EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 22.12.2008
KOM(2008) 882 lõplik

KOMISJONI ARUANNE NÕUKOGULE, EUROOPA PARLAMENDILE, EUROOPA MAJANDUS- JA SOTSIAALKOMITEELE NING REGIOONIDE KOMITEELE

Nõukogu 2. detsembri 2003. aasta soovituse (vähktõve sõeluuringu kohta) (2003/878/EÜ) rakendamine

1. EESSÕNA

1.1. Sissejuhatus

Euroopa Liidu tervishoiuministrid võtsid 2. detsembril 2003. aastal ühehäälselt vastu soovituse vähktõve sõeluuringu kohta[1]. Euroopa Liidu Nõukogu soovituses vähktõve sõeluuringu kohta tunnistatakse nii vähktõvest tingitud haiguskoormuse olulist mõju Euroopa rahvastikule kui ka tõendeid rinna-, emakakaela- ja pärasoolevähi sõeluuringu tõhususe kohta haiguskoormuse vähendamisel.

Nõukogu soovituses täpsustatakse parima tava aluspõhimõtted vähktõve varajasel avastamisel ja kutsutakse liikmesriike üles võtma ühiseid meetmeid riiklike vähktõve sõeluuringuprogrammide rakendamiseks elanikkonnapõhise lähenemisviisi ja asjakohase kvaliteeditagamisega kõikidel tasanditel, võttes vähktõve sõeluuringute puhul arvesse kvaliteedi tagamist käsitlevaid Euroopa suuniseid, kui need on olemas. Komisjon avaldas hiljuti rinnavähki [2] ja emakakaelavähki [3] käsitlevad ELi ajakohastatud ja laiendatud suunised; praegu on ettevalmistamisel pärasoolevähi sõeluuringute kvaliteedi tagamist käsitlevad kõikehõlmavad Euroopa suunised.

Ka ELi tervishoiustrateegias on rõhutatud vähktõve sõeluuringute uute suuniste kui vananevas Euroopas tervise edendamise vahendi väljatöötamist [4]. Soovituse rakendamist on toetanud 2003. aastal[5], 2006. aastal[6] ja 2008. aastal[7] vastu võetud resolutsioonide kaudu ka Euroopa Parlament.

Soovituses kutsutakse Euroopa Komisjoni üles esitama aruandeid vähktõve sõeluuringuprogrammide rakendamisest, hindama kavandatud meetmete tõhusust ning kaaluma täiendavate meetmete vajadust. Käesolev on esimene selline aruanne.

1.2. Aruande alus

Kõnealust aruannet ette valmistades palus komisjon liikmesriikidel vastata kirjalikule uuringule 2007. aasta teises pooles. 27 liikmesriigist olid 2008. aasta maikuu seisuga saabunud täidetud küsimustikud 22-st (s.o 82 %) (Austria, Belgia, Eesti, Hispaania, Holland, Itaalia, Kreeka, Küpros, Leedu, Luksemburg, Läti, Malta, Poola, Portugal,

---

1 Nõukogu 2. detsembri 2003. aasta soovitus vähktõve sõeluuringu kohta (2003/878/EÜ): ELT L 327, lk 34–38.

2 Rinnavähi sõeluuringute ja diagnoosimise puhul kvaliteedi tagamist käsitlevad ELi suunised – 4. väljaanne: Luxembourg: Euroopa ühenduste ametlike väljaannete talitus; ISBN: 92–79–01258–4, kataloogi number: ND-73–06–954-EN-C © Euroopa ühendused, 2006.

3 Emakakaela vähi sõeluuringute puhul kvaliteedi tagamist käsitlevad ELi suunised – 2. väljaanne: Luxembourg: Euroopa ühenduste ametlike väljaannete talitus; ISBN 978-92-79-07698-5, kataloogi number: ND-70-07-117-EN-C © Euroopa ühendused, 2008.

4 Üheskoos tervise nimel: ELi strateegiline lähenemine aastateks 2008–2013, (KOM(2007) 630 lõplik, 23.10.2007.

5 Euroopa Parlamendi 5. juuni 2003. aasta resolutsioon rinnavähi kohta Euroopa Liidus (P5_TA(2003)0270): ELT C 68 E, 18.3.2004, lk 611.

6 Euroopa Parlamendi 25. oktoobri 2006. aasta resolutsioon rinnavähi kohta laienenud Euroopa Liidus (P6_TA(2006)0449 B6-0528/2006): ELT C 313 E, 20.12.2006, lk 273.

7 Euroopa Parlamendi 10. aprilli 2008. aasta resolutsioon vähktõvega võitlemise kohta laienenud Euroopa Liidus (P6_TA(2008)0121).

Prantsusmaa, Saksamaa, Slovaki Vabariik, Sloveenia, Tšehhi Vabariik, Ungari ja Ühendkuningriik).

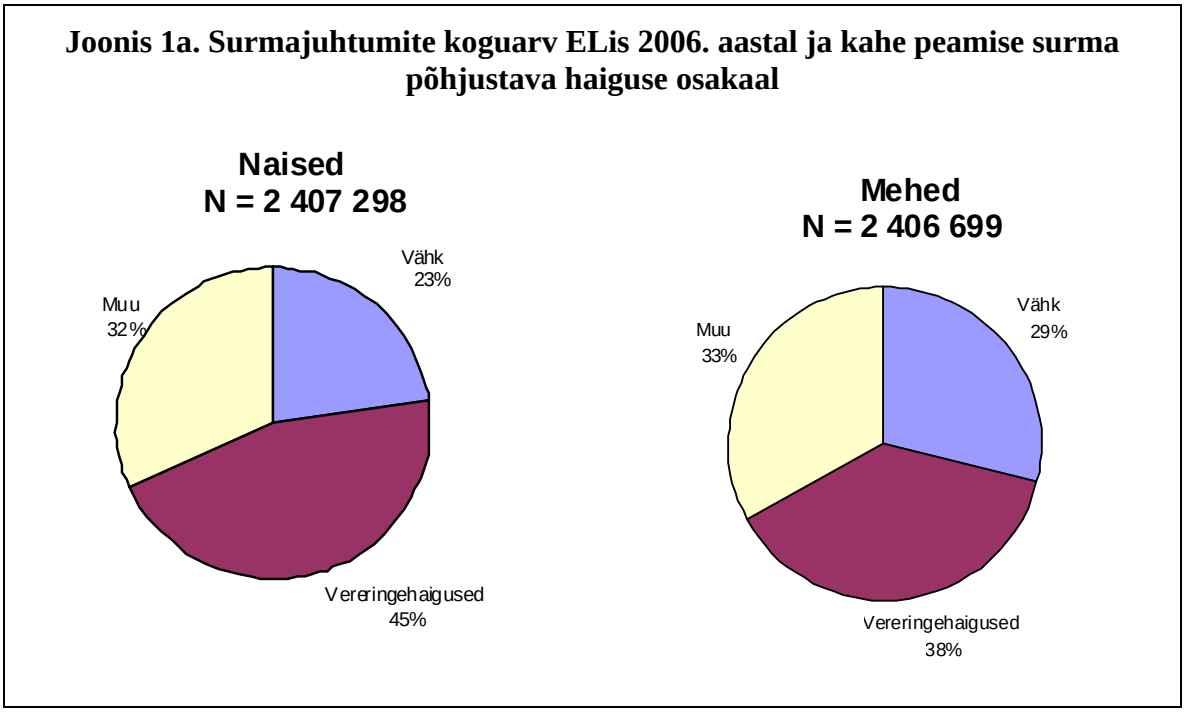
Kõnealust uuringut täiendas teave, mis saadi kahe käimasoleva Euroopa projekti käigus, mida toetab ELi rahvatervise programm (2003–2008[8]) ja mis käsitlevad vähktõve sõeluuringute jälgimist, hindamist ja kvaliteedi tagamist – need on Euroopa vähivõrgustik (ECN) ja Euroopa vähktõvealase teabe võrgustik (EUNICE).

Statistilised andmed rahvastiku kohta saadi Euroopa statistikasüsteemist või riigisisestest allikatest, kui oli võimalik saada uuemaid andmeid. Esialgseid uuringutulemusi arutati ka tervishoiuministritega mitteametlikus tervishoiunõukogus Sloveenia eesistumise ajal 2008. aasta aprillis, misjärel andsid mitu liikmesriiki lisateavet. See on võimaldanud esitada aruandeid programmi rakendamise seisu kohta kõigis 27 liikmesriigis. Euroopa vähivõrgustiku kõrvutatud ja analüüsitud üksikasjalikud uuringutulemused on samuti eraldi avaldatud (ECNi raport[9]).

1.3. Vähktõvest tingitud haiguskoormuse osa üldisest haiguskoormusest

Vähktõbi oli vereringehaiguste järel teine kõige levinum surma põhjustav haigus Euroopa Liidus 2006. aastal, põhjustades naiste puhul kaks surmajuhtumit kümnest (kokku 544 000 naist) ja meeste puhul kolm surmajuhtumist kümnest (kokku 698 000 meest) (joonis 1a). Vananeva elanikkonna tõttu suureneb see arv igal aastal tõenäoliselt veelgi, kui EÜ ja liikmesriigid ei võta ennetavaid meetmeid.

Joonis 1a. Surmajuhtumite koguarv ELis 2006. aastal ja kahe peamise surma põhjustava haiguse osakaal



Allikas: EUROSTAT 2006

8 Euroopa Parlamendi ja nõukogu 23. septembri 2002. aasta otsus nr 1786/2002/EÜ, millega võetakse vastu ühenduse tegevusprogramm rahvatervise valdkonnas (aastateks 2003–2008). EÜT L 271, 9.10.2002. lk 1-12.

9 Euroopa vähivõrgustiku ja Euroopa vähktõvealase teabe võrgustiku esimene raport vähi sõeluuringut käsitleva nõukogu soovituse rakendamise kohta: Luxembourg (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf).

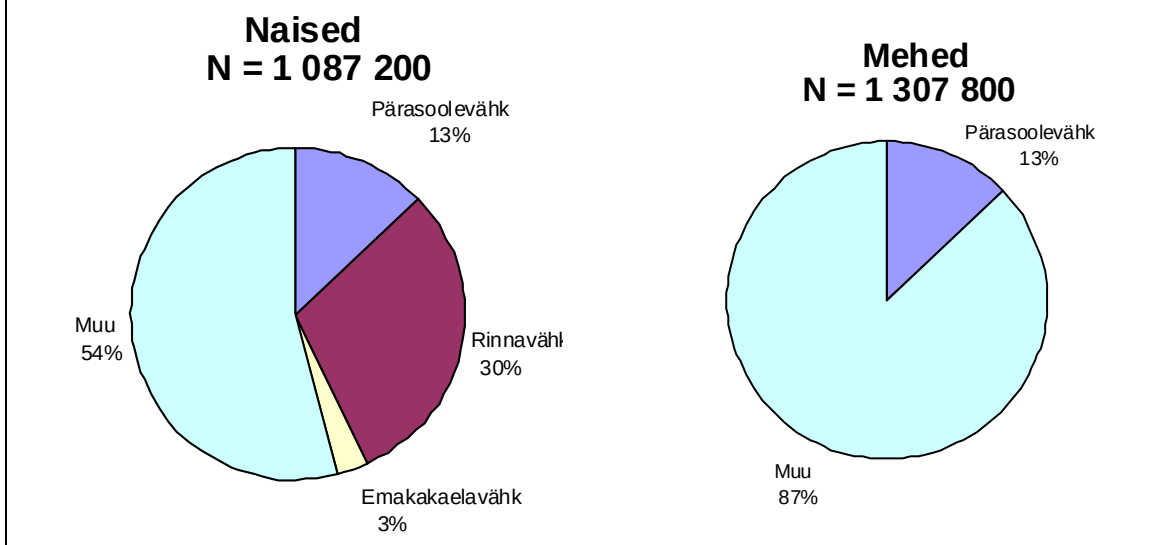
Vähktõbe diagnoositakse igal aastal 3,2 miljonil inimesel, kellest enamik põevad rinna-, pärasoole- või kopsuvähki. Vähi haiguskoormus ei ole aga Euroopa Liidus kaugeltki ühtlaselt jaotunud (täpsem teave punktis 1.5 allpool)[10].

Erinevused vähktõppe suremuses riikide lõikes viitavad sellele, et suremust vähktõppe ühenduses võib märkimisväärselt vähendada teabe ja heade tavade levitamise abil vähktõve ennetamise ja kontrollimise valdkonnas ELi tasandil. ELi koostöö võib seega anda olulist lisandväärtust, nagu on ette nähtud programmiga „Euroopa vähktõve vastu" alates 1987. aastast eelkõige vähi sõeluuringute valdkonna puhul.

1.4. Rinna-, emakakaela- ja pärasoolevähi haiguskoormus

Rinna-, emakakaela- ja pärasoolevähk on peamised kannatuste ja surma põhjustajad Euroopa Liidu liikmesriikides[10]. Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse (IARC) haiguste esinemissagedust ja haigustesse suremust käsitlevate hinnangute kohaselt esines 2006. aastal ELis naiste hulgas 331 000 uut rinnavähijuhtu ja 90 000 surmajuhtumit ning 36 500 uut emakakaelavähijuhtu ja 15 000 surmajuhtumit[11]. Samal ajal oli uute pärasoolevähijuhtude arv hinnanguliselt 140 000 naiste ja 170 000 meeste puhul. Pärasoolevähist tingitud surmajuhtumite arv ELis oli hinnanguliselt 68 000 naiste ja 78 000 meeste puhul. Kokku langeb nende vähktõvejuhtude arvele peaaegu üks kahest (47 %) uuest vähktõvejuhust ja üks kolmest (32 %) surmaga lõppevast vähktõvejuhtumist naiste hulgas ELis. Meeste puhul langeb praegu pärasoolevähi arvele üks kaheksast (13 %) uuest vähktõvejuhust ja üks üheksast (11 %) surmaga lõppevast vähktõvejuhtumist (joonised 1b ja 1c).

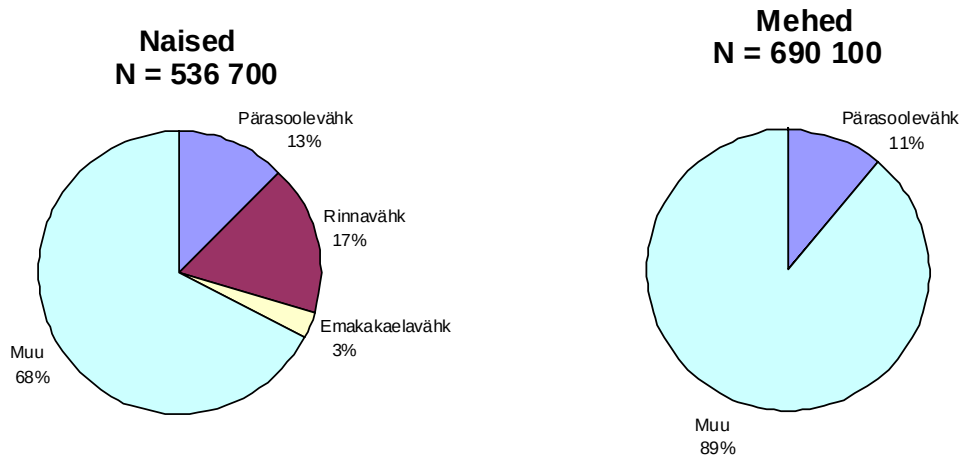
Joonis 1b. Vähktõvejuhtude arv ELis 2006. aastal ja rinna-, emakakaela- ja pärasoolevähi osakaal[9,10]



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 hinnangud emakakaelavähki suremuse kohta sisaldavad surmajuhtumite osa, mis omistatakse „määratlemata emakasisesele vähile".

Joonis 1c. Vähktõvest tingitud surmajuhtumite koguarv ELis 2006. aastal ja rinna-, emakakaela- ja pärasoolevähist tingitud surmajuhtumite osakaal. Ümardamise tõttu ei anna protsendid naiste puhul täpset summat välja.



1.5. Vähktõve haigestumuskordajate mitmekesisus EL 27s[10]

Nimetatud vähivormide esinemissagedus ja nendest tingitud surmajuhtumite arv on ELis väga erinev ning viitab äärmiselt olulisele probleemile tervishoiu vallas mitmetes liikmesriikides.

IARCi hinnangute kohaselt on kõige suurem rinnavähi haigestumuskordaja Belgias – 137,8 [12] , kusjuures suremuskordaja on 33,5, samal ajal on kõige suurem suremuskordaja Taanis – 34,5, kusjuures haigestumuskordaja on 122,6. Hinnangute kohaselt on kõige väiksem rinnavähi haigestumuskordaja Rumeenias – 61,2, kusjuures suremuskordaja on 23,9; kõige väiksem suremuskordaja on Hispaanias – 19,2, kusjuures haigestumuskordaja on 93,6.

Haiguskoormus on eriti ebaühtlaselt jaotunud emakakaelavähi puhul. Emakakaelavähi puhul on IARCi hinnangu kohaselt kõige suurem haigestumuskordaja Rumeenias – 24,5, kusjuures suremuskordaja on seal kõige suurem – 17,0. Kõige väiksem haigestumuskordaja on Soomes – 4,9, kusjuures seal on kõige madalam suremuskordaja – 1,6. Nii vähktõvejuhtude kui ka emakakaelavähist tingitud surmajuhtude osakaal on märgatavalt kõrgem kõikides (peale ühe) ELiga 2004. ja 2007. aastal ühinenud liikmesriikides.

Pärasoolevähi puhul on kõige suurem haigestumuskordaja Ungaris – 106,0 ning seal on ka kõige suurem suremuskordaja – 54,4. Pärasoolevähi puhul on kõige väiksem haigestumuskordaja Kreekas– 31,0 ning ka suremuskordaja on seal kõige madalam – 15,5.

---

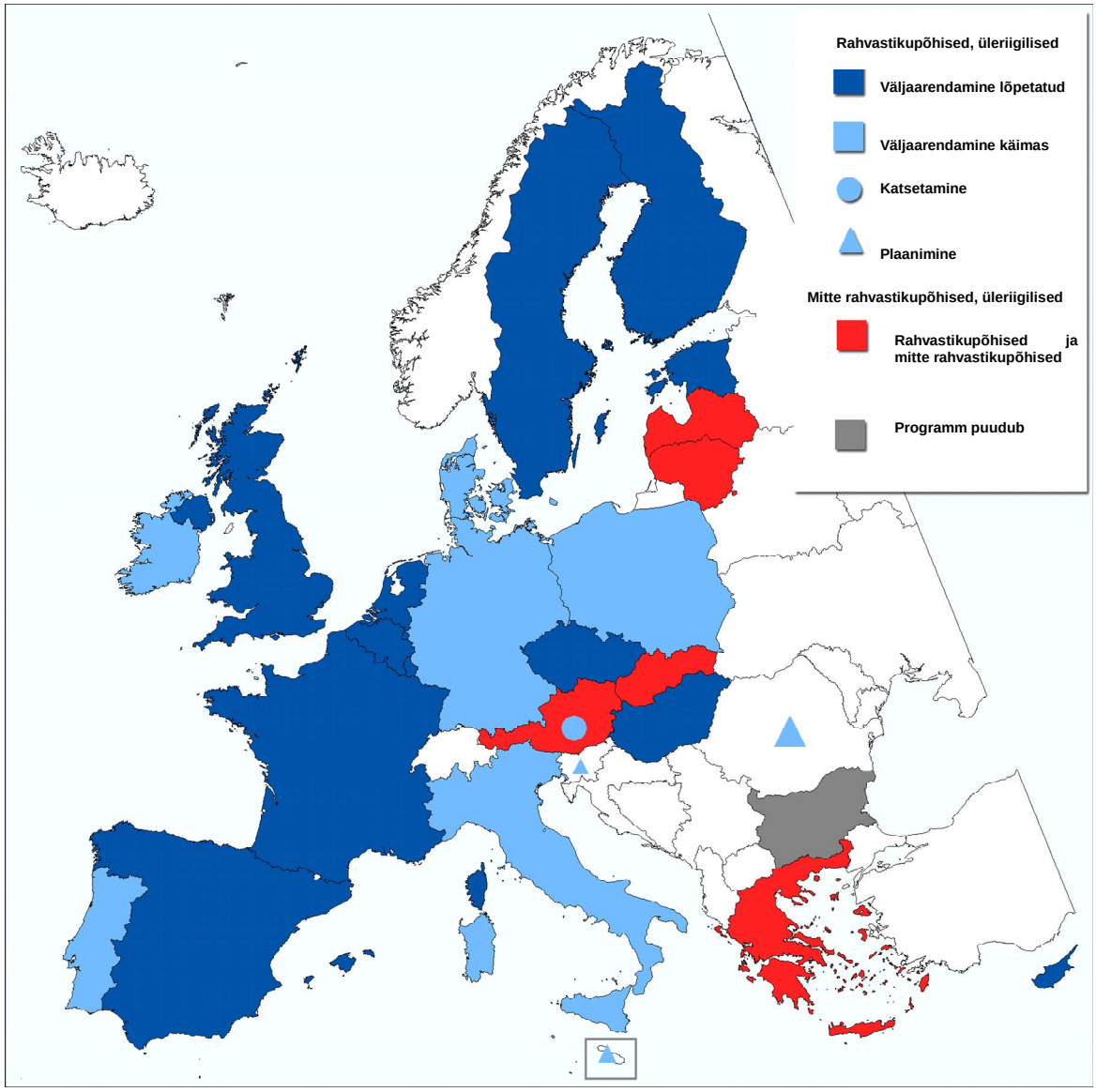
12 Standardpraktikat kajastades on käesolevas aruandes haigestumuskordajad ja suremuskordajad esitatud 100 000 elaniku kohta.

2. TULEMUSED

2.1. Uuringutulemuste ülevaade

Allpool olevad kaardid näitavad praegust rahvastikupõhiste sõeluuringuprogrammidega hõlmatust kogu ELis.

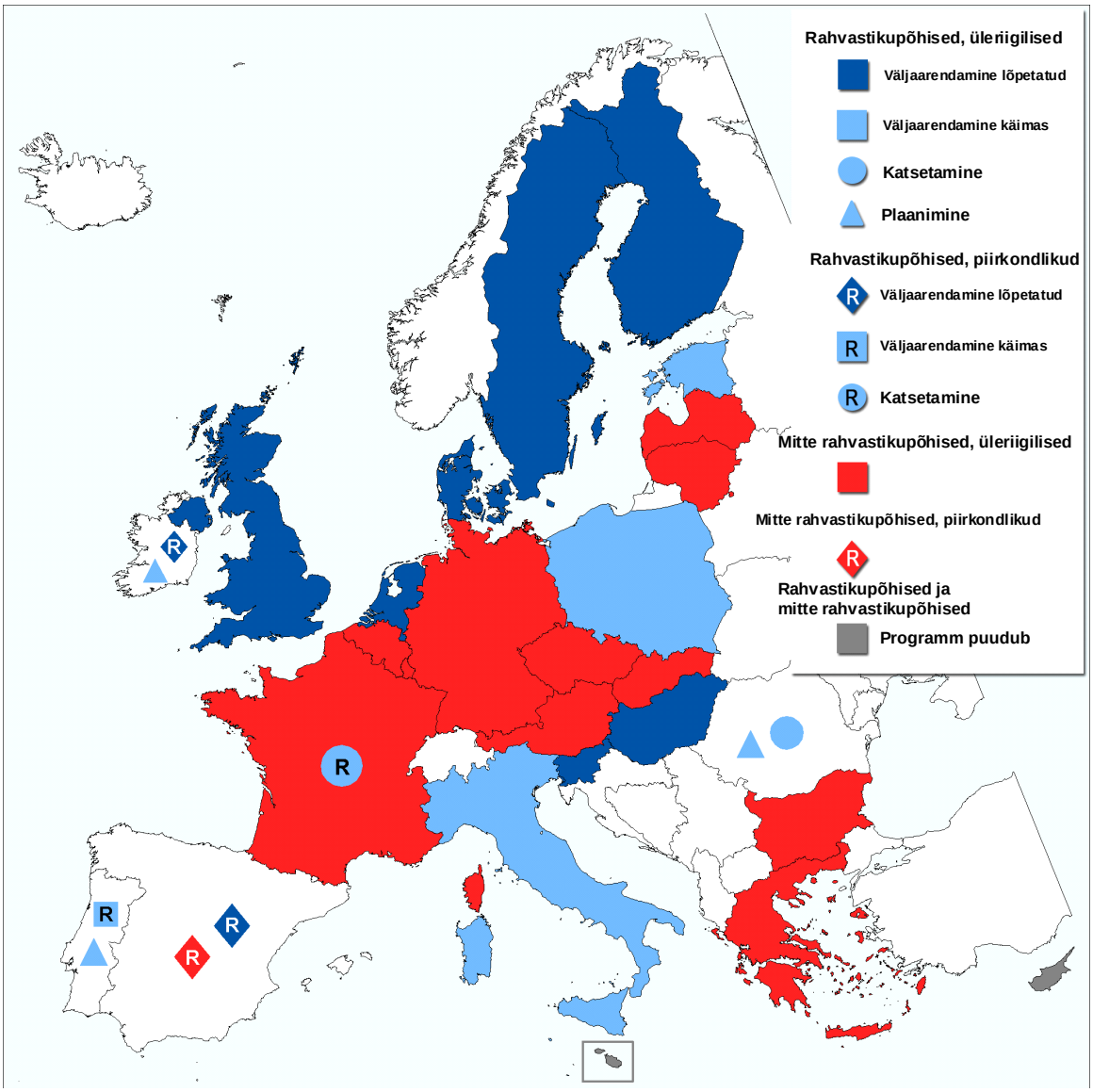
Mammograafial põhineva rinnavähi sõeluuringuprogrammide jaotus ELis 2007. aastal



Joonis 2. Rinna sõeluuringuprogrammid Euroopa Liidus 2007. aastal programmitüübi (rahvastikupõhised, mitte rahvastikupõhised; programmi ei ole) ja riigipoolse rakendamise lõikes (rahvastikupõhised: üleriigilised või piirkondlikud, väljatöötamine lõpule viidud või käimas, katsetamine ja/või planeerimine; mitte rahvastikupõhine: üleriigiline või piirkondlik). Esitatud programmides kasutatakse Euroopa Liidu Nõukogu poolt 2003. aastal[1] soovitatud sõeltesti (mammograafia).

Allikas: ECN[9]

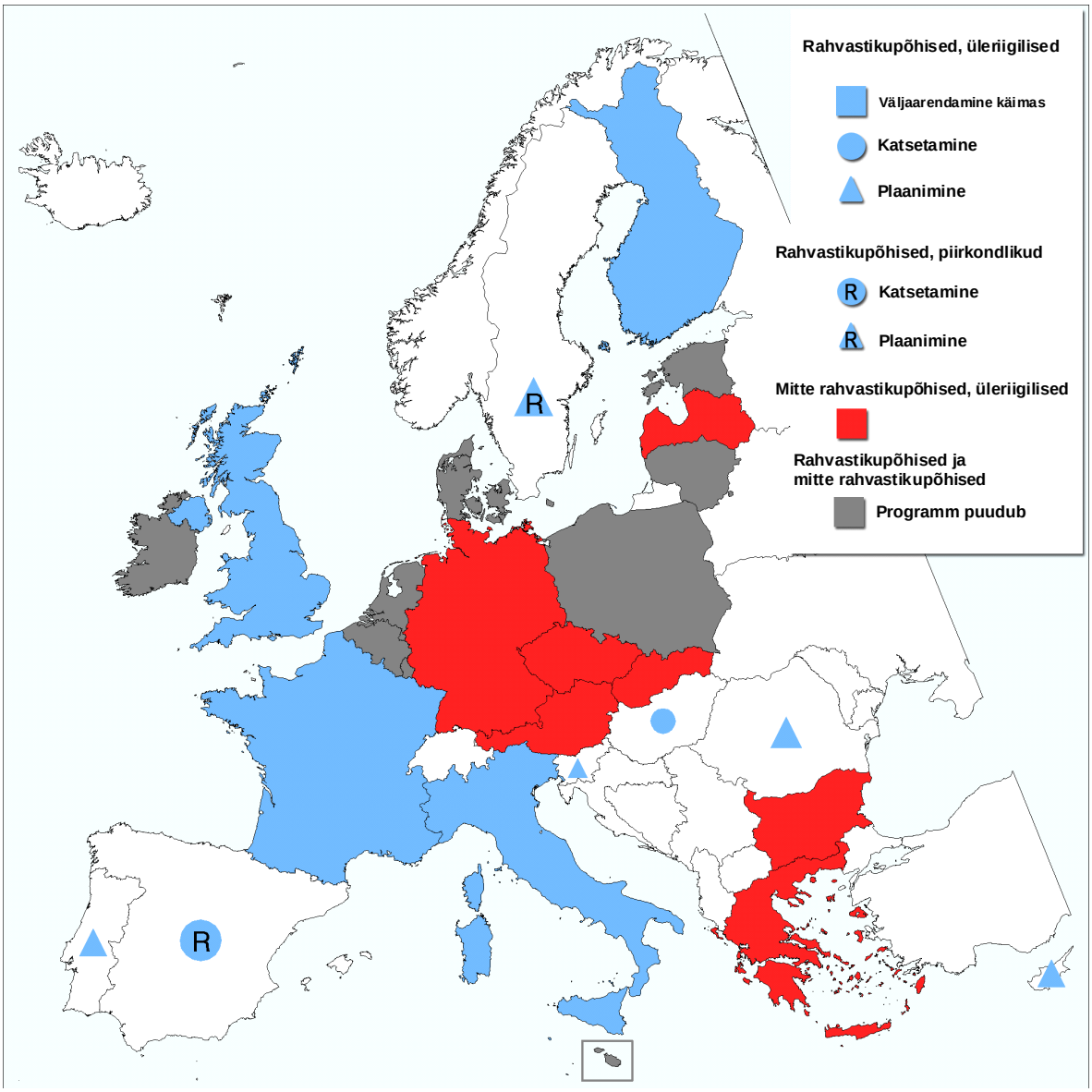
Emakakaela tsütoloogial põhineva emakakaelavähi sõeluuringuprogrammide jaotus ELis 2007. aastal



Joonis 3. Emakakaelavähi sõeluuringuprogrammid Euroopa Liidus 2007. aastal programmitüübi (rahvastikupõhised, mitte rahvastikupõhised; programmi ei ole) ja riigipoolse rakendamise lõikes (rahvastikupõhised: üleriigilised või piirkondlikud, väljatöötamine lõpule viidud või käimas, katsetamine ja/või planeerimine; mitte rahvastikupõhine: üleriigiline või piirkondlik). Esitatud programmides kasutatakse Euroopa Liidu Nõukogu poolt 2003. aastal[1] soovitatud sõeltesti (PAP-äigetest).

Allikas: ECN[9]

Väljaheites vere kindlakstegemise analüüsil põhineva pärasoolevähi sõeluuringuprogrammide jaotus ELis 2007. aastal



Joonis 4. Väljaheites vere kindlakstegemise analüüsil põhineva pärasoolevähi sõeluuringuprogrammid Euroopa Liidus 2007. aastal programmitüübi (rahvastikupõhised, mitte rahvastikupõhised; programmi ei ole) ja riigipoolse rakendamise lõikes (rahvastikupõhised: üleriigilised või piirkondlikud, väljatöötamine lõpule viidud või käimas, katsetamine ja/või planeerimine; mitte rahvastikupõhine: üleriigiline või piirkondlik). Esitatud programmides kasutatakse Euroopa Liidu Nõukogu poolt 2003. aastal[1] soovitatud sõelteste.

Allikas: ECN[9]

Nagu näitavad kolm ülaltoodud kaarti, on tehtud palju edusamme, kuid veel rohkem on vaja ära teha:

- rinnavähi puhul viivad vaid 22 liikmesriiki ellu rahvastikupõhiseid sõeluuringuprogramme või loovad neid;
- emakakaelavähi puhul vaid 15 liikmesriiki;
- pärasoolevähi puhul vaid 12 liikmesriiki.

Praegu aastas tehtavate sõeluuringute hulk on märkimisväärne, kuid moodustab siiski vähem kui poole minimaalsest uuringute arvust aastas, mida tuleks läbi viia, kui sõeltestid, mida nõukogu soovituses vähktõve sõeluuringu kohta ette nähakse, oleksid kättesaadavad kõigile soovituslikus eas ELi kodanikele (s.o ligikaudu 125 miljonit uuringut aastas). Lisaks sellele viiakse vähem kui pool praeguste uuringute mahust (41 %) läbi rahvastikupõhistes programmides, mis annavad korralduslikku raamistiku kvaliteeditagamissüsteemide rakendamiseks, nagu nõutakse nõukogu soovituses.

2.2. Nõukogu soovituse rakendamine liikmesriikides

2.2.1. Vähktõve sõeluuringuprogrammide rakendamine

Nõukogu soovituse esimene jagu sisaldab kaitsemeetmete ja tehniliste, eetika- ja õigusnormide kogumit, mida tuleb järgida sõeluuringuprogrammide rakendamisel liikmesriikides. See hõlmab kaheksat soovitust, millega tagatakse range sõeluuringuprogrammide rakendamise tõenditebaas, parimat tava käsitlevate ELi suuniste tunnustamine, eetikanormide järgimine kasu- ja ohtudealase teabe andmisel ja suutlikkus võtta piisavaid järelmeetmeid seoses uuringu käigus avastatud mis tahes kahjustusega ning viimase, kuid olulise aspektina, vajalikul tasemel andmekaitse. Andmetest selgub, et enamikku nimetatud kaheksast soovitusest, milles käsitletakse eriti sõeluuringuprogrammide loomist, järgivad vähemalt kaks kolmest liikmesriigist (67 %).

2.2.2. Uuringuandmete registreerimine ja haldamine

Teine jagu sisaldab neljast soovitusest koosnevat plokki, millega tagatakse kõikide selliste tagatud kvaliteediga sõeluuringuprogrammide nõuetekohane toimimine, mis nõuavad elektroonilist kutsete/tagasikutsete saatmise süsteemi ja kõikide sõeluuringutestidest saadud andmete kogumist, haldamist ja hindamist.

Andmete kohaselt järgib neid punkte väga suur osa küsimustikule vastanud liikmesriikidest. Kaheksateistkümnes liikmesriigis kahekümne kahest (82 %) kasutatakse programmide läbiviimisel ja kõikide uuringu sihtrühma kuuluvate isikute kohalekutsumiseks vastavalt tsentraliseeritud andmesüsteeme ja kutsete/tagasikutsete saatmise süsteeme. Kakskümmend liikmesriiki kahekümne kahest (91 %) teatavad, et lisaks sõeluuringutulemusi käsitlevate andmete kogumisele, haldamisele ja hindamisele kogutakse, hallatakse ja hinnatakse ka andmeid positiivsete sõeluuringutulemustega isikute hindamise ja diagnoosi kohta. Sama kõrge tase on saavutatud ka andmekäitlusnõuete täitmisel enne vähiuuringuprogrammide käivitamist, täielikus kooskõlas Euroopa andmekaitseseadustega, eelkõige seoses üksikisikute terviseandmeid käsitlevate õigusaktidega.

2.2.3. Järelevalve

Kolmas jagu koosneb kolmest soovitusest, mille eesmärk on luua sõeluuringuprogrammide korrapärase järelevalve kaudu vajalik alus kvaliteeditagamisele.

Kuigi enamik liikmesriike näitab, et neil on kaks kolmest käesolevas sõeluuringuprogrammide järelevalvet käsitlevas jaos esitatud konkreetsest punktist täidetud, oli nõuetele vastavus oluliselt väiksem kui enamiku punktide puhul kõikides teistes jagudes (välja arvatud kuues jagu).

Nõukogu soovituse punkti 3 alapunktiga a seoses teatab vaid 55 % vastanud liikmesriikidest, et korraldatud sõeluuringu käiku ja tulemusi kontrollivad korrapäraselt sõltumatud eksperdid ja 59 % näitab, et tulemustest antakse kiiresti aru üldsusele ja sõeluuringuid läbiviivatele töötajatele. Sellist järelevalvet teostavate liikmesriikide väiksem osakaal kajastab seda, et ELi uuringus on järelevalvet käsitlevaid küsimusi võimalik vaid piiratud ulatuses kohaldada nende liikmesriikide suhtes, kus rahvastikupõhiseid vähktõve sõeluuringuprogramme ei ole algatatud. Täiendavalt tuleb uurida, miks nende liikmesriikide osakaal, kus riiklikud vähktõveregistrid teostavad sõeluuringuprogrammide üle järelevalvet, on suhteliselt väike (45 %).

2.2.4. Koolitus

Neljas jagu sisaldab ühte soovitust, milles rõhutatakse, kui tähtis on kõikide sõeluuringuprogrammides osalevate tervishoiutöötajate koolitus.

Andmed näitavad, et nõukogu soovituste neljanda ehk koolitust käsitleva jao nõuded on väga suurel määral täidetud. Kahekümne kahest liikmesriigist kakskümmend (91 %) teatavad, et sõeluuringuprogrammis osalevad töötajad on uuringu kvaliteedi tagamiseks piisavalt koolitatud kõikidel tasanditel.

2.2.5. Nõuete järgimine

Viies jagu koosneb kahest soovitusest, millega püütakse saavutada võimalikult täielik nõuete järgimine elanikkonna uuringute puhul, tagades sealhulgas erimeetmed, mis võimaldavad eriti haavatavatele sotsiaalmajanduslikele rahvastikurühmadele võrdse juurdepääsu uuringutele.

Suur osa liikmesriikidest näitab, et nad järgivad neid soovitusi. Kahekümne kahest liikmesriigist kakskümmend (91 %) teatavad, et sõeluuringut korraldades püütakse tagada uuringu soovitusliku sihtrühma hõlmamise kõrge tase. Kahekümne kahest liikmesriigist kaheksateist (82 %) teatavad, et võetakse meetmeid tagamaks võrdne juurdepääs sõeluuringule, võttes asjakohaselt arvesse vajadust suunata uuring teatavatele sotsiaalmajanduslikele rühmadele.

2.2.6. Uute sõeltestide kasutuselevõtt

Kuues jagu koosneb viiest soovitusest, kuidas tegelda uute sõeluuringumeetoditega ja neid rakendada kahe selgelt eristuva olukorra puhul: uued sõeltestid ja vähktõve sõeluuringut käsitleva nõukogu soovituse lisas loetletud soovitatud sõeltestide muudatused või täiustused.

Kahekümne kahest liikmesriigist orienteeruvalt 11 (50 %) teatavad, et nad järgivad nõukogu soovituse kuuenda jao vastavaid punkte, kus käsitletakse uute sõeltestide kasutuselevõttu, võttes arvesse rahvusvaheliste teadusuuringute tulemusi.

3. JÄRELDUSED

Neli aastat pärast seda, kui Euroopa Liidu ministrite nõukogu võttis vastu soovituse vähktõve sõeluuringu kohta, on enamik liikmesriike soovitustega tööd teinud ja kavatseb võtta edasisi meetmeid seal, kus rakendamine ei ole veel lõpule viidud. Seega on tervishoiupoliitika ühisprioriteetide ja –põhimõtete sõnastamisele Euroopa tasandil järgnenud meetmed liikmesriikide tasandil, et viia ellu ühiseid põhimõtteid ja prioriteete.

Olulistele jõupingutustele vaatamata on EL tervikuna kõnealuse soovituse rakendamisega siiski vaid umbes poolel teel. Elanikkonnast, keda sõeluuring vastavalt soovitusele hõlmama peaks, on tegelikult kaasatud veidi vähem kui pool ja vähem kui pool kõnealustest läbivaatustest viiakse läbi soovituse sätetele vastavate sõeluuringuprogrammide raames.

See osutab vajadusele suuremate jõupingutuste järele liikmesriikides; see peaks toimuma liikmesriikidevahelise koostöö ning ametialase, korraldusliku ja teadusalase toetuse kaudu liikmesriikidele, kes püüavad rahvastikupõhiseid sõeluuringuprogramme rakendada või täiustada. Selliselt toetuselt ja täiendavatelt jõupingutustelt sõeluuringuprogrammide kvaliteedi parandamiseks ja säilitamiseks võib oodata olulist lisandväärtust.

Jätkub töö soovituse rakendamise toetamise nimel. Näiteks kogu ELis kasutuselevõetavad sõeluuringuteenuste akrediteerimis-/sertifitseerimiskavad [13] – nende arendamine ja katsetamine põhineksid ELi vähktõve sõeluuringute kvaliteeditagamise suunistel ning need võimaldaksid programmidel suunata jõupingutused ELi standardite saavutamisele. See võimaldaks omakorda liikmesriikidel kasutada ära rahvastikupõhiste sõeluuringute potentsiaali vähendada elanikkonna hulgas vähi haiguskoormust.

Kuigi praegune tegevuse maht jääb ikka veel kaugele tasemest, mida tulevikus oodata võib, on juba praegused inimressursside ja rahaliste vahendite kulutused märkimisväärsed. On vaja püsivaid jõupingutusi nii liikmesriikides kui ka ühenduse tasandil, et rakendada asjakohaseid ja tõhusaid meetmeid, tagamaks sõeluuringute alase tegevuse kvaliteet, tõhusus ja kulutasuvus teaduse arengust lähtudes nii praegu kui ka tulevikus. Vähktõve sõeluuringuprogrammide rakendamise korrapärane süstemaatiline uurimine, järelevalve, hindamine ning kogu ELi hõlmav aruandmine rakendamise seisust toetab jätkuvalt teabevahetust edusammude kohta ning aitab välja selgitada probleeme, mis vajavad lahendamist.

Vähktõbi kujutab endast ikka veel üht kõige suuremat tervisehädade allikat Euroopa Liidus. Vähktõve sõeluuringut käsitlev soovitus kujutab endast kogu ELi hõlmavat kohustust võtta praktilisi meetmeid selle haiguskoormuse vähendamiseks

[13] Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 765/2008, millega sätestatakse akrediteerimise ja turujärelevalve nõuded seoses toodete turustamisega ning tunnistatakse kehtetuks määrus (EMÜ) nr 339/93: ELT L 218, 13.8.2008, lk 30–47.

tegelikkuses nii kodanike ja nende perekondade kui ka ühiskonna hüvanguks tervikuna. Nagu näitab kõnealune aruanne, on nimetatud sõeluuringute kasutuselevõtt tõeline väljakutse ja soovituse täielikuks rakendamiseks tuleb teha veelgi rohkem tööd.

See jõupingutus puudutab vaid ühte vähktõvevastase tegevuse aspekti. Meetmed vähktõve paremaks jälgimiseks ja ennetamiseks ühenduse ja liikmesriikide tasandil võivad aidata vähendada üldist haigusjuhtude esinemise arvu; parima tava kohase ravi kohaldamine saab aidata tagada vähki põdevate inimeste puhul paremaid tulemusi, nii nagu seda saab ka vähktõveuuringute alane koostöö tulevikus. Komisjon kaalub samuti, kas ja millist edasist toetust on liikmesriikidele võimalik anda vähktõvega seotud probleeme puudutavate konkreetsete küsimustega tegelemiseks tulevikus.

Komisjonil on 2009. aastal kavas käivitada algatus vähktõvevastase võitluse partnerluse näol. Partnerlusega nähakse ette kogu ELi hõlmavad kohustused vähktõve ennetus- ja kontrollitegevuseks, aidates seeläbi kaasa erisuste vähendamisele vähktõvevastases võitluses. Eesmärgiks on toetada liikmesriike, luues vähktõve ennetuse ja kontrolli alase teabe, oskuste ja kogemuste väljaselgitamise ja vahetamise raamistiku ning koondades asjaomased huvirühmad kogu ELis ühiseks pingutuseks, et vähendada vähktõvest tingitud haiguskoormust.