EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 22.12.2008
KOM(2008) 882 lopullinen

KOMISSION KERTOMUS NEUVOSTOLLE, EUROOPAN PARLAMENTILLE, EUROOPAN TALOUS- JA SOSIAALIKOMITEALLE JA ALUEIDEN KOMITEALLE

syöpäseulonnasta 2 päivänä joulukuuta 2003 annetun neuvoston suosituksen täytäntöönpanosta (2003/878/EY)

1. ALKUSANAT

1.1. Johdanto

Euroopan unionin terveysministerit hyväksyivät yksimielisesti 2. joulukuuta 2003 syöpäseulonnasta annetun suosituksen[1]. Neuvoston suosituksessa syöpäseulonnasta tuodaan esiin sekä tautirasitteen merkittävyys Euroopan väestölle että todisteet siitä, että syöpäseulonnoilla voidaan tehokkaasti vähentää rintasyövän, kohdunkaulasyövän ja paksusuolen ja peräsuolen syövän aiheuttamaa tautirasitetta.

Neuvoston antama suositus sisältää parhaiksi todettujen käytäntöjen periaatteet syövän havaitsemiseksi varhaisessa vaiheessa, ja siinä kehotetaan jäsenvaltioita yhteisin toimin panemaan täytäntöön kansallisia väestöpohjaisia seulontaohjelmia, joissa varmistetaan riittävä laatu kaikilla tasoilla ja otetaan huomioon mahdolliset syöpäseulontojen laadunvarmistusta koskevat eurooppalaiset ohjeet. Komissio on vastikään julkaissut ajantasaistetut ja laajennetut rintasyövän[2] ja kohdunkaulasyövän seulontaa[3] koskevat EU:n ohjeet syöpäseulontojen laadunvarmennuksesta. Parhaillaan laaditaan paksusuolen ja peräsuolen syöpäseulontojen laadunvarmistusta koskevia kattavia eurooppalaisia ohjeita.

Uusien syöpäseulontaohjeiden kehittäminen on osa terveyden ylläpitämistä ikääntyvässä Euroopassa, mitä korostetaan myös EU:n terveysstrategiassa[4]. Euroopan parlamentti on antanut päätöslauselmissaan tukensa suosituksen täytäntöönpanolle vuosina 2003[5], 2006[6] ja 2008[7].

Suosituksessa kehotetaan Euroopan komissiota raportoimaan syöpäseulontaohjelmista, tarkastelemaan, ovatko ehdotetut toimenpiteet tehokkaita, ja harkitsemaan, tarvitaanko lisätoimia. Tässä on kyseessä ensimmäinen näitä asioita koskeva komission kertomus.

1.2. Kertomuksen perusteet

Valmistellessaan tätä kertomusta komissio pyysi kaikkia 27 jäsenvaltiota vuoden 2007 jälkipuoliskolla vastaamaan kirjalliseen kyselyyn. Jäsenvaltioista 22 (eli 82 prosenttia) palautti vastauksensa toukokuuhun 2008 mennessä (Alankomaat,

---

1 Neuvoston suositus, annettu 2 päivänä joulukuuta 2003, syöpäseulonnasta (2003/878 (EY), EUVL L 327, s. 34–38.

2 EU guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – 4. painos: Luxemburg: Euroopan yhteisöjen julkaisutoimisto; ISBN: 92–79–01258–4, luettelonumero: ND-73–06–954-EN-C © Euroopan yhteisöt, 2006.

3 EU guidelines for quality assurance in cervical screening – 2. painos: Luxemburg: Euroopan yhteisöjen julkaisutoimisto; ISBN 978-92-79-07698-5, luettelonumero: ND-70-07-117-EN-C © Euroopan yhteisöt, 2008.

4 Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013, KOM(2007) 630 lopullinen, 23.10.2007.

5 Euroopan parlamentin 5 päivänä kesäkuuta 2003 antama päätöslauselma rintasyövästä Euroopan unionissa (P5_TA(2003)0270): EUVL C 68 E, 18.3.2004, s. 611.

6 Euroopan parlamentin päätöslauselma 25 päivänä lokakuuta 2006 rintasyövästä laajentuneessa Euroopan unionissa (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006): EUVL C 313 E, 20.12.2006, s.273.

7 Euroopan parlamentin päätöslauselma 10 päivänä huhtikuuta 2008 syövän torjunnasta laajentuneessa Euroopan unionissa (P6_TA(2008)0121).

Belgia, Espanja, Italia, Itävalta, Kreikka, Kypros, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Portugali, Puola, Ranska, Ruotsi, Saksa, Slovakia, Slovenia, Tšekki, Unkari, Viro, Yhdistynyt kuningaskunta).

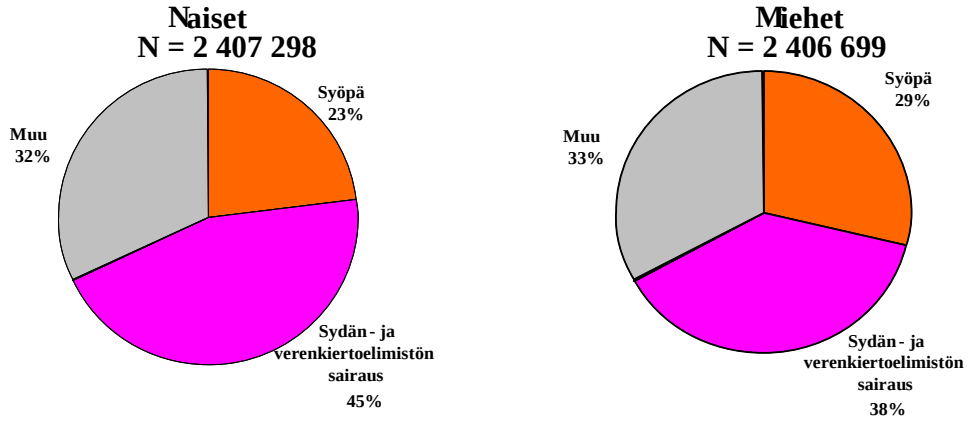
Kyselystä saatuja tietoja on täydennetty tiedoilla, jotka on saatu kahdesta meneillään olevasta EU:n kansanterveysohjelman (2003–2008[8]) eurooppalaisesta hankkeesta, jotka liittyvät syöpäseulontojen seurantaan, arviointiin ja laadunvarmistukseen: European Cancer Network (ECN, Euroopan syöpäverkosto) ja European Network for Information on Cancer (EUNICE, Euroopan syöpätietoverkosto).

Väestötilastot on saatu Euroopan tilastojärjestelmästä tai kansallisista lähteistä, jos niistä oli saatavana tuoreempaa tietoa. Alustavista tuloksista keskusteltiin terveysministerien kesken terveysneuvoston epävirallisessa kokouksessa Slovenian puheenjohtajakaudella huhtikuussa 2008, minkä jälkeen useat jäsenvaltiot toimittivat asiasta lisätietoja. Edellä mainituista syistä on nyt mahdollista raportoida kaikkien 27 jäsenvaltion tekemistä täytäntöönpanotoimista. Euroopan syöpäverkoston kokoamat ja analysoimat yksityiskohtaiset tulokset on julkaistu myös erillään (ECN Report[9]).

1.3. Syövän aiheuttama suhteellinen tautirasite osana kokonaistautirasitetta

Syöpä oli verenkiertoelimistön sairauksien jälkeen toiseksi yleisin kuolinsyy Euroopan unionissa vuonna 2006. Se aiheutti 20 prosenttia naisten kuolemista, eli 554 000 tapausta, ja 30 prosenttia miesten kuolemista, eli 698 000 tapausta (kuva 1a). Väestön ikääntymisen vuoksi lukujen oletetaan kasvavan vuosittain, jos EU ja jäsenvaltiot eivät toteuta ennaltaehkäiseviä toimia.

Kuva 1a. Kuolleisuus EU:ssa vuonna 2006 ja kahden yleisimmän kuolinsyyn osuus



Lähde: EUROSTAT 2006

---

8 Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1786/2002/EY, tehty 23 päivänä syyskuuta 2002, yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003-2008) hyväksymisestä, EYVL L 271, 9.10.2002, s. 1–11.

9 First report on the implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening by the European Cancer Network and the European Network for Information on Cancer: Luxemburg, (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

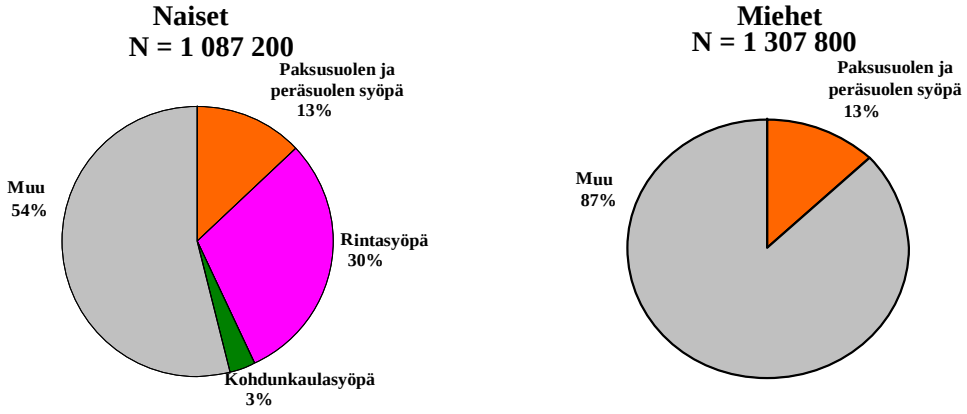
Vuosittain diagnosoidaan syöpä 3,2 miljoonalla eurooppalaisella. Yleisimpiä ovat rintasyöpä, paksusuolen ja peräsuolen syöpä ja keuhkosyöpä. Syövän aiheuttama tautirasite ei jakaudu tasaisesti Euroopan unionissa (ks. jäljempänä kohta 1.5)[10].

Kuten syöpäkuolleisuuden kansallisista eroista havaitaan, on mahdollista merkittävästi vähentää syöpäkuolleisuutta koko yhteisössä, jos EU:n tasolla jaetaan syövän ehkäisyyn ja torjuntaan liittyvää tietoa ja hyviä käytäntötapoja. Vuodesta 1987 lähtien ”Eurooppa syöpää vastaan” –ohjelmassa kehitetty EU:n laajuinen yhteistyö voi näin ollen tuoda merkittävää lisäarvoa erityisesti syöpäseulontojen osalta.

1.4. Rintasyövän, kohdunkaulasyövän ja paksusuolen ja peräsuolen syövän aiheuttama erityinen tautirasite

Rintasyöpä, kohdunkaulan syöpä sekä paksusuolen ja peräsuolen syöpä ovat merkittäviä kärsimyksen ja kuolleisuuden aiheuttajia Euroopan unionin jäsenvaltioissa[10]. Kansainvälinen syöväntutkimuskeskus (International Agency for Research on Cancer, IARC)[11] on arvioinut syöpien esiintyvyyttä ja kuolleisuutta. Sen mukaan EU:ssa havaittiin vuonna 2006 naisilla 331 000 uutta rintasyöpätapausta, ja 90 000 naista kuoli rintasyöpään. Samana ajankohtana kohdunkaulasyöpä havaittiin 36 500 naisella, ja 15 000 naista kuoli kyseiseen syöpään. Samaan aikaan todettiin uusia paksusuolen ja peräsuolen syöpätapauksia naisilla 140 000 ja miehillä 170 000. Tähän syöpään kuolleiden määräksi arvioitiin EU:ssa 68 000 naista ja 78 000 miestä. Yhdessä nämä syöpälajit kattavat naisilla lähes joka toisen uuden havaitun syöpätapauksen (47 prosenttia) ja joka kolmannen syöpäkuoleman (32 prosenttia). Paksusuolen ja peräsuolen syöpää on miehillä uusista syöpätapauksista 13 prosenttia, ja tämän syöpälajin osuus syöpäkuolemista on 11 prosenttia (kuvat 1b ja 1c).

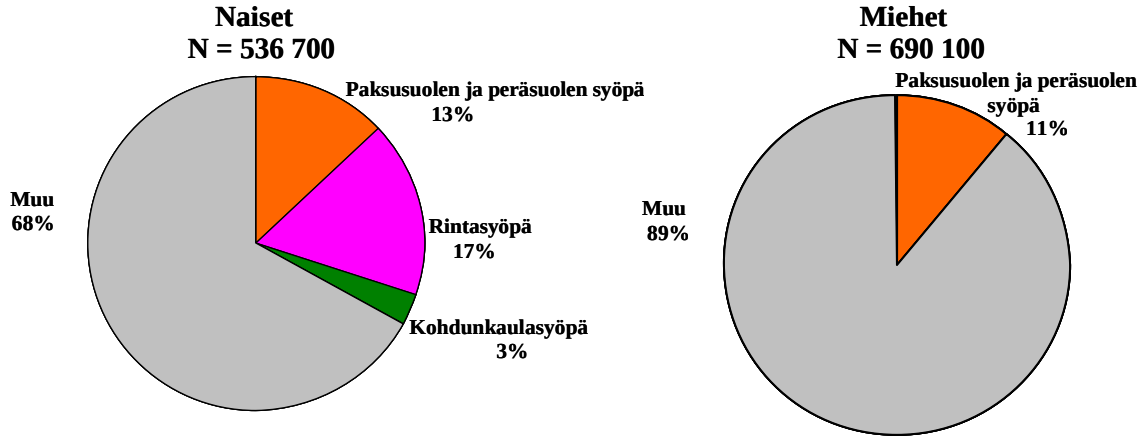
Kuva 1b. Syöpätapauksien kokonaismäärä EU:ssa vuonna2006 ja rintasyövän, kohdunkaulasyövän ja paksusuolen ja peräsuolen syövän osuus [9,10]



10 Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 18**:** 581-592.

11 IARC:n kuolleisuusarvio kohdunkaulasyövän osalta sisältää kuolemat, jotka on luokiteltu luokkaan ”tarkemmin määrittelemättömät kohdunrungon syövät”.

Kuva 1c: Syöpäkuolleisuus yhteensä EU:ssa vuonna 2006 ja rintasyövän, kohdunkaulasyövän ja paksusuolen ja peräsuolen syövän aiheuttama kuolleisuus. Lukujen pyöristämisen vuoksi naisten prosenttimäärien summa ei ole 100[9,10]



1.5. Eroja syövän esiintyvyydessä EU27-maissa[10]

Tarkasteltavina olevien syöpien esiintyvyys ja niiden aiheuttama kuolleisuus vaihtelevat merkittävästi EU:ssa. Ne ovat huomattava terveystaakka useissa jäsenvaltioissa.

Kansainvälisen syöväntutkimuskeskuksen (IARC) arvioiden mukaan rintasyövän esiintyvyys on suurin eli 137,8[12] Belgiassa, jossa kuolleisuus on 33,5. Kuolleisuuslukema oli korkein eli 34,5 Tanskassa, jossa esiintyvyys oli 122,6. Rintasyövän esiintyvyys on arvioiden mukaan alhaisin eli 61,2 Romaniassa, jossa kuolleisuus on 23,9. Kuolleisuus rintasyöpään on alhaisin eli 19,2 Espanjassa, jossa esiintyvyys on 93,6.

Kohdunkaulasyövän tautirasite on jakautunut erittäin epätasaisesti. IARC arvioi, että kohdunkaulasyövän esiintyvyys on korkein eli 24,5 Romaniassa, jossa kuolleisuus on myös korkein, 17,0. Kohdunkaulasyöpää todettiin vähiten eli 4,9 Suomessa, jossa myös kuolleisuus tähän syöpään oli alin eli 1,6. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta kohdunkaulasyöpätapauksia ja -kuolemia on huomattavasti enemmän niissä valtioissa, jotka liittyivät EU:hun vuosina 2004 ja 2007, kuin muissa jäsenvaltioissa.

Paksusuolen ja peräsuolen syövän esiintyvyys oli korkein eli 106,0 Unkarissa, jossa myös kuolleisuus oli korkein, 54,4. Paksusuolen ja peräsuolen syöpää todettiin vähiten eli 31,0 Kreikassa, jossa myös kuolleisuus tähän syöpään oli alin eli 15,5.

---

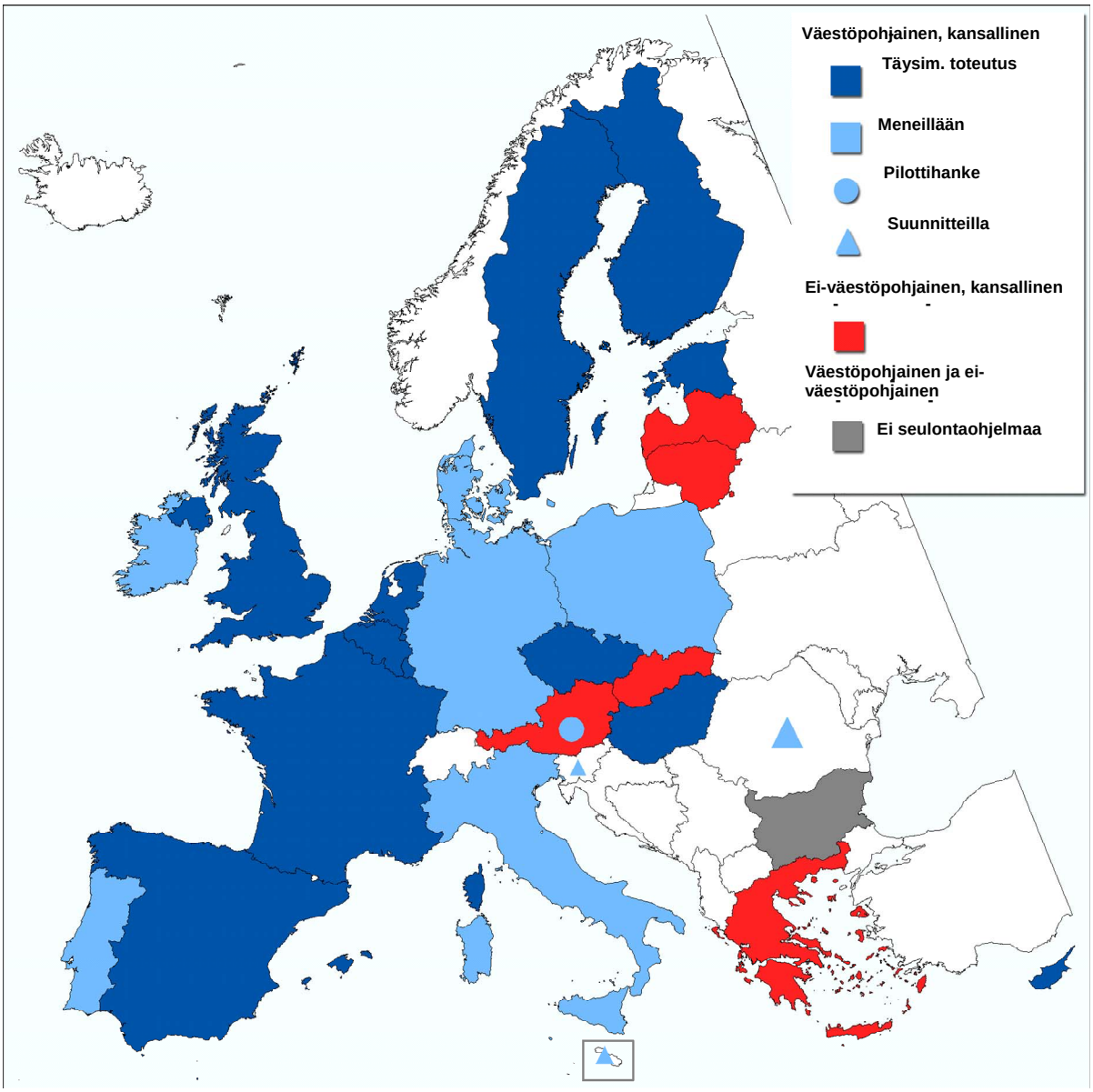
12 Tässä raportissa annetut luvut kuvaavat vakiokäytännön mukaan esiintyvyyttä ja kuolleisuutta 100 000:ta asukasta kohden.

2. TULOKSET

2.1. Yleiskatsaus

Kartoissa esitetään nykyiset väestöpohjaiset seulontaohjelmat EU:ssa.

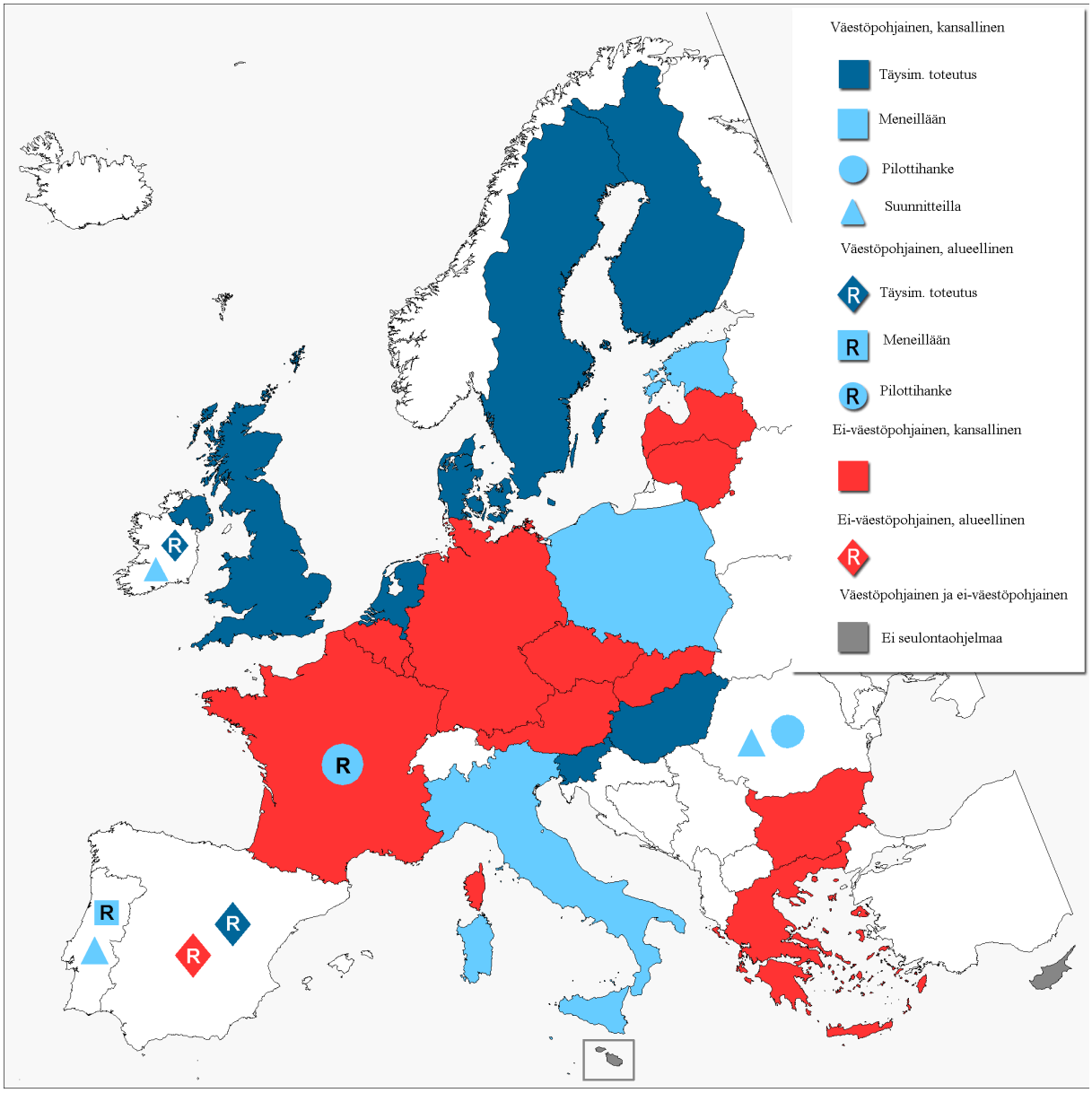
Mammografiaan perustuvien rintasyöpäseulontaohjelmien jakautuminen EU:ssa vuonna 2007



Kuva 2. Rintasyövän seulontaohjelmat Euroopan unionissa vuonna 2007 jaoteltuina ohjelmatyypeittäin (väestöpohjainen, ei-väestöpohjainen, ei seulontaohjelmaa) ja toteutuminen (väestöpohjainen: maanlaajuinen tai alueellinen, täysimääräinen toteutus tai meneillään, pilottihanke ja/tai suunnitteluvaiheessa; ei-väestöpohjainen: kansallinen tai alueellinen). Kuviossa esitetyissä ohjelmissa käytetään Euroopan unionin neuvoston vuonna 2003[1] suosittelemaa seulontatestiä (mammografiaa).

Lähde: ECN[9].

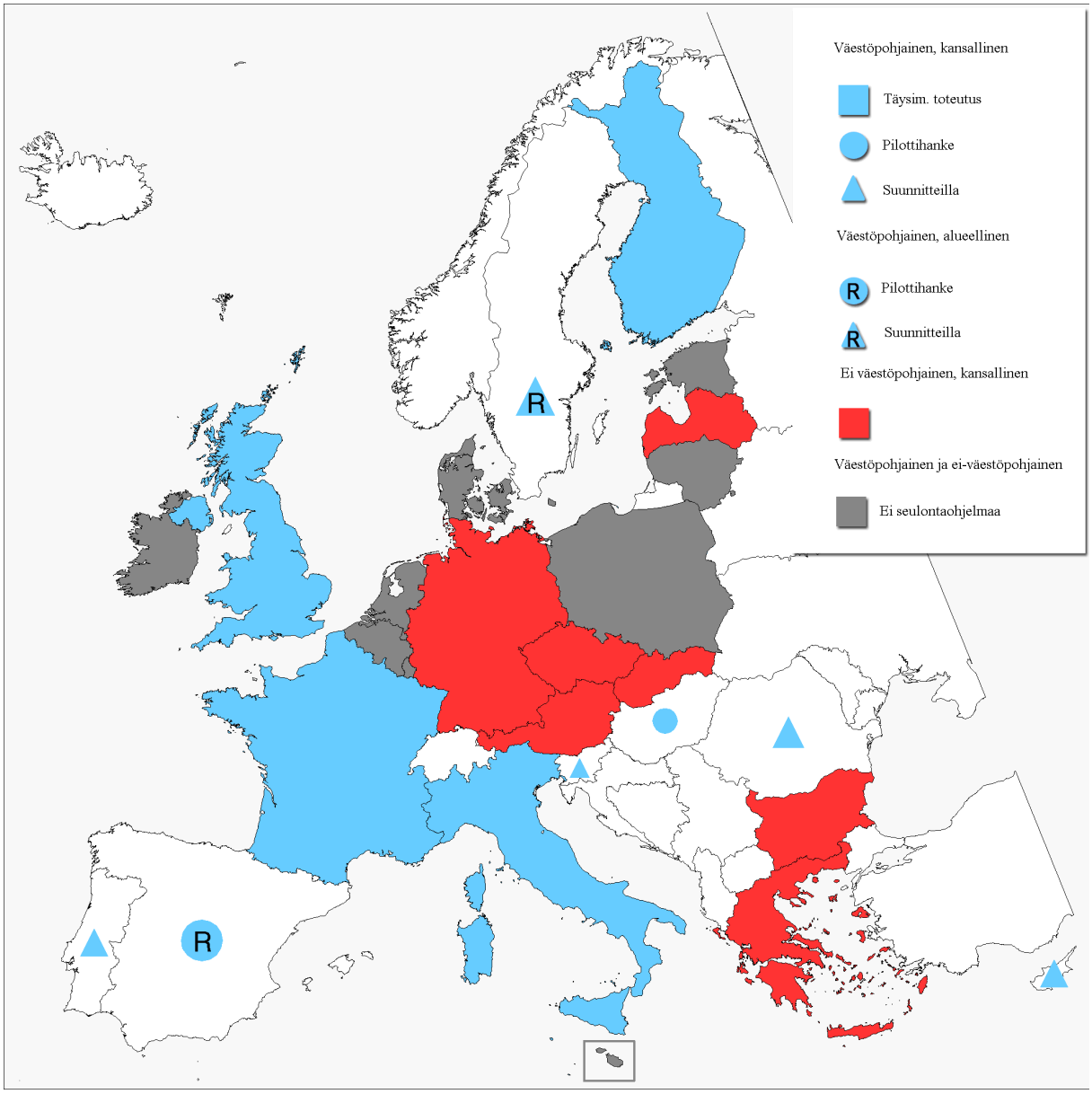
Kohdunkaulan sytologiaan perustuvien kohdunkaulasyöpäseulontaohjelmien jakautuminen EU:ssa vuonna 2007



Kuva 3. Kohdunkaulasyövän seulontaohjelmat Euroopan unionissa vuonna 2007 jaoteltuina ohjelmatyypeittäin (väestöpohjainen, ei-väestöpohjainen, ei seulontaohjelmaa) ja toteutuminen (väestöpohjainen: maanlaajuinen tai alueellinen, täysimääräinen toteutus tai meneillään, pilottihanke ja/tai suunnitteluvaiheessa; ei-väestöpohjainen: kansallinen tai alueellinen). Kuviossa esitetyissä ohjelmissa käytetään Euroopan unionin neuvoston vuonna 2003 suosittelemaa seulontatestiä (Papa-koe).

Lähde: ECN[9]

Ulosteen veritestiin perustuvien paksusuolen ja peräsuolen syövän seulontaohjelmien jakautuminen EU:ssa vuonna 2007



Kuva 4. Ulosteen veritestiin perustuvat paksusuolen ja peräsuolen syövän seulontaohjelmat Euroopan unionissa vuonna 2007 jaoteltuina ohjelmatyypeittäin (väestöpohjainen, ei-väestöpohjainen, ei seulontaohjelmaa) ja toteutuminen (väestöpohjainen: maanlaajuinen tai alueellinen, täysimääräinen toteutus tai meneillään, pilottihanke ja/tai suunnitteluvaiheessa; ei-väestöpohjainen: kansallinen tai alueellinen). Kuviossa esitetyissä ohjelmissa käytetään Euroopan unionin neuvoston vuonna 2003 suosittelemaa seulontatestiä.

Lähde: ECN[9]

Kuten edellä esitetyistä kolmesta kartasta käy ilmi, asiassa on edistytty, mutta paljon on vielä tehtävää:

- väestöpohjainen rintasyöpäseulonta käytössä tai valmisteltavana: ainoastaan 22 jäsenvaltiota
- väestöpohjainen kohdunkaulasyövän seulonta käytössä tai valmisteltavana: ainoastaan 15 jäsenvaltiota
- väestöpohjainen paksusuolen ja peräsuolen syövän seulonta käytössä tai valmisteltavana: ainoastaan 12 jäsenvaltiota.

Seulontatutkimuksia tehdään nykyisin EU:ssa vuosittain merkittävä määrä. Tämä määrä on kuitenkin alle puolet siitä tarkastusten vuosittaisesta vähimmäismäärästä, jota olisi syytä odottaa, jos syöpäseulontaa koskevassa neuvoston suosituksessa määritetyt seulontatestit olisivat kaikkien seulonnan kohteena oleviin ikäryhmiin kuuluvien EU:n kansalaisten ulottuvilla (noin 125 miljoonaa tutkimusta vuodessa). Lisäksi alle puolet (41 prosenttia) nykyisistä tutkimuksista tehdään sellaisissa väestöpohjaisissa ohjelmissa, joissa on tarvittava organisaatiorakenne neuvoston suosituksen edellyttämää laaja-alaista laadunvarmistusta varten.

2.2. Neuvoston suosituksen täytäntöönpano jäsenvaltioissa

2.2.1. Syöpäseulontaohjelmien täytäntöönpano

Suosituksen 1 kohdassa on annettu teknisiä, eettisiä ja oikeudellisia määräyksiä, joita jäsenvaltioissa on noudatettava seulontaohjelmien toteutuksessa. Kyseessä on kahdeksan suositusta, joilla varmistetaan näyttöön perustuva syöpäseulonta, parhaita toimintatapoja koskevien eurooppalaisten ohjeiden noudattaminen, eettisten normien noudattaminen hyödyistä ja riskeistä tiedottamisessa, seulonnassa havaittujen seikkojen asianmukainen seuranta sekä riittävä tietosuoja. Jäsenvaltioista 67 prosenttia on noudattanut useimpia näistä erityisesti seulontaohjelmien luomista käsittelevästä kahdeksasta suosituksesta.

2.2.2. Seulontatietojen rekisteröinti ja käsittely

Suosituksen 2 kohta sisältää neljä suositusta, joilla varmistetaan laatuvarmennetun seulontaohjelman asianmukainen toiminta lähettämällä ja uusimalla tarvittaessa seulontoihin lähetettyjä kutsuja sähköisesti sekä keräämällä, käsittelemällä ja arvioimalla kaikki seulonnoista saatava tieto.

Raporttien perusteella voidaan todeta, että suuri enemmistö vastanneista jäsenvaltiosta on toteuttanut edellä mainitut seikat. Vastanneista 22:sta jäsenvaltiosta 18 (eli 82 prosenttia) käyttää keskitettyä tietojärjestelmää ja kutsu/uusintakutsujärjestelmiä. Vastanneista 22 jäsenvaltiosta 20:ssä (eli 91 prosentissa) kerätään, käsitellään ja analysoidaan tietoa seulontatuloksista, tarkasteltavista henkilöistä, joiden seulontatulos oli positiivinen, sekä diagnoosista. Suositusta noudatetaan tarkasti myös tietojenkäsittelyssä eurooppalaisen tietosuojalainsäädännön mukaisesti etenkin henkilöiden terveystietojen osalta ennen syöpäseulontaohjelmien toteutusta.

2.2.3. Seuranta

Kohdassa 3 annetaan kolme suositusta, joilla pyritään luomaan tarvittava perusta laadunvarmistukselle, joka perustuu seulontaohjelmien säännölliseen seurantaan.

Vaikka suurin osa jäsenvaltioista raportoi tämän kohdan osalta noudattavansa kahta kolmesta seulontaohjelmien seurantaan liittyvästä alakohdasta, kyseessä on kuitenkin selvästi pienempi osuus kuin muissa kohdissa (kohtaa 6 lukuun ottamatta).

Neuvoston suosituksen 3 kohdan a alakohtaan perustuvaa organisoidun seulontaprosessin ja sen tulosten säännöllistä seurantaa toteutetaan riippumattoman vertaisarvioinnin avulla ainoastaan 55 prosentissa vastanneista jäsenvaltioista. Vastauksista 59 prosentissa ilmoitettiin tuloksista kerrottavan väestölle ja seulontaan osallistuvalle henkilöstölle viipymättä. Vastanneista jäsenvaltioista vain vähäinen määrä toteutti kyseistä seurantaa, mikä tuo esille näiden kysymysten rajallisen soveltuvuuden jäsenvaltioissa, joissa väestöpohjaisia syöpäseulontaohjelmia ei ole käynnistetty. Niiden jäsenvaltioiden verrattain vähäinen osuus (45 prosenttia), jotka ilmoittivat kansallisten syöpärekisterien seuraavan seulontaohjelmia, kaipaa vielä lisäselvitystä.

2.2.4. Koulutus

Kohdassa 4 annetaan suositus, joka korostaa seulontaohjelmiin osallistuvan terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen tärkeyttä.

Neuvoston suositusta koulutuksesta noudatetaan hyvin jäsenvaltioissa. Vastanneista 22 jäsenvaltiosta 20 (91 prosenttia) ilmoitti, että seulontaohjelmien henkilöstö on kaikilla tasoilla asianmukaisesti koulutettua, jotta voidaan varmistaa seulonnan laatu.

2.2.5. Seulontaan osallistumisen varmistaminen

Kohdassa 5 annetaan kaksi suositusta, joilla pyritään saamaan mahdollisimman suuri osa väestöstä seulontoihin. Suosituksiin sisältyy erityistoimi, jolla varmistetaan erityisen heikossa asemassa olevien sosioekonomisten väestöryhmien tasapuolinen pääsy seulontoihin.

Suuri osa jäsenvaltioista ilmoitti noudattavansa kyseisiä suosituksia. Vastanneista 22 jäsenvaltiosta 20 (91 prosenttia) ilmoitti, että järjestettyihin seulontoihin pyritään saamaan mahdollisimman suuri määrä seulonnan kohteena olevasta väestöstä. Vastanneista 22 jäsenvaltiosta 18 (82 prosenttia) ilmoitti, että ne toteuttavat toimia, joilla varmistetaan tasapuolinen pääsy seulontoihin ja otetaan huomioon tarve suunnata toimia tiettyihin sosioekonomisiin ryhmiin.

2.2.6. Uusien seulontatestien käyttöönotto

Kohdassa 6 annetaan viisi suositusta siitä, miten uusiin seulontamenetelmiin suhtaudutaan ja miten niitä käytetään silloin kun kyseessä ovat uudet seulontatestit tai neuvoston suosituksen liitteissä lueteltujen testien muunnelmat tai niihin tehdyt parannukset.

Vastanneista 22 jäsenvaltioista 11 (50 prosenttia) ilmoitti noudattavansa neuvoston suosituksen kohtaa 6, joka käsittelee kansainvälisen tutkimuksen tuloksien perusteella käyttöönotettuja uusia seulontatestejä.

3. PÄÄTELMÄT

Neljän vuoden kuluessa siitä, kun ministerineuvosto hyväksyi suosituksen syöpäseulonnoista, useimmat jäsenvaltiot ovat noudattaneet suositusta ja niissäkin jäsenvaltioissa, joissa suositusten täytäntöönpano ei ole vielä täysimääräistä, on tarkoituksena ryhtyä lisätoimiin. Näin Euroopan tason yhteisten ensisijaisten tavoitteiden ja periaatteiden luominen terveyspolitiikan alalla on johtanut jäsenvaltioissa toteutettuihin toimiin, joilla yhteisön politiikka ja yhteiset tavoitteet toteutetaan käytännössä.

Tehdyistä ponnisteluista huolimatta suositus on pantu täytäntöön vasta puoleksi, kun tarkastellaan asiaa koko EU:n osalta. Hieman alle puolet väestöstä, joka seulontojen pitäisi suosituksen mukaan kattaa, osallistuu seulontoihin. Lisäksi alle puolet kyseisistä tutkimuksista tehdään osana suosituksen mukaista seulontaohjelmaa.

Tämä kuvastaa hyvin, miten tärkeää on ryhtyä jäsenvaltioissa lisätoimiin, joita tuetaan jäsenvaltioiden välisellä yhteistyöllä ja väestöpohjaisia seulontaohjelmia aloittaville tai parantaville jäsenvaltioille tarjottavalla ammatillisella, organisatorisella ja tieteellisellä avulla. Tällaisesta tuesta ja seulontaohjelmien laadun kohentamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävistä lisätoimista voidaan odottaa saatavan merkittävää lisäarvoa.

Suosituksen täytäntöönpanoon suunnattua apua jatketaan. Esimerkiksi EU:n laajuisten akkreditointi- ja sertifiointijärjestelmien[13] kehittäminen ja kokeilu EU:n syöpäseulontojen laadunvarmennusohjeisiin perustuvissa seulontapalveluissa antaisi mahdollisuuden keskittyä ohjelmissa EU-normien saavuttamiseen. Tämä puolestaan antaisi jäsenvaltioille mahdollisuuden hyödyntää väestöpohjaista seulontaa väestöön kohdistuvan syöpärasitteen vähentämiseksi.

Vaikka nykyinen toimintamäärä on vielä kaukana siitä, mitä tulevaisuudessa voidaan odottaa, investoidaan tähän asiaan jo huomattavasti henkilö- ja rahoitusresursseja. Yhteisön tasolla ja jäsenvaltioissa tarvitaan jatkuvia ponnisteluja, jotta voidaan tunnistaa asianmukaiset ja tehokkaat toimenpiteet, joilla nykyisten ja tulevien seulontatoimien laatu, tehokkuus ja kustannustehokkuus voidaan varmistaa tieteellinen kehitys huomioon ottaen. Säännöllinen ja järjestelmällinen syöpäseulontaohjelmien toteutuksen tarkastelu, valvonta, arviointi ja EU:n laajuinen raportointi antaa jatkossakin tukea onnistuneista muutoksista kerättyjen tietojen vaihtoon ja mahdollistaa heikkojen kohtien tunnistamisen niiden korjausta varten.

Syöpä tulee yhä olemaan yksi suurimmista tautirasitteista Euroopan unionissa. Syöpäseulonnoista annettu suositus kuvastaa Euroopan unionin yhteistä sitoutumista käytännön toimiin, joilla vähennetään tautirasitetta, mikä hyödyttää niin yksilöitä, heidän perheitään kuin koko yhteiskuntaa. Kuten kertomuksesta käy ilmi, seulontatoimien toteuttaminen on haastava tehtävä, ja suosituksen täytäntöönpanossa on vielä paljon työtä.

Seulonnoissa on kyse vain yhdestä syöväntorjuntamuodosta. Nykyistä paremmalla syövän seurannalla ja ennaltaehkäisyllä yhteisön ja jäsenvaltioiden tasolla voidaan

---

[13] Tuotteiden kaupan pitämiseen liittyvää akkreditointia ja markkinavalvontaa koskevista vaatimuksista ja neuvoston asetuksen (ETY) N:o 339/93 kumoamisesta 9 päivänä heinäkuuta 2008 annettu Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 765/2008, EUVL L 218, 13.8.2008, s. 30–47.

vähentää syövän esiintymistä ja parhaiden toimintatapojen käyttöä syöpää sairastavien eduksi. Tähän vaikuttaa myös tulevaisuudessa eurooppalainen yhteistyö syöpätutkimuksen alalla. Komissio harkitsee myös, voidaanko jäsenvaltioita tukea lisää syöpään liittyvien erityishaasteiden ratkaisemiseksi ja millaista tällainen tuki voisi olla.

Vuonna 2009 komissio aikoo käynnistää syövän torjuntaa koskevan kumppanuusohjelman. Sen tarkoituksena on panna täytäntöön Euroopan unionin yhteistä sitoutumista edustavia käytännön toimia syövän ehkäisemiseksi ja torjumiseksi ja sen myötä vähentää eriarvoisuutta syövän torjunnassa. Kumppanuusohjelman tavoitteena on tukea jäsenvaltioita luomalla puitteet syövän ehkäisyä ja torjuntaa koskevaa tiedonhakua sekä tietojen ja asiantuntemuksen vaihtoa varten ja ottamalla mukaan asiaankuuluvia sidosryhmiä koko Euroopan unionin alueelta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, jolla vähennetään syövän aiheuttaman pahoinvoinnin taakkaa.