitikken har et bredt perspektiv, der rækker langt ud over sundhedsvæsenets område. Sundhed og levekår kan ikke adskilles fra hinanden. Forebyggelsen hænger nøje sammen med sundt miljø, sikre arbejdspladser, sunde boliger, trygge sociale forhold og gode uddannelsesmuligheder. Mange samfundsområder må bidrage såvel centralt som lokalt i amtskommuner og kommuner, i foreninger og organisationer. Sundhedsministeren har ansvar for at koordinere og fastholde et overblik over det samlede forebyggende arbejde.

Med denne redegørelse ønsker regeringen at fremhæve betydningen af det forebyggende arbejde og lægge de områder frem, som særligt må styrkes i de kommende år.

Det gælder især ernæringspolitikken og indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Redegørelsen ledsages af statistik, der belyser centrale sundhedsforhold og forebyggelsesområder tillige med en oversigt over udgivelser på forebyggelsesområdet gennem de seneste 10 år.

Bag forebyggelse ligger det enkle ræsonnement, at det er bedre at forebygge frem for passivt at lade sygdom og skader opstå – både for den enkelte og for samfundet. Hertil kommer, at det langt fra er alle sygdomme, der kan kureres. Her kan forebyggelse have en særlig betydning som eneste alternativ i sygdomsbekæmpelsen. Samtidig er der mange mennesker – ikke mindst ældre – som lever med kroniske sygdomme, hvor en forebyggende indsats kan medvirke til at forhindre yderligere tab af funktionsevne.

Danmark tilsluttede sig i 1984 Verdenssundhedsorganisationens (WHO) sundhedspolitiske program for den europæiske region »Sundhed for alle i år 2000«. Programmets 38 sundhedspolitiske mål anviser veje til en forbedring af

sundhedstilstanden i Europas lande. I overensstemmelse med WHO's program er målet for forebyggelsesindsatsen et sundere liv og et længere liv. Antallet af for tidlige dødsfald skal sænkes. Antallet af invaliderede og lidende mennesker skal formindskes. Flere skal opnå en alderdom uden forringet fysisk og mental funktionsevne. Ikke mindst i forhold til udsatte grupper er der behov at sætte ind med en – helhedsorienteret – indsats.

Der er eksempelvis en påfaldende forskel i sundhed mellem den danske og den svenske side af Øresund. På den svenske side af sundet dør der i gennemsnit 1158 mænd og 999 kvinder årligt pr. 100.000 indbyggere, hvilket er 96 mænd og 130 kvinder færre end på den danske side. Og på den svenske side af sundet bliver mænd og kvinder i gennemsnit henholdsvis 3 ½ år og 3 år ældre. De forskelle i gennemsnitlig middellevetid, som Middellevetidsrapporten fra 1994 trak frem, handler vel at mærke ikke om, at leve nogle få år mindre, men om en overdødelighed i den erhvervsaktive alder.

Sygelighed og dødelighed vil også frem over være centrale indikatorer i forebyggelsen. En sådan tilgang sikrer, at det er muligt at måle og agere på et dokumenterbart grundlag.

»Det sunde liv« kan defineres. Det samme gælder ikke for »det gode liv«, som må afspejle den enkeltes egen opfattelse og egne valg – og en respekt herfor. Set i det lys må forebyggelsen tage sit udgangspunkt i, at den enkelte har en ret til sundhed men ikke hverken kan eller skal tvinges til sundhed.

Bredden i forebyggelsen

Forebyggelsen omfatter en lang række foranstaltninger i alle dele af samfundet, i arbejdslivet og i fritiden. Og det er i første række på lokalt plan, i amter og kommuner, i institutioner og på arbejdspladser, at det forebyggende arbejde udføres. Kun en begrænset del af den samlede forebyggelse ligger i sundhedssektoren og en endnu mindre del ligger hos de centrale sundhedsmyndigheder. Resten af den samlede indsats foregår i det ydre miljø, arbejdsmiljøet, boligsektoren og på trafik- og produktikkerhedsområderne. Herudover er der en række aktiviteter indenfor socialektoren og undervisnings- og kulturområdet, som har en mere indirekte virkning på sundheden.

Sundhedsvæsenets egne forebyggelsesopgaver ligger på to hovedområder. Ét område vedrører en række klassiske og i vid udstrækning

lovregulerede foranstaltninger og ordninger, som skal forebygge sygdomme og ulykker, som befolkningen ikke eller kun vanskeligt kan afværge. Det gælder svangerskabshygiejnen, de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, den forebyggende tandpleje, børnevaccinationsprogrammet og andre vaccinationer, foranstaltninger mod smitsomme sygdomme som hepatitis, meningitis, HTLV (såkaldt retrovirus, der bl.a. kan forårsage en form for leukæmi), difteri og streptokokker, sygehusinfektioner, regulering af den lovlige anvendelse af euforiserende stoffer, beskyttelse mod passiv rygning, den almene hygiejne og cancerscreening.

Et andet område vedrører mere livsstilsprægede forhold og omfatter forebyggelse af alkoholmisbrug, en del tilfælde af astma-allergi, tobaksrygning, en del muskel-/skeletsygdomme, HIV/AIDS, kønssygdomme, narkotikamisbrug, doping, uønsket svangerskab, visse typer af fritidsulykker, visse typer af psykiske lidelser samt forbedring af motion og sund ernæring – herunder amning.

Prioriteringer

Sundhedsvaner, sygelighed og dødsårsager har i de seneste år udviklet sig i forskellige retninger.

Sundhedsvanerne er på nogle områder blevet bedre. Andelen af rygere er faldet fra 47% i 1987 til 37% i 1996, fedtindholdet i danskernes kost er faldet, og befolkningens fysiske aktivitet i fritiden er steget, hvorimod det samlede årlige alkoholforbrug siden 1987 har ligget stort set uændret på omkring 12 liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år. Der er set et fald i dødeligheden af blodprop i hjertet, tarmkræft, livmoderhalskræft, selvmord og trafikulykker.

På andre områder har der været en negativ udvikling. Der er set et stigende antal dødsfald som følge af brystkræft på knap 16% fra 1985 til 1995 og som følge af lungekræft på omkring 12% i samme periode. En negativ udvikling ses også for hudkræft, bronkitis, alkoholbetingede sygdomme samt hjemme- og fritidsulykker. Forekomsten af langvarig muskel-skeletsygdom er steget til 15% siden 1987, og forekomsten af astma og allergi er i samme periode steget med 9% til 22%.

Generelt er sygdomsbilledet imidlertid fortsat domineret af hjerte-karsygdomme, kræft, astma og allergi, sindslidelser samt muskel-skeletlidelser. Regeringen agter derfor at fastholde dis-

se områder som de prioriterede i den samlede forebyggelsesindsats tillige med forebyggelsen af HIV/AIDS og narkotikamisbrug. Regeringen vil ligeledes sætte ind mod overforbruget af sove- og nervemedicin.

Indsatsen mod tobaksrygning viser positive generelle tendenser. Antallet af storrygere er svagt faldende. Det er et vendepunkt. Blandt unge – de 16-20 årige – kan der ikke konstateres samme positive tendens. Tobaksskaderådet vil tage initiativ til en forstærket og målrettet indsats over for denne gruppe. Indsatsen mod passiv rygning er med loven om røgfri miljøer i offentlige lokaler og transportmidler lagt i faste rammer og fungerer. Amter og kommuner er generelt aktive i det forebyggende arbejde, ligesom mange private arbejdspladser har fastlagt en rygepolitik. Spørgsmålet om at forbyde tobaksreklamer forhandles for øjeblikket på EU-plan.

Danskernes alkoholforbrug har i de senere år været stagnerende. Stort set hele befolkningen har et jævnlige, men moderat og uproblematisk forbrug af alkohol. Derimod drikker omkring 15% af befolkningen halvdelen af al den alkohol, der drikkes i Danmark. I den samlede indsats mod de skadelige virkninger af alkoholforbruget udgør forebyggelsen et centralt led.

Årlige landsdækkende kampagner har været med til at skabe opmærksomhed og debat om det lidt forhøjede alkoholforbrug, der kan udvikle sig til et egentligt misbrug. Kampagnerne har samtidig været en vigtig støtte og inspiration for det lokale arbejde i amter, kommuner og foreninger. En styrkelse af indsatsen er også markeret med nedsættelsen af Alkoholpolitisk Kontaktudvalg i forlængelse af vedtagelsen af loven om foranstaltninger mod alkoholmisbrug. Kontaktudvalget fordeler årligt omkring 35 mio. kr. til lokale aktiviteter, statslig informationsvirksomhed, frivillige organisationer, forskning og efteruddannelse. Selvom alkoholforbruget de seneste år samlet set har været stagnerende, har forbruget blandt de helt unge været stigende. Der er behov for en forstærket forebyggende indsats over for denne gruppe. Regeringen overvejer bl.a. at fremsætte forslag om forbud mod salg af alkohol fra butikker til børn under 15 år. Håndhævelsen af udskænningsforbuddet til unge under 18 år vil samtidig blive skærpet, og i samarbejde med skolerne planlægges en massiv oplysningsindsats om unge og alkohol. Regeringen vil samtidig overveje en mulig præcisering af principperne for

markedsføringen af alkohol med henblik på at sikre, at denne ikke i særlig grad retter sig imod børn og unge.

Den danske HIV/AIDS politik er senest bekræftet ved Folketingets forespørgselsdebat i februar i år, hvor det blev slået fast, at HIV og AIDS fortsat skal bekæmpes ved adfærdssændering gennem oplysning om sygdommen og om dens smitteveje, fremfor ved tvang og registrering.

Forebyggelsen af narkotikamisbrug vil fortsat basere sig på et samspil mellem forbud mod narkotika og et højt oplysnings- og informationsniveau, men har i øvrigt en snæver sammenhæng med udviklingen af bedre levevilkår for alle. Forebyggelsen har som målsætning at begrænse brugen af narkotika mest muligt og samtidig forebygge de problemer, der opstår, når nogle alligevel indtager stoffer, som f.eks. hash og ecstasy. Forebyggelsen vil fortsat bygge dels på en bred oplysningsindsats over for hele befolkningen og dels på en målrettet indsats over for risikogrupper. Indsatsen følger de hovedlinier, som blev fremlagt i forbindelse med regeringens samlede redegørelse til Folketinget i 1994 om bekæmpelsen af narkotikamisbruget.

Regeringen har i to handlingsplaner for forebyggelse af astma og allergi og forebyggelse af muskel-skeletsygdomme forpligtet sig til at gennemføre en lang række tværministerielle forebyggelsesinitiativer på disse særlige områder, ligesom en ny handlingsplan om forebyggelse af selvmord er under forberedelse. Sådanne handlingsplaner lægger i vid udstrækning også op til lokale initiativer i kommuner, amter og frivillige organisationer.

På sundhedsministerens område har bevillingerne til forebyggelse i de senere år ligget på omkring 115 mio. kr. årligt. Hertil kommer særlige forebyggelsesbevillinger på de øvrige ministerområder. Regeringen vil sikre statslige midler til forebyggelse på et tilsvarende niveau i de kommende år.

Regeringen vil med udgangen af 1998 gøre status over situationen på hvert af de forebyggelsesområder, der over en årrække har været prioriteret som hovedindsatsområder. Denne status vil også belyse, hvilke aktiviteter og initiativer den statslige indsats har givet anledning til lokalt i amter og kommuner, som nødvendigvis – i samarbejde med frivillige organisationer – må forestå langt hovedparten af det konkrete forebyggelsesarbejde i de nærmiljøer,

hvor mennesker i det daglige bor, arbejder og færdes.

Ernæringspolitik

Regeringen vil styrke indsatsen på ernæringsområdet. I fremtidens ernæringspolitik skal der lægges større vægt på sammenhængen mellem kostvaner og den enkeltes levekår og livsstil. Kendskab til betydningen af sund kost og lysten til at spise sundt skal fremmes i alle befolkningsgrupper, også i udsatte grupper med særlig risiko for følger af forkert ernæring.

Ernæringspolitikken indgår som et vigtigt led i sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved siden af den særlige indsats for sikring af levnedsmidler, der ikke er forgiftede og forurenede. Gode kostvaner spiller en stor rolle i en samlet forebyggelsesindsats til fremme af sund levevis, herunder en livsstil med sund mad, rigelig motion og mindre alkohol og tobaksrygning. Sund kost fremmer en god helbredstilstand og nedsætter risikoen for en lang række sygdomme. Den rigtige ernæring gavner også helbredelsen under sygdom og er i nogle tilfælde eneste behandlingsmulighed.

Hovedsigtet er, at flere danskere får sundere kostvaner. De vigtigste ernæringspolitiske mål er fortsat at nedsætte forbruget af fedt, især mættet fedt, og at øge indtagelsen af kulhydratrige fødevarer. Desuden bør der gøres en indsats for særlige grupper som børn og ældre. Endelig bør viden om befolkningens kostvaner og faktorer, der påvirker kostvaner, udbygges. Virkemidlerne vil først og fremmest være oplysning og undervisning, rådgivnings- og forskningsvirksomhed samt bedre offentlig kostforplejning. Indsatsen vil omfatte en øget formidling og opsamling af viden om kostens betydning for menneskers helbred og forhold af betydning for kostvaner.

Meget er nået gennem de senere års indsats på ernæringsområdet. Andelen af fedt i kosten er gennem de seneste 10 år faldet fra 43 til 37% af det samlede energiindtag, og der er kommet mere og bedre dokumentation om sammenhængen mellem kost og sundhed. Den udvikling skaber optimisme og må støttes.

Der er dog fortsat et stort behov for at motivere til et sundere kostvalg. Det væsentligste problem i den danske kost – for både børn og voksne – er, at vi stadig spiser for meget fedt, især mættet fedt fra mejeriprodukter og kød, og for lidt kulhydrater fra kornprodukter, grøntsager og frugt. Kun omkring 10% af befolkningen

følger den anbefalede energifordeling med højst 30% fra fedt og 55-60% fra kulhydrater. Andre generelle problemer er, at de fleste spiser for lidt eller slet ingen fisk, og at forbruget af slik og søde læskedrikke er alt for stort hos børn og unge.

Regeringen vil justere strategi og indsatsområder i ernæringspolitikken i takt med udviklingen på områder, som har indflydelse på befolkningens sundhedstilstand og fødevarernes sundheds- og næringsværdi. Der må bl.a. tages hensyn til ændrede levekår med stadig mere stillesiddende arbejde, til udviklingen af nye produktionsmetoder med bl.a. genteknologi og udviklingen af nye funktionelle fødevarer med særlig sundhedsfremmende virkning.

Regeringen finder det vigtigt at styrke og forbedre ernæringsoplysningen og at koordinere oplysningsindsatsen mellem Fødevarerministeriet, Erhvervsministeriet og Sundhedsministeriet, således at man undgår overlapninger og modstridende budskaber. Sundhedsministeriet vil søge nye veje i formidlingen ved at gøre budskaberne mere forståelige og forklare om baggrunden for dem. Hovedvægten vil blive lagt på målrettet faglig information til udvalgte grupper. Ernæringsoplysningen vil overvejende blive formidlet gennem sundhedspersonale samt lokale myndigheder og organisationer. Ved at komme tættere på borgerne vil man bedre kunne målrette forebyggelsesinitiativer, så de imødekommer den enkeltes behov. For at højne sundhedspersonalets viden på området vil regeringen øge undervisningen om ernæring i sundhedsuddannelserne og i efteruddannelsen. Det er desuden hensigten at gøre indsatsen mere tværfaglig, så informationen indgår i en helhed, hvor også måltidets sociale betydning og forskelle i madkultur inddrages.

Der planlægges en langsigtet oplysningsindsats for ernæringsanbefalinger i de forskellige vækstperioder fra foster til voksenalder. Det er vigtigt, at børn sikres en ernæring, så de kan vokse og trives både fysisk og psykisk. Det har også betydning for børns fremtidige indstilling til en sund levevis, at de tidligt oplever glæden ved sund mad, som smager godt, og ved det sociale samvær omkring spisebordet. Der vil blive tale om kostanbefalinger både til raske og risikogrupper, som f.eks. særlige kosttilskud før og under graviditet, kost til for tidligt fødte og allergidisponerede børn. Fremme af amning vil have en høj prioritet.

Kostforplejningen i offentlige institutioner skal have en højere status. Der tilbydes hver dag omkring en halv million måltider i offentlige institutioner, og madens sammensætning og kvalitet har stor betydning for de mange forskellige modtagere herunder i dag- og døgninstitutioner, på hospitaler og plejehjem, i forsvarret og i kriminalforsorgen. Ikke mindst på hospitalerne er det vigtigt, at en optimal kost gavner helbredelsen og sikrer imod underernæring. I mange institutioner er der behov for at forbedre kvalitet og service i forplejningen. Brugere må, i højere grad end i dag, sikres en kost, som svarer til deres behov og ønsker.

Sundhedsministeren vil arbejde for, at kostforplejningen opprioriteres såvel organisatorisk som ledelsesmæssigt. Sundhedsstyrelsen planlægger en informationsindsats, som bl.a. vil omfatte ernæringsanbefalinger på daginstitutionsoverområdet.

Flere og flere voksne har problemer med overvægt og fedme. Fra 1987 til 1994 voksede andelen af overvægtige og svært fede fra 31 til 36%. Stigningen er størst blandt 45-66-årige mænd. Hovedårsagerne er ringe fysisk aktivitet og for meget fedt i kosten. Overvægt og specielt fedme øger risikoen for hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk, alders-sukkersyge og slid i hofter og knæ. Der planlægges derfor en målrettet oplysningsindsats over for højrisikogrupper – især mænd med stor overvægt på maven – og et større projekt til forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. Desuden overvejes et særskilt initiativ til forebyggelse af vægtrelateret sukkersyge. Det forventes, at rådgivningen primært vil foregå via praktiserende læger og kliniske diætister. Oplysningen vil især fokusere på en begrænsning af indtaget af fede fødevarer med et højt indhold af mættet fedt. Dette fedt anses især for sundhedsskadeligt og bør kun udgøre omkring 1/3 af det daglige fedtindtag.

En indsats til begrænsning af knogleskørhed vil få høj prioritet. Sundhedsstyrelsen er, sammen med Fødevarerdirektoratet, ved at kortlægge mulighederne for at forebygge og behandle knogleskørhed. En rapport herom ventes færdig i slutningen af 1997. Som følge af at der bliver flere ældre, ses knogleskørhed med stigende hyppighed hos begge køn men dog først og fremmest blandt ældre kvinder. Den enkelte kan imidlertid selv gøre en del for at begrænse den knoglesvækkelse, som sker med alderen. Forebyggelsen skal starte i barndommen, hvor

en kalkholdig kost og motion er med til at sikre opbygningen af en tæt og stærk knoglemasse. Desuden antages sygdomsrisikoen også at kunne mindskes senere i livet ved en kost med tilstrækkelig kalcium og D-vitamin, regelmæssig motion og et begrænset alkohol- og tobaksforbrug. En forstærket indsats mod sygdommen vil derfor nok i første række dreje sig om information om forebyggelsesmulighederne.

Undersøgelser tyder på, at et stort dagligt indtag af grøntsager og frugt har forebyggende virkning og bl.a. kan nedbringe antallet af kræft og hjerte-karsygdomme. De centrale sundhedsmyndigheder deltager i og følger denne dokumentation meget nøje og vil sikre, at ny viden kommer til at indgå i kostanbefalinger og oplysningsindsats.

Selvom danskerne får tilstrækkelig med de fleste livsnødvendige vitaminer og mineraler i deres kost, er der mange, som får for alt for lidt D-vitamin, jod eller jern. Det kan give mangelsygdomme, som f.eks. struma. I overvejelserne om initiativer til forebyggelse af disse mangler indgår dels mulighederne for at motivere flere til at spise fødevarer, der indeholder de manglende stoffer, dels spørgsmålet om at næringsberige visse fødevarergrupper, f.eks. ved forsøgsvis at tilsætte jod til salt. En eventuel næringsberigelse vil naturligvis ikke ske uden en nøje vurdering af behov, forsvarlighed og forventede resultater.

Et særligt problem er spiseforstyrrelser, herunder især de psykiske lidelser nervøs spisevægring og bulimi. Knap en tredjedel af de unge kvinder mellem 14 og 24 år er så belastede af bekymringer om deres vægt og spisning, at deres tilværelse og velbefindende påvirkes negativt. Underernæring i denne aldersgruppe kan have alvorlige fysiske og psykiske følger. Samtidig med at der skal ydes hjælp til de, for hvem det at spise er blevet et problem, må der imidlertid lægges vægt på ikke at sygeliggøre unge, der er sundheds- og vægtbevidste. Som i megen anden forebyggende indsats vil forebyggelse kun kunne gennemføres sammen med forældre, venner, lærere og andre med tæt kontakt til de unge. Sundhedsministerens forebyggelsesindsats vil omfatte en forebyggelse i flere faser. Forebyggelsen vil for det første lægge vægt på at styrke selvtillid og kropsbevidsthed tidligt i barndommen, oplysning om normal kropsudvikling og om risikoen ved at tabe sig, hvis man er normal- eller undervægtig. En andel del af forebyggelsen

skal rettes mod unge med risikoadfærd. Rådgivning til de unge vil først og fremmest blive givet i kommunernes forebyggende sundhedsordninger og hos de praktiserende læger.

Social ulighed i sundhed

Indsatsen for at skabe bedre rammer og vilkår og i det hele taget hjælpe og støtte de svage og udsatte i samfundet er uafbrudt genstand for en stor, levende og vedholdende politisk interesse på alle planer – i kommunalbestyrelser og amtsråd og i Folketing og regering – især inden for socialpolitik, beskæftigelsespolitik, uddannelsespolitik, boligpolitik, miljøpolitik og sundhedspolitik. Mange årtiers indsats på disse områder har medvirket til, at størstedelen af borgerne i Danmark har et godt liv med alment gode levevilkår og en god sundhedstilstand.

Både Middellevetidsudvalget og Socialkommissionen har imidlertid påvist tendenser til en polarisering, hvor op mod 20% af befolkningen både har dårlige levevilkår og en dårlig sundhedstilstand. Der er ved at opstå en sundhedskløft – det såkaldte 80/20-problem.

En række, samvirkende årsagsforhold er med til at placere op imod 20% af den danske befolkning i en særlig gruppe præget af dårligt helbred i kombination med ringe levevilkår i øvrigt. Ved siden af problemerne med sundheden har mange et opslidende arbejde, ringe eller ingen uddannelse, økonomien er dårlig og boligforholdene ringe. Børnene vokser op med en oplevelse af forældre, som ofte er dårlige til at løse problemer for sig selv og familien.

Gennem lovgivning og offentlige ydelser kan man forsøge at sikre alle lighed og retfærdighed med hensyn til levevilkår og sundhedstilstand. Men det vil ikke alene kunne løse problemet. Samhørighed med andre, familiernes omsorg for hinanden, et velfungerende socialt netværk, medindflydelse samt fællesskabet på arbejdspladsen, og hvor man bor, er faktorer, som i høj grad er afgørende for sundhed og sygdom samt for velfærd og trivsel.

Mennesker, der befinder sig i en social risikogruppe og også har en dårlig helbredstilstand, og som derfor kan have behov for hjælp fra både socialvæsenet og sundhedsvæsenet, vil ofte være at finde blandt modtagere af langvarig kontanthjælp, dagpengemodtagere, førtidspensionister, ufaglærte arbejdere med ustabile beskæftigelsesforhold, unge arbejdsløse uden uddannelse, gamle mennesker præget af sygdom og forvirring, alkoholiserede familier,

sindslidende, stofmisbrugere, senil demente, langtidsmodtagere af sygedagpenge samt blandt mennesker med hyppig kontakt til socialforvaltning, praktiserende læger og sygehus.

Børn i misbrugsfamilier udgør en særligt kritisk gruppe, som der i de senere år er gjort en målrettet indsats for at hjælpe. Med projektstøtte fra Alkoholpolitisk Kontaktudvalg arbejdes der på lokalt plan med at udvikle nye metoder i hjælpen og støtten til børn, som vokser op i misbrugsfamilier. Tidlig indsats kan afbøde følgerne af forældrenes misbrugsproblemer og modvirke, at barnet senere får behov for mere indgribende sociale foranstaltninger, eller at barnet i løbet af sin opvækst selv får et misbrugsproblem.

I dag nås risikogrupperne ikke i et tilfredsstillende omfang med de eksisterende forebyggelsestilbud. En del mennesker har slet ikke noget kendskab til de eksisterende tilbud og ordninger eller oplever dem ikke som tilgængelige eller relevante for dem i deres situation. Det er eksempelvis forældre, som ikke gør brug af de forebyggende helbredsundersøgelser, der tilbydes småbørnsfamilier, hvilket er særlig udtalt i København og blandt enlige forsørgere samt indvandrergupper.

En udjævning af den sociale ulighed i sundhed forudsætter en ændret opfattelse af samarbejdet mellem myndighederne – både statslige og kommunale – af fællesskabets muligheder, af de frivillige organisationers muligheder og af borgernes gensidige omsorg for hinanden.

Der er behov for en kvalitativt anderledes og sammenhængende indsats fra sundhedsområdets og socialområdets side for både at fremme trivsel og styrke forebyggelsen for denne gruppe. Det er ikke længere nok blot at øge ressourcerne for at gøre tingene på samme måde som hidtil. Regeringen ser det som sin opgave at bidrage til at koordinere og effektivisere samarbejdet mellem socialektoren og sundhedssektoren. Der skal sikres tættere kontakt og bedre samspil – og som forudsætning herfor – fælles holdning til problemløsning i systemer og blandt medarbejdere i socialektoren og sundhedssektoren.

Socialektoren og sundhedssektoren opsamler i en række tilfælde ensartede problemer. De to sektorer kan hver for sig opsamle og bearbejde erfaringer og viden om forhold, der i særlig grad skaber eller udløser sociale problemer og sygelighed. Det er imidlertid givet, at kvalite-

ten, udbredelsen og anvendelsen af denne viden på flere områder kan øges ved et tættere samarbejde mellem de to sektorer.

Løsningen af disse problemer vil kræve en tålmodig og vedholdende indsats, hvor man ikke skal regne med korte tidsterminer eller hurtige resultater. Her vil det være det lange, seje træk, der er behov for.

Problemstillingen – og løsningsmulighederne – er i de fleste tilfælde nært sammenknyttet med forhold og vilkår i lokalmiljøer. Kommunerne er dermed de offentlige myndigheder, som er de nærmeste til at tage aktivt del i den udviklingsopgave, som forestår. Af faggrupper, som i særlig grad er i berøring med problemstillingen, kan nævnes sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, socialrådgivere, alment praktiserende læger, daginstitutionspersonale, men også medarbejdere i skolevæsenet som f.eks. folkeskolelærere og skolepsykologer bør inddrages.

Regeringen har allerede taget et første skridt i retning af at styrke og forbedre en tværgående indsats i kommunerne. Efter anbefaling fra Regeringens Børneudvalg tog regeringen i 1995 initiativ til loven om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge blandt andet for at styrke og forbedre den kommunale indsats overfor de svageste stillede. Ud over at skabe en bedre sammenhæng og helhed mellem kommunernes forskellige sundhedstilbud – tværfagligt og tværsektorielt – giver loven bedre mulighed for at styrke den individorienterede indsats. For at tilgodese børn og unge med særlige behov er det pålagt kommunerne at oprette en tværfaglig gruppe, som skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab. En enkelt person i gruppen skal være ansvarlig for den nødvendige koordinering og for, at tiltag følges op. Det enkelte barn og forældrene har dermed fået en bestemt person at holde sig til.

Det samme tværsektorielle sigte har loven om forebyggende hjemmebesøg til ældre, som trådte i kraft den 1. juli 1996. Efter 1. juli 1998 skal alle ældre, der efter er fyldt 75 år, have tilbud om to – efter behov eventuelt flere – årlige hjemmebesøg. De forebyggende besøg tilrettelægges, så de efter behov kan tilbydes i særlige risikosituationer, f.eks. efter udskrivning fra hospital eller ved ægtefælles dødsfald. Formålet er gennem samtale at vurdere den ældres aktu-

elle livssituation med hensyn til trivsel, tryghed og sundhed i bred forstand uden at fokusere på et bestemt symptom/problem eller en bestemt sygdom. Sammen med den ældre vurderes det, om der er behov for at iværksætte særlige sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger, som kan løse eventuelle problemer, inden de bliver rigtig tunge. Det er forudsat, at samtalerne varetages af ansatte med et grundigt kendskab til såvel sociale som sundhedsmæssige forhold i bred forstand.

I fortsættelse heraf har socialministeren og sundhedsministeren nu i fællesskab taget spørgsmålet om social ulighed i sundhed op generelt ud fra en opfattelse af, at et centralt initiativ kan virke som katalysator for en yderligere udvikling i lokalområderne. Der er tale om en udviklingsproces som i højere grad, end tilfældet er i dag, forstærker og synliggør den fælles sociale og sundhedsmæssige dimension i de øvrige forebyggende ydelser. De enkelte forebyggelsesinitiativer må tage udgangspunkt i det enkelte menneske set i et bredere socialt perspektiv. Indsatsen vil typisk bygge på en stærkere inddragelse af brugere, sociale netværk, frivillig indsats, andre lokale parter deltagelse o.lign. Dialog med borgerne og samarbejde på tværs af systemer og sektorer vil være kodeord i en sådan udvikling.

Målet er at få gang i debat og idéudveksling de to sektorer imellem. Forskning og midler til udviklingsprojekter er typiske emner for det centrale niveau. Den egentlige proces med at etablere et integreret samarbejde med bedre sammenhæng i tilbudene til de svage grupper kan ikke løses centralt, men må primært sættes i værk i amterne og især i kommunerne. Sammen med udvalgte amter og kommuner følges temaet op med regionale konferencer, hvor der lægges særlig vægt på og tages udgangspunkt i lokale synspunkter og initiativer.

Mange konkrete aktiviteter er allerede i gang. De vil kunne få betydning for udviklingen af nye ideer. Der vil derfor fra centralt hold blive indsamlet konkret erfaringsmateriale om social ulighed i sundhed med henblik på at formidle et mere fuldstændigt billede af, hvad der allerede nu er i gang i spændingsfeltet mellem de to sektorer. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi vil stå for udarbejdelsen af en oversigt over aktuelle forsøgs- og udviklingsprojekter inden for social- og sundhedsområdet, der har til formål at reducere de sociale forskelle i sundhed eller afbøde konsekvenser heraf.

Oversigten vil tjene som grundlag for publicering af et katalog over ideer til en mere effektiv indsats i social- og sundhedssektoren til forbedring af velvære og trivsel for udsatte og svage grupper.

Regeringen vil samtidig skabe finansielt grundlag for ydelse af økonomisk støtte til nye lokale projekter, som skal sikre et bedre samspil og samarbejde – og som en forudsætning herfor – en fælles problemløsning i systemer og blandt medarbejdere i de to sektorer. Projekterne skal synliggøre og forstærke den sociale dimension i sundhedsarbejdet og sundhedsdimensionen i socialarbejdet.

På centralt hold vil der blive arbejdet med udvikling på lidt længere sigt af et sæt af konkrete social- og sundhedsfaglige anbefalinger, som anviser løsninger på typisk forekommende problemer vedrørende koordination og samarbejde, og som peger på muligheder for brugerinddragelse. Af særlig interesse vil det være at udvikle veje til en mere effektiv, gensidig informationsudveksling faggrupperne imellem uden dermed at antaste det enkelte menneskes krav på integritet. Det vil i den forbindelse blive undersøgt, om der i regler, aftaler og procedurer gældende for de to sektorer er barrierer, der er medvirkende til, at ikke alle borgere får gavn af de sociale og sygdomsforebyggende foranstaltninger, som tilbydes.

Også Forebyggelsespolitisk Råd har besluttet at tage den sociale ulighed i sundhed op til overvejelse med henblik på at fremlægge sin vurdering af spørgsmålet over for sundhedsministeren.

Forebyggelsen i sundhedsplanlægningen

Udløbet i år af den kommunale valgperiode afslutter også den første runde af amternes og kommunernes nye samarbejde på sundhedsområdet. Det betyder, at den første sundhedsplan fra hvert enkelt amt er ved at foreligge, og at der tilsvarende vil foreligge redegørelser for hver enkelt kommune.

Sundhedsplanlægningen er et stort skridt fremad i forebyggelsen. Efter loven skal hver enkelt plan – med udgangspunkt i en beskrivelse af sundhedstilstanden i amtskommunen – redegøre for amtets forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger og for samarbejdet herom med kommunerne i amtet. Også de kommunale redegørelser skal omhandle forebyggelsen.

Der vil således for første gang foreligge et omfattende dokumentationsmateriale til analyse og vurdering af den regionale og lokale forebyggelsesindsats. Hertil kommer, at selve tilbivelsesprocessen har været med til at bane vejen for en større opmærksomhed og et forbedret samarbejde om forebyggelse mellem amtet og kommunerne, praksissektoren og embedslægeinstitutionen i amtet.

Regeringen vil inden for nær fremtid give Folketinget en statusredegørelse for samarbejds erfaringerne fra første runde.

Regeringen vil efterfølgende – når alle planerne foreligger – gennemgå de enkelte planer med særlig fokus på beskrivelsen af forebyggelse og sundhedsfremme, herunder hvorledes opgavevaretagelse på dette område organisatorisk er forankret i hvert enkelt amt. Ud over en sammenfattende beskrivelse vil regeringen fremlægge tværgående analyser af behandlingen af udvalgte problemstillinger, bl.a. af de tidligere anbefalede plantemaer om alkohol og tobak.

Efter årsskiftet tager amter og kommuner så hul på den næste 4-årige planrunde på basis af den redegørelse, som sundhedsministeren efter loven skal afgive ved valgperiodens begyndelse. I den forbindelse vil de centrale myndigheder i samarbejde med de amtskommunale og kommunale parter være klar med oplæg til eventuelle nye plantemaer.

Forebyggelsens datagrundlag

Den danske medicinalstatistik gør det muligt at belyse udviklingen i befolkningens sundhedsvaner, sundhedstilstand og dødsårsager. Statistikken gør det også i et vist omfang muligt at belyse årsagerne til denne udvikling.

Det er sværere at måle livskvalitet. Man kan selvfølgelig spørge til den enkeltes livskvalitet, men det er vanskeligt at sammeneje forskellige personers opfattelser af, hvad der er et godt liv. Et godt liv kan være et liv både med og uden tobak, med og uden motion og med og uden et højt fedtindhold i kosten, men det er dog stadigvæk muligt at sige noget om sygdomsmønstre og dødelighed for rygere og overvægtige. Et langt liv uden alvorlige sygdomme vil for de fleste være ensbetydende med højere livskvalitet.

Statistiske oplysninger og analyser bør derfor indgå som et centralt element i beslutningsgrundlaget såvel for Folketing og regering, amtsråd og kommunalbestyrelser som for

administratorer og sundhedsprofessionelle i forbindelse med udarbejdelsen af konkrete forebyggelsespolitiske tiltag.

For at bidrage til et bedre overblik over forebyggelsesområdet har Sundhedsministeriet udarbejdet nøgletal, der ledsager denne redegørelse. Nøgletallene vil blive publiceret i en udvidet og opdateret form i efteråret 1998.

Ud over at styrke beslutningsgrundlaget for forebyggelsesindsatsen er det tanken, at nøgletallene skal kunne danne grundlag for en national sundhedsprofil som modstykke til de allerede definerede lokale sundhedsprofiler.

Forebyggelsesforskning

Forebyggelsesforskning er forskning i årsager til sundhed, identifikation af sygdomsårsager, forskning i udvikling af nye metoder til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse samt evaluering af sådanne metoders effektivitet.

Såvel i NASTRA-udvalgets betænkning fra 1995 som i den nationale delstrategi for sundhedsforskning fra 1997 er forebyggelsesforskning fremhævet som et af de højest prioriterede områder for den fremtidige sundhedsvidenskabelige forskningsindsats i Danmark.

Regeringen er således indstillet på at gøre en ekstra indsats på dette område.

Som en konsekvens heraf tilføres forebyggelsesforskningen yderligere statslige bevillinger. Således blev der med finansloven for 1997 over en fireårig periode tilført sundhedsforskningen – herunder forebyggelsesforskningen – 100 mio. kr. I regeringens forslag til finanslov for 1998 er der over fire år afsat 120 mio. kr. til forskning i sundhedsfremme.

Det er hensigten, at de nye midler skal give såvel eksisterende som nye forskningsmiljøer mulighed for en øget forskningsmæssig indsats til afklaring af den relativt dårlige udvikling i befolkningens middellevetid og samtidig gennemføre evalueringer af den hidtidigt gennemførte forebyggelsesindsats.

Forskning i forebyggelse og sundhedsfremme vil således kunne bidrage til en kvalificering af forebyggelsesindsatsen samtidig med, at der skabes en bedre forståelse for de forskellige determinanternes betydning for sundhedstilstandens udvikling.

Fremtidens forebyggelsesbillede

Nye genetiske tests kan i de kommende år danne grundlag for ikke blot nye behandlingsmuligheder, men også nye forebyggelsesmulighe-

der. Det er allerede muligt at diagnosticere arveanlæg for mange sygdomme, der skyldes et enkelt genetisk anlæg, eksempelvis cystisk fibrose, arvelige former for brystkræft og Huntingtons sygdom.

I de kommende år vil det formentligt blive muligt at diagnosticere anlæg for mere udbredte folkesygdomme, f.eks. former for kræft og hjerte-karsygdomme. Sådanne arvelige anlæg spiller sammen med miljøfaktorer og livsstilsfaktorer.

Øget viden om generne vil uvægerligt føre til et ændret syn på os selv og påvirke sundhedspolitikken.

Viden om arvelig risiko vil i nogle tilfælde gøre det muligt at forebygge sygdom ved omlægning af livsstilen.

På den anden side rejser genetiske tests af raske personer også etiske spørgsmål. Skal man tilbyde screening for at finde enkelte særlige udsatte? Skal en genetisk test altid ledsages af særlig rådgivning? Skal slægtninge, som også kan have arvet sygdommene, informeres? Og vil genetisk viden i nogle tilfælde sygeliggøre et ellers normalt liv?

Regeringen har bedt Etisk Råd om generelt at belyse de fordele og de problemer, der er forbundet med screeningsprogrammer, og især belyse de etiske problemer, som måtte opstå i takt med de hastigt øgede muligheder for screening for et betydeligt antal sygdomme.

Også Forebyggelsespolitisk Råd vil blive opfordret til at udtale sig om de genetiske tests og den fremtidige forebyggelsespolitik.

Afslutning

Forsøg på med kommandoformler for det perfekte liv at få hele befolkningen til at leve i nøje overensstemmelse med statsautoriserede sundhedsbudskaber – det er ikke regeringens forebyggelsespolitik.

Regeringen lægger stor vægt på løbende at holde den rette balance mellem på den ene side individets valgfrihed i forhold til egen sundhed og på den anden side samfundets muligheder for forebyggelse og sundhedsfremme i et fællesskab.

Det er indlysende, at sundhedsvæsenet – med sin omfattende viden om adfærd, der kan føre til sygdomme og ulykker – ikke skal holde denne viden tilbage. Sundhedsvæsenet har naturligvis en forpligtelse til formidle denne viden til befolkningen.

Samtidig er borgerne ikke udelt begejstrede for, at det offentlige hele tiden uopfordret konfronterer dem med løftede pegefingre i form af forebyggelsesbudskaber om livsstilsfaktorer som alkohol, tobaksrygning, ernæring, motion og seksualvaner.

Det er derfor nødvendigt at have en holdning til, hvor langt man skal gå over for borgerne. Det gælder respekten for menneskers egen opfattelse af »det gode liv« forstået på den måde, at man ikke skal forlange eller forvente, at alle vælger den ubetinget sundeste levevis i alle situationer.

Regeringen vil derfor sikre en balance i omfanget og udformningen af oplysningsvirksomheden. Forebyggelsespolitik måles ikke alene på, om det lykkes at »knække kurverne« i de nationale statistikker over befolkningens sundhedstilstand og middellevetid.

Regeringen vil samtidig fastholde en solidarisk indsats for tilvejebringelse af ydre rammer og vilkår, som giver den enkelte reelle muligheder for at træffe sunde valg, der ikke bunder i en oplevelse af skyld eller pligt, men som styrker evnen til at tage ansvar for os selv og hinanden.

Resumé af konkrete tilkendegivelser og initiativer

Regeringens konkrete tilkendegivelser og initiativer kan sammenfattes således:

- hjerte-karsygdomme, kræft, astma og allergi, sindslidelser samt muskel-skeletlidelser fastholdes som de prioriterede områder i den samlede forebyggelsesindsats tillige med forebyggelsen af narkotikamisbrug
- der vil ligeledes blive sat ind mod overforbruget af sove- og nervemedicin
- statslige midler til forebyggelse sikres på et uændret niveau i de kommende år – på sundhedsministerens område 115 mio. kr., hvortil kommer særlige forebyggelsesbevilgninger på de øvrige ministerområder
- med udgangen af 1998 gøres status over situationen på hvert af de forebyggelsesområder, der over en årrække har været prioriteret som hovedindsatsområder: astma-allergi, muskel-skeletlidelser, tobak, ernæring og alkohol
- de årlige, landsdækkende alkoholcampagner støttes fortsat
- fremsættelse af lovforslag om forbud mod salg af alkohol fra butikker til børn under 15 år overvejes

- håndhævelsen af forbudet mod udskænkning af alkohol til unge under 18 år skærpes
- en mulig præcisering af principperne for markedsføringen af alkohol overvejes med henblik på at sikre, at denne ikke i særlig grad retter sig imod børn og unge
- i et samarbejde med skolerne gennemføres en massiv indsats til begrænsning af alkoholforbruget blandt børn og unge
- fra centralt hold indsamles konkret erfaringsmateriale om social ulighed i sundhed med henblik på formidling af igangværende initiativer og projekter mellem de to sektorer
- fra centralt hold udarbejdes et katalog over ideer til en mere effektiv lokal indsats i social- og sundhedssektoren til forbedring af velfærd og trivsel for udsatte og svage grupper
- der skabes finansielt grundlag for ydelse af økonomisk støtte til nye lokale projekter, som skal sikre et bedre samspil og samarbejde samt en fælles problemløsning i de to sektorer
- der arbejdes med udvikling på lidt længere sigt af et sæt af konkrete social- og sundhedsfaglige løsningsforslag på typisk forekommende lokale problemer vedrørende koordination og samarbejde

Ernæring:

- på ernæringsområdet styrkes indsatsen, idet der samtidig lægges større vægt på sammenhængen mellem kostvaner og den enkeltes levekår og livsstil
- strategi og indsatsområder i ernæringspolitikken justeres i takt med udviklingen i levekår, nye produktionsmetoder og nye funktionelle fødevarer
- i ernæringsoplysningen søges nye veje med hovedvægt på målrettet tværfaglig information formidlet til udvalgte grupper og via sundhedspersonale og lokale instanser
- undervisningen om ernæring i sundhedsuddannelserne og i efteruddannelsen øges
- der arbejdes for, at den offentlige kostforplejningen lokalt opprioriteres såvel organisatorisk som ledelsesmæssigt
- en langsigtet oplysningsindsats for kost anbefalinger til både raske og risikogrupper i de forskellige vækstperioder fra foster til voksenalder planlægges
- en oplysningsindsats om begrænsning af fedtforbruget rettet til højrisikogrupper forberedes
- et særligt initiativ til forebyggelse af vægtrilateret sukkersyge overvejes
- en indsats til forebyggelse og anden begrænsning af knogleskørhed prioriteres højt
- en forebyggelsesindsats overfor spiseforstyrrelser, især de psykiske lidelser, nervøs spisevægring og bulimi, forberedes

Social ulighed i sundhed:

- indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed styrkes
- fra centralt hold bidrages der til at koordinere og effektivisere det lokale samarbejde mellem socialektoren og sundhedssektoren
- sammen med udvalgte amter og kommuner belyses problemstillingen på regionale konferencer

Sundhedsplanlægning:

- inden for nær fremtid forelægges en statusredegørelse for samarbejds erfaringerne fra første sundhedsplanlægningsrunde for Folketinget
- beskrivelsen af forebyggelse og sundhedsfremme i de enkelte amtskommunale sundhedsplaner gennemgås og sammenfattes
- tværgående analyser af sundhedsplanernes behandling af udvalgte problemstillinger, bl.a. af de tidligere anbefalede plantemaer om alkohol og tobak, fremlægges

Datagrundlag:

- den nøgletalspublikation, der ledsager den forebyggelsespolitiske redegørelse, udvides og opdateres i efteråret 1998 med henblik på at indgå som grundlag for en egentlig national sundhedsprofil

Forskning:

- en ekstra indsats gøres for at fremme forebyggelsesforskning som en del af den fremtidige sundhedsvidenskabelige forskningsindsats i Danmark
- over de næste 4 år foreslås 120 mio. kr. afsat til forskning i sundhedsfremme

Fremtidens forebyggelse:

- Forebyggelsespolitisk Råd opfordres til at udtale sig om genetiske tests som led i fremtidens forebyggelse

- Etisk Råd belyser generelt de fordele og de problemer, der er forbundet med screeningsprogrammer

Hermed slutter redegørelsen.

Skriftlig redegørelse

(Redegørelsen er optrykt i den ordlyd, hvori den er modtaget).

Fødevarerpolitisk redegørelse af 13/1 98 (Redegørelse nr. R 10).

Fødevarerministeren (Henrik Dam Kristensen):
RESUMÉ

Regeringen har med etableringen af Fødevarerministeriet ønsket at styrke indsatsen i forhold til fødevarerikkerhed og fødevarer kvalitet. Samtidig har regeringen ønsket at opnå en række administrative, kontrolmæssige og lovgivningsmæssige forenklinger.

Udviklingen i Danmark er afhængig af den internationale udvikling. Derfor er det vigtigt, at Danmark er i stand til at gøre sin indflydelse gældende i alle relevante internationale fora. Det giver oprettelsen af Fødevarerministeriet bedre mulighed for.

Regeringen vil både nationalt og internationalt arbejde for et højt beskyttelsesniveau. Regeringen vil ikke gå på kompromis med fødevarernes grundlæggende sikkerhed; den skal være i orden. Samtidig skal forbrugerne sikres gennemskuelig information, så de kan træffe reelle valg.

Regeringen fremlægger i denne redegørelse sine målsætninger for, hvordan Danmark kan bevare sin traditionelle position som foregangsland på fødevarerområdet til gavn for forbrugere, beskæftigelse og økonomi. Dette forudsætter en nøje koordinering af de offentlige ressourcer inden for forskning, regelfastsættelse og kontrol.

Konkret ønsker regeringen at forstærke indsatsen mod sygdomsfremkaldende mikroorganismer, f.eks. salmonella, og gennem en systematisk anvendelse af forsigtighedsprincippet at undgå forekomsten af forurenende stoffer i fødevarerne. Regeringen vil fortsætte den restriktive holdning til anvendelsen af tilsætningsstoffer og medicin. Regeringen mener, at forbuddet mod hormoner skal opretholdes og vil i EU arbejde for et forbud mod vækstfremmere.

Det er efter regeringens opfattelse afgørende for fødevarerikkerheden, at kontrolressourcerne anvendes optimalt, både fagligt og økonomisk.

Det er derfor regeringens hensigt at fortsætte linien med organisatorisk forenkling, der er startet med dannelsen af Fødevarerministeriet. Det skal ske gennem etablering af en enstrengt kontrolstruktur for hele fødevarerækeden.

Der skal være en alsidig fødevarerproduktion i Danmark. Det er vigtigt samtidig at sikre forbrugerne den nødvendige information for at kunne foretage et kvalificeret valg mellem de forskellige produkter. Det skal ske gennem en forstærket indsats på mærkningsområdet, herunder særlige mærker for produkter med særlige karakteristika, og på det generelle oplysningsområde.

Kostens sammensætning har en væsentlig indflydelse på befolkningens sundhedstilstand. Regeringen vil styrke forskningen både i kostens betydning for sundhed og sygdom og i hvilke faktorer, der påvirker befolkningens kostvaner. Det skal ske ved at udbygge og intensivere indsamlingen af kostdata. Regeringen vil fortsætte den generelle ernæringsoplysning både over for forbrugerne og i uddannelsessystemet.

Regeringen vil arbejde for, at fødevarerproduktionen skal foregå på en bæredygtig måde, både miljømæssigt, arbejdsmiljømæssigt og økonomisk, ligesom der skal tages hensyn til dyrevelfærd.

Regeringen er grundlæggende positiv over for nye teknologier inden for fødevarerproduktionen, men vil i hvert enkelt tilfælde fastholde en streng sundhedsmæssig og miljømæssig risikovurdering, som bygger på forsigtighedsprincippet.

Regeringen vil styrke fødevarerforskningen. Der skal ske en stærkere sammenkobling mellem forskning i råvarekvalitet og forskningen inden for den øvrige del af fødevarersektoren. For at sikre en fremtidig udvikling skal der sættes på en grundlæggende og strategisk forskning, der indebærer, at alle aspekter i fødevarerforskningen fra bord til jord/hav anskues ud fra en helhedsbetragtning.

1. INDLEDNING

Fødevarerikkerhed og fødevarer kvalitet er begreber, der i stigende grad har domineret både den offentlige og den politiske debat i de senere år. En væsentlig årsag hertil er den voldsomme udvikling, hele fødevarersektoren har gennemgået både teknologisk og produktmæs-