

KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

KOM(94) 83 endelig udg.
Bruxelles, den 29.03.1994
94/0105(COD)

Forslag til
EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS AFGØRELSE 94/0105(COD)
om en handlingsplan 1995-1999
for kræftbekæmpelse i forbindelse med indsatsen
på folkesundhedsområdet

(forelagt af Kommissionen)

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN
om bekæmpelse af kræft inden for rammerne af
en indsats til fremme af folkesundheden

BEGRUNDELSE

1. Kræft tegner sig for en fjerdedel af samtlige dødsfald i Det Europæiske Fællesskab og har altid i høj grad bekymret de nationale sundhedsmyndigheder. Kræft er sammen med ulykker den væsentligste årsag til præmature dødsfald (under 75 år). I de seneste årtier med en stigende aldring af befolkningen er kræftdødeligheden steget betydeligt. De seneste tal (1990) viser, at der hvert år er tale om 1 300 000 nye kræfttilfælde og 840 000 dødsfald som følge af kræft i Det Europæiske Fællesskab. Forekomsten af kræft stiger kraftigt med alderen efter de 50 år; medianalderen for konstatering af kræft er ca. 65 år i Fællesskabet. Man kan regne med en stigning af kræftdødeligheden i de næste 15 år i mangel af strategier til bekæmpelse af kræft, som omfatter effektiv forebyggelse og behandling.
2. Den øgede forekomst af kræft med alderen forklarer, hvorfor sammenligninger på historisk eller geografisk plan kun kan foretages på grundlag af populationer, der er standardiseret aldersmæssigt. Sådanne populationer viser:
 - at forekomsten af kræft, med alderen som en konstant, ikke har ændret sig væsentligt i de seneste årtier
 - at forekomsten af kræft er størst i Fællesskabets nordlige medlemsstater, og at Fællesskabets gennemsnit er ca. 15% lavere end gennemsnittet i de central- og østeuropæiske lande.
3. Ved en opdeling i 4 aldersklasser konstateres følgende:
 - blandt børn under 15 år er kræft den anden hyppigste dødsårsag efter ulykker, selvom dødeligheden er faldet kraftigt på grund af fremskridt på behandlingsområdet
 - i alderen fra 15-30 år er kræft ligeledes den anden hyppigste dødsårsag efter voldsomme dødsfald (ulykker eller selvmord)
 - i alderen fra 30-65 år er kræft en vigtig dødsårsag
 - i alderen over 65 år er kræft den anden hyppigste dødsårsag, dog langt efter kardiovaskulære sygdomme, som forekommer langt hyppigere end kræft i denne aldersgruppe.
4. Nye tal bekræfter, at mange kræfttilfælde og dødsfald på grund af kræft kan sættes i forbindelse med, hvad der kan betegnes som den enkeltes levevis. Man ved, at 30% af samtlige kræfttilfælde skyldes tobak, og at et mindre, men ikke uanseeligt antal dødsfald som følge af kræft kan sættes i forbindelse med overdreven indtagelse af alkohol. Fødevarers indvirkning er endnu ikke defineret præcist, men det ligger fast, at fødevarer er af betydning (nogle eksperter skønner, at 30% af samtlige dødsfald kan sættes i forbindelse med fødevarer). Det er almindelig kendt, at en alsidig kost med en tilstrækkelig mængde frugt og grønsager har en væsentlig beskyttende virkning i forbindelse med nogle af de kræftformer, der forekommer hyppigst. Forurening af atmosfæren, forurenende fødevarerestoffer og ioniserende stråling er uden tvivl den direkte årsag til mindre end 2% af samtlige dødsfald som følge af kræft. Det er almindelig anerkendt, at 70% af samtlige dødsfald, som skyldes kræft, har rod i de individuelle valg, som påvirker vor levevis og omgivelserne.

5. Det Europæiske Råd tog (i maj og december 1985) hensyn til de betænkeligheder, der ansvarlige i medlemsstaterne og EU-borgerne har, stillet over for denne alvorlige sygdom, og besluttede at iværksætte et program med titlen "Europa mod kræft". Senere er Europa-Kommissionen, Rådet og Europa-Parlamentet trådt til. En første handlingsplan blev iværksat for perioden 1987-1989 med lovende resultater til følge. Derfor godkendte Rådet og Europa-Parlamentet iværksættelsen af endnu en handlingsplan for perioden 1990-1994. Kommissionen har udarbejdet årsrapporter om de pågældende handlingsplaner og fremsendt dem regelmæssigt til Rådet. I overensstemmelse med Rådets afgørelse af 17. maj 1990 godkendte Kommissionen endvidere den 15. marts 1993 en evalueringsrapport over programmets første 6 år, som blev sendt til behandling i Rådet og Europa-Parlamentet. I resolution af 13. december 1993 anerkender Rådet, at det er vigtigt at videreføre programmet "Europa mod kræft", og henstillede, at der udarbejdes en tredje handlingsplan i god tid.
6. I resolution af 27. maj 1993 giver Rådet udtryk for et ønske om, at indholdet i den tredje handlingsplan både skal sikre kontinuitet i forhold til de tidligere handlingsplaner og hensyntagen til Fællesskabets øvrige aktioner på folkesundhedsområdet, særlig dem, der iværksættes inden for rammerne af den ny artikel 129 i traktaten om Det Europæiske Fællesskab. Den 24. november 1993 vedtog Kommissionen en meddelelse om aktionsrammen på folkesundhedsområdet, hvor der bl.a. tages hensyn til Europa-Parlamentets og Rådets ønsker i den forbindelse, og hvori beskrives, dels hvilken plads bekæmpelsen af kræft indtager i forhold til de prioriteter, Kommissionen har fastlagt, dels hvilken forbindelse der er mellem bekæmpelsen af kræft og de pågældende prioriteter.
7. Handlingsplanen har endvidere til formål at supplere forskellige fællesskabsinitiativer, herunder på områderne beskyttelse af arbejdstagerne på arbejdspladsen og forbrugerbeskyttelse. Handlingsplanen har hovedsagelig til formål at udvide kendskabet til årsagerne til kræft og til mulige midler til forebyggelse. Handlingsplanen skal sikre øget formidling af kendskabet til årsagerne til kræft og til forebyggelse og skal fremme informationernes sammenlignelighed. På den måde medvirker handlingsplanen til at realisere Fællesskabets mål og fremmer aktioner, som medlemsstaterne har iværksat på nationalt plan. Med henblik herpå henstilles det at iværksætte 20 aktioner på de vigtige områder indsamling af oplysninger, information, sundhedslære, uddannelse af personale inden for sundhedssektoren på kræftområdet, tidlig diagnosticering og screening, undersøgelser og aktioner vedrørende behandlingernes kvalitet samt forskning. I overensstemmelse med de krav, der følger af subsidiaritetsprincippet, og som er nærmere beskrevet i Kommissionens meddelelse KOM(93) 559 af 24. november 1993, er Fællesskabets indsats tilrettelagt således, at man hjælper medlemsstaterne med at nå deres mål med hensyn til bekæmpelse af kræft, og at den merværdi, der følger af Fællesskabets indsats, maksimeres.
8. I forbindelse med nærværende forslag til Rådets afgørelse er der taget hensyn til udtalelser, som Europa-Parlamentet og medlemsstaterne har fremsat, særlig på baggrund af den seneste evalueringsrapport. Forslaget afspejler de erfaringer, Kommissionen har gjort i forbindelse med de første to handlingsplaner, hvor den fik stor bistand i forbindelse med sit arbejde fra det højtstående udvalg bestående af kræfteksperter fra medlemsstaterne. I forslaget tages der hensyn til subsidiaritetsprincippet, det anerkendes, at forholdene er forskellige i medlemsstaterne, og der indføres hensigtsmæssige procedurer for høring samt for evaluering af de aktioner, der skal iværksættes.

Forslag til
EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS AFGØRELSE
om en handlingsplan 1995-1999
for kræftbekæmpelse i forbindelse med indsatsen
på folkesundhedsområdet

EUROPA-PARLAMENTET OG RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION HAR -

under henvisning til traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab, særlig artikel 129,

under henvisning til forslag fra Kommissionen⁽¹⁾,

under henvisning til udtalelse fra Det Økonomiske og Sociale Udvalg⁽²⁾,

under henvisning til udtalelse fra Regionsudvalget⁽³⁾, og

ud fra følgende betragtninger:

På mødet i Milano i juni 1985 og i Luxembourg i december 1985 fremhævede Det Europæiske Råd, at det ville være formålstjenligt at iværksætte et europæisk program til bekæmpelse af kræft;

Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet, vedtog den 7. juli 1986 en resolution vedrørende De Europæiske Fællesskabers første handlingsplan for bekæmpelse af kræft⁽⁴⁾ og den 17. maj 1990 afgørelse 90/238/Euratom, EKSF, EØF⁽⁵⁾ om iværksættelse af den anden handlingsplan under programmet "Europa mod kræft" for perioden 1990-1994;

Europa-Parlamentet henstillede i sin beslutning af 15. december 1993⁽⁶⁾, at bestræbelserne for at bekæmpe kræft intensiveres;

i sin resolution af 13. december 1993⁽⁷⁾ anmodede Rådet Kommissionen om at forelægge et forslag til en tredje handlingsplan i god tid under hensyntagen til Rådets resolution af 27. maj 1993 om den fremtidige indsats for folkesundheden samt de mål og forbedringer, der er beskrevet i bilaget til nævnte resolution;

(1)

(2)

(3)

(4) EFT nr. C 184 af 23.7.1986, s. 19.

(5) EFT nr. L 137 af 30.5.1990, s. 31.

(6)

(7) EFT nr. C 15 af 18.1.1994, s. 1.

forebyggelse af kræft prioriteres i forbindelse med Fællesskabets indsats inden for den aktionsramme, Kommissionen har defineret for folkesundheden, og er i overensstemmelse med de andre foranstaltninger, Fællesskabet allerede har iværksat på det pågældende område;

i overensstemmelse med subsidiaritetsprincippet gennemfører Fællesskabet kun foranstaltninger på områder, som ikke udelukkende henhører under Fællesskabets kompetence, som f.eks. forebyggelse af kræft, hvis de på grund af omfang eller virkning kan gennemføres bedre på fællesskabsplan;

samarbejdet med kompetente internationale organisationer og tredjelande bør styrkes;

kræft er en alvorlig sygdom, som er forbundet med den enkeltes levevis, og man bør bekæmpe de dermed forbundne risikofaktorer, særlig tobaksrygning, hvilket ligeledes har betydning for bekæmpelse af andre sygdomme, navnlig kardiovaskulære sygdomme;

programmet vil medvirke til at virkeliggøre Fællesskabets mål efter traktatens artikel 129 ved at sikre større spredning af kendskabet til årsagerne til kræft og til forebyggelse, ved at sikre bedre sammenlignelighed og spredning af informationer om disse spørgsmål samt ved at iværksætte supplerende foranstaltninger, særlig inden for undervisning på sundhedsområdet;

det rådgivende udvalg og de nationale koordineringsudvalg spiller en vigtig rolle i forbindelse med programmets gennemførelse;

med hensyn til gennemførelsen bør man bevare og udbygge de investeringer, der er gjort i forbindelse med de foregående handlingsplaner, både hvad angår europæiske pilot-netværk, og hvad angår mobiliseringen af samtlige de aktører, der deltager i bekæmpelsen af kræft;

eventuelle overlapninger bør undgås ved at fremme udveksling af erfaringer og ved i fællesskab at udarbejde basismoduler for information af offentligheden, sundhedslære og uddannelse af personale inden for sundhedssektoren;

med henblik på at øge handlingsplanens værdi og virkning bør aktionerne evalueres fortløbende, særlig under hensyntagen til effektivitet og virkeliggørelse af de givne mål, både på nationalt plan og på fællesskabsplan, og der bør i givet fald foretages nødvendige tilpasninger

handlingsplanen bør være af fem års varighed, for at der er tilstrækkelig tid til at gennemføre de foranstaltninger, der skal virkeliggøre de givne mål -

TRUFFET FØLGENDE AFGØRELSE:

Artikel 1

Der vedtages en EF-handlingsplan mod kræft for perioden 1. januar 1995 - 31. december 1999.

Artikel 2

Kommissionen sikrer gennemførelsen af de foranstaltninger, som er beskrevet i bilaget, i overensstemmelse med artikel 5 og i nært samarbejde med medlemsstaterne samt institutioner og organisationer, som deltager aktivt i forebyggelsen af kræft.

Artikel 3

Budgetmyndigheden træffer afgørelse om de finansielle midler, der stilles til rådighed i de enkelte regnskabsår.

Artikel 4

Kommissionen sikrer, at der er overensstemmelse mellem de fællesskabsforanstaltninger, der gennemføres i forbindelse med denne handlingsplan, og de øvrige relevante fællesskabsprogrammer og -initiativer, herunder forskningsprogrammet for biomedicin og sundhed under Fællesskabets rammeprogrammer for forskning, samt at de supplerer hinanden.

Artikel 5

I forbindelse med gennemførelsen af handlingsplanen bistår Kommissionen af et rådgivende udvalg, der består af repræsentanter for medlemsstaterne, og som har Kommissionens repræsentant som formand.

Kommissionens repræsentant forelægger udvalget et udkast til de foranstaltninger, der skal træffes. Udvalget afgiver udtalelse om dette udkast inden for en frist, som formanden kan fastsætte under hensyn til, hvor meget spørgsmålet haster, i givet fald ved afstemning.

Udtalelsen optages i mødeprotokollen; derudover kan hver medlemsstat anmode om, at dens holdning indføres i mødeprotokollen.

Kommissionen tager størst muligt hensyn til udvalgets udtalelse. Den underretter udvalget om, hvorledes den har taget hensyn til dets udtalelse.

Artikel 6

1. I forbindelse med handlingsplanens gennemførelse fremmes samarbejde med tredjelande og internationale organisationer med kompetence på folkesundhedsområdet, herunder Verdenssundhedsorganisationen og Det Internationale Kræftforskningscenter.
2. EFTA-landene og landene i Central- og Østeuropa kan deltage i de aktiviteter, der er beskrevet i bilaget, på de betingelser, der er anført i aftalerne med Fællesskabet.

Artikel 7

1. Kommissionen offentliggør en årsrapport om handlingsplanens gennemførelse og om muligheder for en fællesskabsfinansiering på de forskellige områder, hvori der tages hensyn til de rapporter, der udarbejdes af de enkelte medlemsstater. Årsrapporten fremsendes til Europa-Parlamentet, Rådet, Det Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget.
2. På grundlag af en midtvejsrapport, som Kommissionen forelægger inden udgangen af 1997, foretager Europa-Parlamentet og Rådet en evaluering af de iværksatte aktioner. En samlet rapport forelægges efter gennemførelsen af handlingsplanen.

Udfærdiget i Bruxelles, den

På Europa-Parlamentets vegne

Formand

På Rådets vegne

Formand

BILAG

AKTIONER I PERIODEN 1995-1999

I. CANCERREGISTRE OG EPIDEMIOLOGISKE UNDERSØGELSER

1. Støtte til udveksling af informationer og erfaringer vedrørende indsamling og formidling af pålidelige og sammenlignelige informationer i forbindelse med cancerregistre (forekomst, dødelighed og overlevelsesserater). Oprettelse og udbygning af et europæisk netværk i samarbejde med Det Internationale Kræftforskningscenter (CIIC).
2. Støtte til gennemførelse af epidemiologiske undersøgelser på europæisk plan og til formidling af konklusionerne på områderne identificering af kræftfremkaldende agenser (fysiske, kemiske og biologiske), risici ved at være udsat for de pågældende agenser, metoder til forebyggelse og til skønsmæssig fastsættelse af overlevelsesserater samt årsagerne til forskellene mellem de pågældende overlevelsesserater. Støtte på grundlag af de omtalte konklusioner til udarbejdelse og formidling af henstillinger. Undersøgelser af sammenhængen mellem kræft, ernæring og sundhed (EPIC-netværket), støtte til epidemiologiske undersøgelser med udgangspunkt i forskning vedrørende fødevarers potentielle forebyggende virkning (identificering af beskyttende agenser, ændring af bestemte fødevarerfaktorer) og eventuelt forebyggelse ved hjælp af kemiske agenser.

II. FOREBYGGELSE

A. INFORMERING AF OFFENTLIGHEDEN

3. Gennemførelse hvert år af en europæisk uge for bekæmpelse af kræft.
4. Mere effektiv formidling af budskaber om forebyggelse af kræft, og særlig af henstillinger under Den Europæiske Kræftkodeks, gennem støtte til målrettede aktioner (lærere, praktiserende læger, etc...) og til pilot-projekter, undersøgelser, analyser af teknikker til fremme af sundhed og til evaluering af aktioner på det pågældende område.
5. Støtte til netværk bestående af pilot-foranstaltninger til information og udveksling i forbindelse med forebyggelse af kræft under hensyntagen til henstillinger under Den Europæiske Kræftkodeks og fra ekspertudvalg på dette område med henblik på at medvirke til at informere om og formidle de bedste fremgangsmåder.
6. Fremme af kampagner, der har til formål at informere og bevidstgøre bestemte befolkningsgrupper om fremme af sundhed og forebyggelse af kræft, særlig på offentlige steder og på arbejdspladsen.
7. Fremme af projekter af europæisk dimension vedrørende bekæmpelse af tobaksrygning; evaluering af resultaterne af henstillinger vedrørende rygning på

offentlige steder, navnlig i offentlige transportmidler og på uddannelsesinstitutioner. Fremme af en politik, der tager sigte på at beskytte de grupper, der udsættes for flest risici ved passiv rygning, særlig gravide og børn. Evaluering af resultaterne af de foranstaltninger, der er iværksat i medlemsstaterne for at reducere tobaksforbruget, f.eks. forbud mod eller kontrol med direkte eller indirekte reklame, fjernelse af tobak fra prisindekset, formidling af resultaterne af de pågældende evalueringer. Støtte til og evaluering af pilot-foranstaltninger vedrørende bekæmpelse af rygning inden for rammerne af udvekslingsnetværk mellem medlemsstaterne, som f.eks. netværk af byer med rygeforbud, hospitaler med rygeforbud og ungdomsklubber i samarbejde med personale inden for sundhedssektoren og lærere.

8. Udvalgelse, formidling og evaluering af de bedste metoder til tobaksafvænnning i medlemsstaterne inden for rammerne af pilot-foranstaltninger, hvor de pågældende metoder tages i anvendelse i fællesskab med personale inden for sundhedssektoren. Fortsat klassificering af farlige stoffer og præparater med henblik på at forbedre emballage og etikettering.

B. SUNDHEDSLÆRE

9. Støtte til udarbejdelse og gennemførelse af integrerede programmer for sundhedslære inden for forskellige rammer, hvor forebyggelse af kræft prioriteres. Definition og gennemførelse af supplerende projekter til forebyggelse af kræft for bestemte grupper under forskellige forhold. Evaluering af initiativer inden for sundhedslære, hvor man prioriterer at gøre den enkelte mere bevidst om hans eller hendes eget ansvar for sundheden, bekæmpelse af tobaksrygning, fremme af rigtig ernæring og bevidstførelse om de risici, der er forbundet med overdreven UV-bestråling af huden, og hvor målgruppen er unge.
10. Støtte til udveksling af erfaringer inden for rammerne af integrerede programmer for sundhedslære med det formål at forbedre basis- og videreuddannelse for lærere og personer med ansvar for projekter vedrørende forebyggelse af kræft samtidig med, at der i den forbindelse tages hensyn til erfaringer fra programmer som Erasmus og Kommissionens støtteaktioner på uddannelsesområdet.
11. Støtte til udarbejdelse, formidling og evaluering af pædagogisk materiale af europæisk interesse vedrørende forebyggelse af kræft, testet bl.a. inden for netværk af pilot-foranstaltninger.
12. Gennemførelse af undersøgelser og formidling af konklusionerne heraf med henblik på at udvide kendskabet til unges opfattelse af kræft, tobak, ernæring og risici i forbindelse med overdreven UV-bestråling af huden. Gennemførelse af analyser med det formål at gøre forebyggende programmer for børn og unge mere effektive.

C. UDDANNELSE AF PERSONALE INDEN FOR SUNDHEDSSEKTOREN

13. Fortsat gennemførelse af Kommissionens henstilling af 8. november 1989 om uddannelse på kræftområdet af personale inden for sundhedssektoren: støtte til

iværksættelse og regelmæssig evaluering af resultaterne af europæiske pilot-netværk i forbindelse med basis- og videreuddannelse på kræftområdet af læger, sygeplejersker og tandlæger.

14. Støtte til mobilitet af personale inden for sundhedssektoren (særlig undervisere) med henblik på at forbedre det teoretiske og praktiske kendskab til kræft (primær forebyggelse, generel screening navnlig for livmoderhals- og brystkræft, tidlig diagnosticering og behandlingens kvalitet) mellem ekspert-centre i medlemsstaterne, der tilbyder uddannelse på højt niveau, i de tilfælde hvor en sådan mobilitet ikke sikres gennem eksisterende fællesskabsprogrammer som COMETT II eller FORCE.
15. Støtte til udveksling af erfaringer og til realisering og formidling af henstillinger fra konferencer om god praksis på det medicinske område og fra ekspertgrupper med henblik på at fremskynde formidling og gennemførelse af de resultater, kontrollerede undersøgelser fører til. Udarbejdelse af undervisningsmateriale af europæisk interesse med det formål at forbedre uddannelsen af personale inden for sundhedssektoren på kræftområdet, særlig ved hjælp af interaktive edb-programmer; evaluering af det pågældende materiale inden for rammerne af pilot-netværk. Særlig støtte til udvikling, iværksættelse og evaluering af forebyggende moduler beregnet til personale inden for sundhedssektoren og af modeller til støtte ved diagnosticering eller valg af behandling.

III. FOREBYGGELSE VED HJÆLP AF TIDLIG PÅVISNING OG SYSTEMATISK SCREENING

16. Støtte til oprettelse og evaluering af europæiske netværk bestående af pilot-projekter på området generel screening for bryst- og livmoderhalskræft på grundlag af henstillinger på europæisk plan med hensyn til sikring af screeningens kvalitet, samt støtte til tilrettelæggelse af møder med det formål at undersøge, om pilot-projekter også kan gennemføres på nationalt og regionalt plan.
17. Støtte til udarbejdelse på europæisk plan og formidling af en fælles terminologi og klassifikation med henblik på at forbedre den anatomiske og cytopatologiske fortolkning, særlig af suspekte mammære og uterine vækster, navnlig for læger i Det Europæiske Fællesskab med speciale på dette område.
18. Støtte til undersøgelser af europæisk interesse med det formål at klarlægge muligheden for at foretage en generel screening på et tidligt tidspunkt for andre former for kræft (æggestok, prostata, hud, tyk- og endetarm, mundhule) under hensyntagen til navnlig medicinske, psykologiske, sociale og økonomiske aspekter.

IV. UNDERSØGELSER OG FORANSTALTNINGER VEDRØRENDE KVALITETEN AF KRÆFTPATIENTERS BEHANDLING

19. Støtte til gennemførelse af europæiske undersøgelser og formidling af konklusionerne heraf, særlig inden for rammerne af møder og udveksling af erfaringer på europæisk plan, med det formål at få større kendskab til kvalitetskontrol og gøre den mere effektiv, både i forbindelse med diagnosticering (røntgen- og anatomisk-cytopatolo-

giske undersøgelser) og behandlinger (strålebehandling og kemoterapi), herunder smertestillende behandling, under hensyntagen til de psykologiske og sociale aspekter, særlig i forbindelse med patienternes livskvalitet. Formidling og evaluering af de bedste fremgangsmåder til sikring af kvalitet inden for rammerne netværk af pilotprojekter.

V. FORSKNING

20. Bidrag til prioritering inden for kræftforskning, som gennemføres under Fællesskabets rammeprogrammer for forskning og særlig forskningsprogrammet for biomedicin og sundhed, som omfatter basisforskning og klinisk forskning. Støtte til udarbejdelse af en oversigt over aktioner af europæisk interesse vedrørende basisforskning og klinisk forskning på kræftområdet: bistand til overførsel af resultaterne i forbindelse med basisforskning til kliniske forsøg; netværk til udveksling af informationer om igangværende kliniske forsøg og støtte til iværksættelse af kliniske forsøg på flere steder og i flere lande for at fremskynde evalueringen af nye behandlingsmetoder.

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN
om bekæmpelse af kræft inden for rammerne af
en indsats til fremme af folkesundheden

INDHOLDSFORTEGNELSE

I.	INDLEDNING	14
II.	TENDENSER I KRÆFTUDVIKLINGEN I MEDLEMSSTATERNE I DEN EUROPÆISKE UNION	15
III.	OVERSIGT OVER AKTIONER, DER ALLEREDE ER IVÆRKSAT PÅ FÆLLESSKABSPLAN	19
IV.	DET EUROPÆISKE FÆLLESSKABS METODE	21
	a. Mål og midler	21
	b. Rammerne for sundhedspolitikken og programmet Europa mod Kræft	22
	c. Samarbejde medlemsstaterne imellem	24
	d. Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande	25
V.	DEN TREDJE HANDLESPLAN	26
	a. Prioriterede aktionsområder	26
	a.1 Cancerregistre og epidemiologiske undersøgelser	28
	a.2 Specifikke forebyggende aktioner	28
	a.2.1 Information af offentligheden i almindelighed og af særlige grupper	29
	a.2.2 Sundhedsundervisning	30
	a.2.3 Uddannelse af personale i sundhedssektoren	32
	a.3 Tidlig diagnosticering og systematisk screening	33
	a.4 Kvalitetskontrol inden for pleje (herunder palliativ pleje)	34
	a.5 Bidrag til formulering og spredning af forskning	36
	b. Høring og medbestemmelse	36
	b.1 Rådgivende udvalg	36
	b.2 Ekspertgruppe af ledende kræfteksperter	37
	b.3 Andre udvalg og grupper	37
	c. Evaluering og rapporter	37
	c.1 Årlig rapport om gennemførelsen af handlingsplanen	38
	c.2 En uafhængig ekspertevaluering (peer review) af de vigtigste aktioner og undersøgelser, som støttes	38
	c.3 En samlet rapport om effektiviteten af programmet i 1997	38
	d. Generel oplysningsvirksomhed	38
VI.	MIDLER	39

I. INDLEDNING

1. I sin meddelelse af 24. november 1993 om rammerne for en indsats til fremme af folkesundheden (KOM(93) 559 endelig udg.) har Kommissionen fastlagt rammerne for den fremtidige indsats på fællesskabsplan med henblik på at opfylde målene vedrørende sundhedsbeskyttelse som fastsat i artikel 3, litra o), og artikel 129 i traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab. Fællesskabets rolle skal være at støtte medlemsstaternes indsats på området folkesundhed ved at hjælpe med formuleringen og implementeringen af mål og strategier og ved at bidrage til en god sundhedsbeskyttelse i hele Fællesskabet, idet målet skal være at overføre de bedste resultater, der allerede er opnået i et givet område af Fællesskabet, til hele Fællesskabet.
2. Fællesskabets indsats i henhold til artikel 129 skal være rettet mod forebyggelse af sygdomme og sundhedsbeskyttelse. På grundlag af de kriterier, der er fastsat i Kommissionens meddelelse, er kræft blevet gjort til et prioriteret område for Fællesskabets indsats. Kræft er en sygdom, der:
 - i mangel af intervention forårsager præmature dødsfald og/eller generelt er forbundet med høje dødsquotienter
 - forårsager lidelser, herunder høj sygdomsfrekvens, og/eller handicaps
 - har væsentlige følger for livskvaliteten samt alvorlige sociale og økonomiske konsekvenser.

Objektive data (antal dødsfald og sygdomstilfælde samt andre sundhedsindikatorer) samt mere subjektiv viden bekræfter, at kræft er et af de store problemer på området folkesundhed. Kræft er desuden en sygdom som det rent praktisk er muligt at forebygge, fordi risikofaktorerne hænger sammen med folks levevis, og dette understreger vigtigheden af at fortsætte de forebyggende kampagner.
3. I de seneste tiår har sundhedsområdet i medlemsstaterne været kendetegnet ved fremkomsten af to sygdomstyper, der hænger sammen med levevis og befolkningens aldring, nemlig kræft og hjerte-kar-sygdomme. Disse to sygdomstyper er i Fællesskabet langt den dominerende dødsårsag for folk over 40, og de nationale sundhedsmyndigheder tog dem allerede meget alvorligt, også før denne, nemlig kræft, i 1985 blev gjort til genstand for en forebyggende indsats fra Fællesskabets side.
4. Ca. en fjerdedel af alle dødsfald i Den Europæiske Union skyldes kræft, selv om der er mindre afvigelser fra land til land, og relativt flere kræfttilfælde i de nordlige medlemsstater end i de sydlige. I de seneste tiår er antallet af kræftdødsfald steget kraftigt som følge af den stadige forøgelse af de ældres andel af befolkningen, idet risikoen for kræft stiger betydeligt hos folk på 50 år og derover, og gennemsnitsalderen for tilfælde, hvor der stilles kræftdiagnose for første gang, er 65 år. De foreliggende kræftregistreringsdata viser, at sygdoms- og dødsfrekvensen fortsat vil stige de næste 15 år, og at denne stigning endda vil kunne accelerere, hvis der ikke gennemføres passende forebyggende strategier.

II. TENDENSER I KRÆFTUDVIKLINGEN I MEDLEMSSTATERNE I DEN EUROPÆISKE UNION

5. De nyeste data (for 1990) viser, at der hvert år er 1,3 millioner nye kræfttilfælde i Den Europæiske Union, og at antallet af dødsfald som følge af kræft er 840 000. Takket være et godt netværk af cancerregistre, som nu dækker de fleste af Fællesskabets medlemsstater, er det muligt at sammenligne den epidemiologiske situation i de fleste af medlemsstaterne.
6. For alle medlemsstaterne gælder det, at antallet af dødsfald altid har været højere blandt mænd end blandt kvinder, og i nogle lande er denne forskel særlig iøjefaldende. I Unionen som helhed er sandsynligheden for at kvinder dør som følge af kræft 40% mindre end sandsynligheden for mændene. Det større antal sygdomstilfælde og dødsfald blandt mændene må i første række tilskrives deres større forbrug af tobak og alkohol og derefter erhvervsmæssig eksponering for kræftfremkaldende stoffer samt biologiske forskelle mellem de to køn. De hyppigste årsager til kræftdødsfald blandt mænd er lungekræft (130 000 tilfælde pr. år), og derefter følger prostata-kræft, kræft i tyktarmen og mavekræft. Hos kvinder er det brystkræft, der er den hyppigste årsag til kræftdødsfald med mere end 150 000 tilfælde hvert år. Derefter følger lungekræft, kræft i tyktarmen, mavekræft og kræft i kønsorganerne. I nogle lande (Danmark og Det Forenede Kongerige), hvor kvinder i mange år har røget meget, kan lungekræft imidlertid være lige så almindelig som brystkræft. Hvert år konstateres der 7 500 nye tilfælde af kræft hos børn, og der er 2 500 dødsfald. De almindeligste former for kræft hos børn er leukæmi og kræft i nervesystemet (hjernen) og lymfekræft.
7. Da risikoen for kræft stiger med alderen, kan der kun foretages pålidelige historiske og geografiske sammenligninger mellem befolkninger, der er standardiseret med hensyn til alder. I sådanne befolkninger kan der konstateres to fænomener:
 - beregnet på grundlag af en konstant aldersfordeling er antallet af kræfttilfælde ikke steget signifikant i de seneste tiår
 - antallet af kræftsygdomme og kræftdødsfald blandt mænd er ca. 10% højere i Fællesskabet end i de skandinaviske lande og ca. 15% lavere end i landene i Central- og Østeuropa. Forskellen er endnu større, hvis der sammenlignes med landene i det tidligere Sovjetunionen, hvor antallet er steget hurtigt de seneste tiår.
8. Hvis man vil foretage en nærmere analyse, er det nødvendig at anvende en metode, der er almindelig inden for epidemiologi, nemlig at betragte fire forskellige aldersgrupper. Blandt børn (dvs. under 15 år) er kræft den næsthyppest dødsårsag, efter ulykker. Antallet af kræftdødsfald er dog blevet reduceret betydeligt i denne aldersgruppe takket være fremskridt inden for kræftbehandlingen. I aldersgruppen fra 15 til 30 år er kræft også den næsthyppest dødsårsag, efter voldelig død (ulykke eller selvmord). Også i denne gruppe er antallet af dødsfald blevet reduceret betydeligt, selv om antallet af sygdomstilfælde har været konstant. I aldersgruppen 30 til 65 år er kræft stadig en vigtig dødsårsag, især lungekræft hos mænd, selv om hjertekarsygdomme er endnu mere udbredte. For kvinder i denne aldersgruppe er kræft dog hyppigste dødsårsag. I gruppen på over 65 år er kræft den næsthyppest dødsårsag efter hjertekarsygdomme.

9. Hvis man inddeler kræfttilfældene i to undergrupper, nemlig kræft som skyldes tobak eller tobak og alkohol (lungekræft, kræft i spiserøret, kræft i de øvre luftveje/fordøjelseskanalen og blærekræft), og andre former for kræft - kan det konstateres, at antallet af sygdomstilfælde inden for den første gruppe er steget de seneste tiår, og det samme gælder antallet af dødsfald, idet der kun er sket ringe fremskridt med hensyn til behandling af disse former for kræft, hvor udsigterne til helbredelse er meget dårlige. Tobakkens altovervejende betydning bliver endnu tydeligere, hvis man ser på det antal leveår, der går tabt som følge af tobaksrelaterede former af kræft, idet disse kræftformer indtræder på et tidligere tidspunkt i et menneskes liv end de andre kræftformer. For så vidt angår de andre former for kræft, er der sket et lille fald både i antallet af sygdomstilfælde og antallet af dødsfald i denne aldersgruppe, og der kan også konstateres visse fremskridt med hensyn til behandlingen.
10. De foreliggende data, i henhold til hvilke 30% af alle kræftdødsfald skyldes tobak, 3 til 10% (varierer fra land til land) skyldes alkohol, og ca. 30% kan relateres til kosten, viser, at over to tredjedele af alle dødsfaldene hænger sammen med levevisen, og at dette forhold derfor i princippet kan ændres gennem en ændret adfærd. Den direkte betydning af luftforurening og forurenende stoffer i fødevarer synes at være meget lav (under 2%), hvilket underbygges af det stabile antal af tilfælde af lungekræft blandt ikke-rygere og det betydelige fald i antallet af tilfælde af mavekræft. På grund af den lange tid, der i forbindelse med de fleste former for kræft går fra det tidspunkt, hvor man udsættes for en risikofaktor, til det tidspunkt, hvor sygdommen manifesterer sig, er antallet af sygdomstilfælde og dødsfald et udtryk for risici, som man har været udsat for flere år tidligere. Med andre ord vil de kræftfremkaldende faktorer, som vi udsættes for i dag, først manifestere sig om en årrække.
11. Der er betydelige forskelle mellem medlemsstaterne med hensyn til antallet af visse typer af kræft. Tilfælde af mundhulekræft hos mænd som følge af en kombination af tobaks- og alkoholforbrug ligger f.eks. kun på 1% i Nederlandene, medens den i Frankrig er på 9%. Hos kvinderne er antallet af tilfælde ca. fem gange lavere end hos mændene. I flere europæiske lande har man imidlertid kunnet konstatere en stigning i antallet af tilfælde af mundhulekræft hos de unge.
12. De lande i Unionen med det forholdsvis største antal tilfælde af tobaksrelateret kræft er de nordvestlige lande (Belgien, Danmark, Nederlandene og Det Forenede Kongerige). I disse lande er mændenes tobaksforbrug faldet en smule, medens kvindernes forbrug er steget betydeligt. I f.eks. Det Forenede Kongerige er lungekræft nu den hyppigste dødsårsag for kvinder i visse regioner og aldersgrupper. For så vidt angår de sociale miljøer i hvilke der ryges, er mønstret det samme i alle medlemsstater: jo lavere uddannelsesniveau og jo lavere socio-økonomisk status, jo større forbrug af tobak. I Det Forenede Kongerige f.eks. har oplysningskampagner om tobak haft en betydelig virkning i bedre stillede samfundslag. Rygning og de dermed forbundne kræftformer er ved at udvikle sig til et handicap, der er specifikt for de dårligere stillede samfundslag. Det er i Frankrig, at man konstaterer forholdsvis flest dødsfald som følge af kræft i forbindelse med tobak og alkohol. Også her spiller det sociale miljø en vigtig rolle. Kræft i spiserøret forekommer f.eks. seks gange hyppigere blandt de dårligere stillede sociale grupper end blandt de veluddannede.

13. For så vidt angår omfanget af sygdomstilfælde og dødsfald i forbindelse med specifikke væv og organer, kan man konstatere følgende tendenser:
14. **Lunger:** Lungekræft er den mest almindelige form for kræft i Unionen, og den tegner sig for 30% af alle kræftdødsfald hos mænd og 10% hos kvinder. Tobaksrygning er langt den vigtigste årsag til lungekræft, og dette forklarer den dramatiske stigning i antallet af tilfælde, der har fundet sted de seneste 50 år. I øjeblikket ser det ud til, at antallet af tilfælde har stabiliseret sig på et højt niveau i en række medlemsstater, og at det falder en smule i Det Forenede Kongerige. Derimod stiger antallet af tilfælde og dødeligheden hos kvinderne i medlemsstaterne i Sydeuropa.
15. **Tyktarm og endetarm:** Kræft i tyktarm og endetarm udgør tilsammen, efter lungekræft, de hyppigst forekomne kræftformer i Unionen. Antallet af tilfælde og dødeligheden er høj i de nordlige og vestlige områder af Unionen. Disse kræftformer sammenkædes med de moderne vestlige kostvaner, som betyder, at man spiser en kost med et højt indhold af fedt og proteiner, som kan forøge risikoen, og med et ringe indhold af grøntsager, frugt og fibre, som anses for at have en beskyttende virkning. Visse former for erhvervsmæssig eksponering, visse arveligt betingede aspekter, nedsat fysisk aktivitet samt kolecystektomi er alle blevet anført som potentielle årsager til disse kræftformer, men deres betydning er sandsynligvis ret begrænset. Antallet af sygdomstilfælde har været stabilt eller stigende i alle medlemsstaterne. Dødeligheden er derimod faldet, især hos kvinderne.
16. **Bryst:** Brystkræft er den mest almindelige form for kræft hos kvinder i Unionen, og den tegner sig for 24% af alle kræfttilfælde og 19% af kræftdødsfaldene. Antallet af tilfælde og dødsfald er forholdsvis højere i de nordlige medlemsstater (Danmark, Nederlandene, Det Forenede Kongerige,) end i Middelhavslandene (Grækenland, Spanien, Frankrig og Italien), og den geografiske variation er næsten i forholdet 1 til 2. Antallet af tilfælde er steget i alle medlemsstaterne, medens dødeligheden for nylig er begyndt at falde blandt yngre kvinder i de nordlige medlemsstater. Følgende risikofaktorer sammenkædes med øget risiko for brystkræft: tidligere tilfælde af sygdommen i familien, forøget kropstørrelse, tidligere godartede brystlidelser, forplantningsfaktorer som f.eks. høj alder ved første fødsel, ingen barnefødsler, tidlig menarche og høj alder ved overgangsalderen, anvendelse af peroral antikonception i en tidlig alder og anvendelse af "unopposed" østrogen til behandling af symptomer i forbindelse med overgangsalderen samt eksponering for ioniserende stråling. Det er også blevet anført, at kosten, især hvis den har et højt indhold af fedt og animalske proteiner, kan forårsage denne form for kræft. Især kan kosten i barneårene have stor betydning. Flere undersøgelser synes at vise, at der er en sammenhæng mellem forøget alkoholforbrug og denne form for kræft.
17. **Mave:** Antallet af tilfælde af mavekræft er faldet i næsten hele verden de seneste tiår, men denne dødelige sygdom er stadig en af de mest almindelige ondartede sygdomme. I Unionen tegner mavekræft sig for 6% af alle kræftdødsfald. Denne kræftform er især udbredt i Portugal, det centrale Italien og Sydtyskland. I alle medlemsstaterne er procent-satsen for mænd dobbelt så høj som for kvinder. Det faldende forbrug af stivelseholdige røgede, saltede og stegte fødevarer og det stigende forbrug af grøntsager og citrusfrugter er

måske årsagen til det faldende antal tilfælde. Den europæiske prospektive epidemiologiske undersøgelse af sammenhængen mellem kost og kræft, som blev iværksat under programmet "Europa mod Kræft", vil uden tvivl give flere oplysninger om dette forhold.

18. **Mundhule, svælg og spiserør:** Antallet af dødsfald som følge af kræft i mundhule og svælg varierer meget, og hos mændene går procentsatsen fra 1% til 9% afhængigt af medlemsstat. Procentsatsen hos kvinder ligger på ca. 20% af mændenes, når man betragter Fællesskabet som helhed. For stort alkoholforbrug, især i sammenhæng med rygning og tobaksforbrug er risikofaktorer, der kan medføre kræft i mundhule og svælg. Mønstret for kræft i spiserøret hos mænd ligner mønstret for kræft i mundhule og svælg, og de dominerende risikofaktorer er de samme, nemlig alkohol og tobak. Hos kvinderne ligner mønstret det mønster, der gælder for lungekræft.
19. **Blærehalskirtel:** Prostatakræft tegner sig hver år for ca. 12% af alle nye kræfttilfælde hos mænd i Fællesskabet og for 10% af alle kræftdødsfald. Den er den anden hyppigste kræftform hos mænd. Der er flere tilfælde og større dødelighed i de nordlige lande end i de sydlige, og inden for disse to hovedområder er variationerne små. Årsagerne til prostatakræft er stadig ikke klarlagt, selv om det er blevet anført, at seksuelle faktorer kan have stor betydning, og at kosten også kan medføre øget risiko, især hvis den indeholder meget fedt og er proteinrig. Antallet af tilfælde af denne form for kræft er steget i alle medlemsstaterne, men dette kan være et resultat af nye diagnosticeringsmetoder, der betyder at man har flere vævsprøver til rådighed for undersøgelser.
20. **Livmoderhals:** Den faktor, der sættes i forbindelse med kræft i livmoderhalsen, er infektion med menneskelig papillomvirus, især type 16 og 18, i livmoderhalsen. Denne infektion opstår i de fleste tilfælde i forbindelse med samleje, hvilket forklarer den sammenhæng, der er blevet observeret med antallet af partnere og med alderen ved det første samleje. Antallet af tilfælde og dødeligheden er generelt blevet reduceret, delvist som et resultat af vellykkede forebyggende befolkningsundersøgelser.
21. **Huden:** Basalcellekræft og pladeepitelkarcinom er relativt hyppige former for hudkræft, især hos personer med lys hud. Risikofaktorerne er overdreven eksponering for ultraviolet stråling, f.eks. sollys, eller erhvervsmæssig eksponering for kræftfremkaldende stoffer. Disse kræftformer er heldigvis relativt lette at opdage, og helbredsgraden er høj. Antallet af dødsfald er derfor betydelig lavere end antallet af sygdomstilfælde. I medlemsstaterne varierer antallet af tilfælde af melanom varierer med en faktor på 4 blandt mændene og med en faktor på 5 blandt kvinderne. Der er færrest tilfælde i de sydlige lande og flest i de nordlige. Selv om dødeligheden som regel er meget lavere end antallet af tilfælde, ses den samme tydelige forskel mellem nord og syd med hensyn til både antal tilfælde og dødelighed hos både mænd og kvinder. I modsætning til andre former for kræft, er denne form i alle landene mest udbredt blandt kvinderne. Selv om det er påvist, at udsættelse for sollys øger risikoen for maligne melanoma, er sammenhængen ikke direkte, og man mener, at dette skyldes forskellige mønstre for solbadning og en faldende risiko for melanom, der går fra det nordlige til det sydlige Europa, og modsvares af en stigning i hudens beskyttende pigmentering. Antallet af tilfælde af melanom er steget kraftigt med ca. 7% om året i de fleste medlemsstater.

III. OVERSIGT OVER AKTIONER, DER ALLEREDE ER IVÆRKSAT PÅ FÆLLESSKABSPLAN

22. I maj 1985 opfordrede stats- og regeringscheferne på Det Europæiske Råds møde i Milano til en koordineret indsats til bekæmpelse af kræft. Kommissionen udarbejdede derefter et forslag til programmet "Europa mod Kræft", som blev vedtaget i 1987. Siden da har Det Europæiske Råd ved flere lejligheder spillet en vigtig rolle i forbindelse med dette program: i december 1986 i London ved at gøre 1989 til Det Europæiske Kræftoplysningsår, og i 1989 i Strasbourg ved at forny støtten til programmet og til den anden handlingsplan (1990-1994).
23. Siden 1985 har Rådet ved flere lejligheder vist særlig interesse for dette område, og har vedtaget resolutioner, beslutninger og afgørelser vedrørende de to første handlingsplaner og visse strategiske elementer i disse, især indsatsen mod rygning. I Rådets resolution af 13. december 1993 blev Kommissionen opfordret til at udarbejde et udkast til en tredje handlingsplan under hensyntagen til Rådets resolution af 27. maj 1993 om den fremtidige indsats inden for folkesundhed og de målsætninger og forbedringer, der er fastsat i bilaget til denne resolution.
24. Europa-Parlamentet har også opfordret Kommissionen til at gøre en indsats på kræftområdet, især med hensyn til rygning, kvaliteten af den pleje, der ydes, palliativ pleje, og oplysningskampagner. I Parlamentets beslutning af 15 december 1993 opfordres til en styrkelse af Unionens aktiviteter til bekæmpelse af kræft.
25. Det Økonomiske og Sociale Udvalg har tilsluttet sig denne strategi, og har afgivet positive udtalelser om gennemførelsen af programmet "Europa mod Kræft".
26. Kommissionen har omsat disse holdninger til handling ved gennemførelsen af to handlingsplaner til bekæmpelse af kræft. Den første handlingsplan (1987-1989) blev gennemført med succes. Den anden handlingsplan (1990-1994) blev vedtaget i maj 1990 og med et større budget. Denne handlingsplan vil blive afsluttet ved udgangen af 1994. Når indsatsen skal videreføres, vil det være nødvendigt at videreføre de projekter, der har vist sig mest værdifulde. Med gennemførelsen af traktaten om Den Europæiske Union er det juridiske grundlag for indsatsen blevet ændret: programmet falder nu ind under artikel 129, der omhandler folkesundhed.
27. De to første handlingsplaner omfattede fire hovedområder:
 - a) kræftforebyggelse med særlig vægt på rygning, idet en tredjedel af alle kræftdødsfald er relateret til rygning. Initiativerne har bl.a. omfattet indførelse af Fællesskabsbestemmelser og finansiering af undersøgelser og forskning på europæisk plan, oplysningskampagner, kampagner for sundhedsundervisning i skolerne samt uddannelse af folk, der er beskæftiget inden for sundhedssektoren. En række råd om forebyggelse blev offentliggjort i Den Europæiske Kræftkodeks, der blev udarbejdet af Udvalget af Kræfteksperter og godkendt af sundhedsministrene i 1987.

- b) Systematisk screening for kræft og tidlig diagnosticering. Der er blevet givet fællesskabsmidler til oplysningsvirksomhed og uddannelseskampagner, til undersøgelser og forskning af interesse på europæisk plan og til oprettelse af europæiske net af pilotprojekter inden for kræft-screening, hvori er opstillet retningslinjer for de mest velegnede metoder, der er blevet godkendt af europæiske eksperter på højt niveau.
- c) Får så vidt angår uddannelse, har Fællesskabet støttet aktioner for ansatte i sundhedssektoren og til udveksling af erfaringer, hvilket har ført til consensus om "god praksis", der kan overføres fra medlemsstat til medlemsstat.
- d) Kræftforskning. Udvalget af kræftspecialister har udarbejdet en overordnet strategi i forbindelse med de to første handlingsplaner. Arbejdet omfatter grundforskning, klinisk forskning og hjælp til forskeres mobilitet mellem medlemsstaterne med det formål at forbedre deres uddannelse. Denne strategi har været anvendt som grundlag for udvælgelse af ansøgninger indsendt i forbindelse med forskningsprogrammet inden for medicin og sundhed (1987-1991) og/eller forskningsprogrammet inden for biomedicin og forskning (1990-1994), der begge to er programmer under Fællesskabets rammeprogram inden for forskning. Der var tale om offentlige indkaldelser af forslag, og kun projekter af tilstrækkelig høj kvalitet blev udvalgt.
28. Der har været to former for indsats fra Fællesskabets side: På den ene side juridiske initiativer som f.eks. udarbejdelse af bestemmelser på europæisk plan, først og fremmest vedrørende primær forebyggelse⁽¹⁾ (anti-rygningskampagner eksponering for kræftfremkaldende stoffer på arbejdspladsen osv.), og på den anden side har Fællesskabet ydet økonomisk støtte til initiativer inden for de områder, der blev prioriteret i de to første handlingsplaner.
29. De fordele, der kan opnås ved at arbejde på fællesskabsplan, er blevet påvist i programmets første to handlingsplaner gennem identificering af fælles målsætninger, etablering af et effektivt samarbejde mellem medlemsstaterne samt udbredelse af de bedste metoder og resultater til hele Fællesskabet. Af eksempler på disse fordele kan nævnes:

(1) - Resolution vedtaget af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet den 7. juli 1986 om handlingsprogram for De Europæiske Fællesskaber til bekæmpelse af kræft (EFT nr. C 184 af 23.7.1986, s. 19).

- Resolution vedtaget af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet den 18. juli 1989 om forbud mod rygning i lokaler med offentlig adgang (EFT nr. C 189 af 26.7.1989, s.1).

- Rådets direktiv 89/622/EØF af 13. november 1989 om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes love og administrative bestemmelser om mærkning af tobaksvarer (EFT nr. L 359 af 8.12.1989, s.1), ændret ved direktiv 92/41/EØF, hvor det i artikel 8, litra a), forbydes at markedsføre tobak, som indtages oralt.

- Rådets afgørelse 90/238/Euratom, EKSF, EØF truffet af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet, af 17. maj 1990 om vedtagelse af en handlingsplan for 1990 til 1994 i forbindelse med programmet for "Europæisk indsats mod kræft" (EFT nr. L 137 af 30.5.1990, s. 31).

- Rådets direktiv 90/239/EØF om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes love og administrative bestemmelser om maksimalt tilladt tjæreindhold i cigaretter (EFT nr. L 137 af 30.5.1990, s. 36).

- koordineringen og udbredelsen af den europæiske kræftkodeks, især i Kræftoplysningsåret i 1989, og de årlige kræftoplysningsuger, har skabt større viden om kræft i offentligheden, især om forebyggelse og beskyttelse, og den har fået folk til hurtigere at søge læge
- støtte til demonstrationsprogrammer inden for screening samt forskning inden for kostområdet og kræftfremkaldende stoffer, har givet resultater, der kan anvendes af alle medlemsstater, således at investeringen udnyttes mere effektivt
- fremme af uddannelse og faglige udvekslingsprogrammer, der bidrager til at højne standarden i medlemsstaterne og udbrede tekniske standarder med hensyn til kræftforebyggelse, kræftdiagnose og kvaliteten af den pleje, der gives.

IV. DET EUROPÆISKE FÆLLESSKABS METODE

a) Mål og midler

30. I Kommissionens meddelelse om rammerne for en indsats til fremme af folkesundheden (KOM93 559 endelig udgave) foreslås fire målsætninger som grundlag for Fællesskabets indsats:
- i) at forhindre præmature dødsfald, hvilket særlig gælder for unge erhvervsaktive
 - ii) at øge den forventede levealder uden handicaps eller sygdom
 - iii) at fremme livskvaliteten ved at forbedre den generelle sundhedstilstand og undgå kroniske sygdomme og handicaps
 - iv) at fremme befolkningens generelle velvære særlig ved at minimere de økonomiske og sociale følger af sygdom.

Programmet "Europa mod Kræft" skal omfatte alle disse målsætninger.

31. For så vidt angår folkesundheden må de kriterier, der er anført i punkt 54 i Kommissionens meddelelse, også anses for at være opfyldt, idet kræft uden for enhver tvivl forårsager præmature dødsfald, høj sygdomsfrekvens og har alvorlige sociale og økonomiske konsekvenser, f.eks. omkostningerne til behandling, og desuden er det rent praktisk muligt at forebygge. Erfaringerne fra den første og den anden handlingsplan, som er blevet uddraget under evalueringsprocessen, og som præsenteres i dette dokument, viser, at der i høj grad kan opnås en merværdi ved gennemførelse af aktioner på Fællesskabsplan, både som følge af stordriftsfordele og gennem spredning af resultaterne af pilotprojekter.
32. Som anført i Kommissionens meddelelse vil indsatsen først og fremmest blive koncentreret om at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne ved at støtte deres aktioner og i nært samarbejde med dem koordinere deres politikker og programmer. I praksis indebærer dette udvikling og implementering af netværk, fælles aktioner og systemer til udveksling af information. På kræftområdet findes mange af disse allerede takket være det arbejde, der er blevet udført under det første programmer under betegnelsen "Europa mod Kræft".

33. I Fællesskabets fremtidige indsats inden for folkesundhed skal der tages hensyn til subsidiaritetsprincippet og de betragtninger, der er anført i punkt 27 i Kommissionens meddelelse. Fællesskabet skal kun gribe ind i det omfang, hvor målene ikke på tilfredsstillende måde kan opfyldes af medlemsstaterne selv, og hvis de kan opfyldes bedre på fællesskabsplan som følge af stordriftsfordele eller større virkning. Aktiviteterne udvælges på basis af en forudgående vurdering, de skal skabe merværdi på fællesskabsplan og være maksimalt omkostningseffektive.
34. Især nedenstående kriterier vil blive lagt til grund ved vurderingen af behovet for en indsats på kræftområdet på fællesskabsplan:
- aktiviteter af et sådant omfang, at medlemsstater ikke, eller kun med besvær, selv ville kunne gennemføre dem
 - aktiviteter, hvor der helt klart vil kunne opnås fordele ved en fælles gennemførelse, også efter at der er taget hensyn til de ekstra omkostninger
 - aktiviteter, som på grund af komplementære aktioner på nationalt niveau gør det muligt at opnå betydelige resultater i Fællesskabet som helhed
 - aktiviteter, der fører til fastlæggelse af normer og standarder for "god praksis", hvor det er anerkendt, at der er behov for sådanne
 - aktiviteter, som bidrager til at styrke solidariteten og den sociale samhørighed i Fællesskabet og generelt bidrager til at fremme en harmonisk udvikling.

b) Rammerne for sundhedspolitikken og programmet Europa mod Kræft

35. Den tredje handlingsplan på kræftområdet er det første program, der iværksættes inden for de nye rammer for indsatsen på området folkesundhed. Det er udformet, så det sikrer den videreførelse af arbejdet under programmet Europa mod Kræft, som der er så stort behov for, og det bygger på resultaterne fra de to første handlingsplaner. Det indeholder specifikke aktiviteter inden for kræftbekæmpelse, og med programmet søger man at forbedre de muligheder, som de ansatte og andre personer der er beskæftiget inden for sundhedssektoren, har for at tackle problemerne i forbindelse med kræft. Disse aktiviteter vil være koherente med og komplementære til andre foreslåede aktiviteter på området folkesundhed, som gennemføres i "horisontale programmer". Sidstnævnte programmer, som beskæftiger sig med de underliggende faktorer, der er årsag til mange forskellige sygdomme, sigter mod at fremme sund levevis og sunde miljøer gennem anvendelse af hensigtsmæssige faciliteter og undervisningstilbud, i hvilke de enkelte sygdomme behandles på en struktureret og hensigtsmæssig måde. Disse overvejelser er især relevante i forbindelse med sundhedsinformation til offentligheden eller specifikke grupper, sundhedsundervisning og undervisning af de ansatte og andre personer, der er beskæftiget inden for sundhedssektoren.

36. Den rolle, som programmet Europa mod Kræft spiller i sundhedsundervisningen i skolerne, er begrænset og specifik. Begrænset fordi kræftforebyggelse kun er et af elementerne i sundhedsundervisningen, der også skal omfatte forebyggelse af narkotikamisbrug, AIDS, selvmord og, hvad der er det vigtigste, sundhedsfremme. Kræftens specifikke rolle er dog ikke desto mindre af afgørende betydning, fordi den skaber en betydelig motivation blandt lærere og forældre, og kræftens virkning er kun alt for tydelig her i Europa, hvor en af hver fire voksne dør af kræft.
37. Kommission vil forsøge at sikre, at kræftprojekter gives højeste prioritet og de nødvendige økonomiske midler. Der vil blive opstillet præcise målsætninger rettet mod en reduktion af kræftdødeligheden fra nu og frem til år 2000, hvilket var det oprindelige mål og selve formålet med programmet. Den vil prioritere store projekter, som vil få omfattende virkning, og som i videst muligt omfang inddrager både offentlige og ikke-offentlige organisationer. Kommissionen vil også, hvis den bliver anmodet om det, bidrage til etablering af samarbejdsordninger medlemsstaterne imellem, og den vil i nødvendigt omfang hente støtte fra kompetente internationale organisationer.
38. Mange aspekter af Fællesskabets arbejde berører på en eller anden måde bekæmpelsen af kræft, og i sin meddelelse forpligter Kommissionen sig til at sikre, at der i fuldt omfang tages hensyn til de spørgsmål vedrørende sundhed, og herunder kræftforebyggelse, som opstår på de andre områder. Kommissionen har etableret interne procedurer, der skal sikre, at denne forpligtelse opfyldes gennem koordinering og samråd ved udviklingen af de pågældende politikker. Kommissionen vil desuden hvert år udarbejde en rapport om sundhedsaspekterne i de forskellige politikker, og denne vil indgå i Kommissionens årsberetning.
39. Forskning er af særlig betydning i kampen mod kræft. I henhold til artikel 130 i traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab koncentrerer al forskning fra 1994 inden for rammeprogrammer at regne fra det fjerde rammeprogram (1994-1998). Inden for dette rammeprogram vil der blive etableret en andet forskningsprogram inden for biomedicin og sundhed (1994-1995), som bl.a. vil omfatte kræftforskning.
40. Strategien vedrørende forebyggelsen af tobaksforbrug, som også involverer andre fællesskabspolitikker, vil blive videreført og udviklet. Reformen af fællesmarkedet for tobak trådte således i kraft fra og med markedsåret 1993-1994. I forbindelse med de nye markedsordninger reduceres tobaksproduktionen i Fællesskabet fra 430 000 til 350 000 ton, og udgifterne til markedsstøtte fra 1 300 mio ECU til 817 mio ECU. Fra nu af er tobaksproduktionen underlagt strenge kvotaer, og der vil ikke blive givet støtte ud over disse. Reformen har også medført oprettelse af en særlig fond, der skal yde støtte til undersøgelser af muligheder for at dyrke mindre giftige former for tobak. Denne fond, der finansieres gennem afgifter på støtten til producenterne, vil også yde betragtelige bidrag til oplysningsvirksomhed og sundhedsundervisning om de forskellige risici i forbindelse med brug af tobak. Med hensyn til beskatning af industrielt fremstillede tobaksprodukter vil Kommissionen udarbejde en rapport, i hvilken der tages hensyn til de problemer, der måtte være opstået i denne sektor, og den vil, hvis det er nødvendigt, udarbejde et forslag til et direktiv

på dette område med henblik på at forbedre betingelserne for etableringen af det indre marked og under hensyntagen til de andre målsætninger i traktaten (folkesundhed, landbrug, miljø).

41. Siden vedtagelsen af det første farmaceutiske direktiv i 1965⁽²⁾, har Det Europæiske Fællesskab hele tiden i det lovgivningsmæssige arbejde på det farmaceutiske område fulgt to målsætninger: beskyttelse af folkesundheden og fri bevægelighed for varer. Udvalget for Farmaceutiske Specialiteter, i hvilket medlemsstaternes kompetente myndigheder er repræsenteret, har prioriteret spørgsmålet om udvikling af medicinske produkter til behandling af kræft. Med henblik herpå er der blevet udarbejdet retningslinjer for klinisk testning af medicinske produkter til kræftbehandling, som er blevet offentliggjort i "Rules governing Medicinal Products in the European Community, Volume III, addendum July 1990".
42. For at give patienterne i hele Fællesskabet samtidig og hurtig adgang til nye medicinske produkter (højteknologiske produkter og produkter inden for bioteknologi) er der ved direktiv 87/22/EØF⁽³⁾ blevet etableret en koordineringsprocedure på fællesskabsplan. Denne procedure er blevet anvendt i forbindelse med en række medicinske produkter til *in vivo*-diagnosticering af kræft, i forbindelse med behandling af forskellige former for kræft og i forbindelse med lindring af bivirkningerne af kræftbehandling.
43. I juni og juli 1993 vedtog Rådet forordningen og direktiverne vedrørende det fremtidige system for fri bevægelighed for medicinske produkter, som omfatter en central EF-godkendelsesprocedure med bindende EF-beslutninger for nogle kategorier af medicinske produkter og vedrørende oprettelse af et europæisk lægemiddelagentur. I dette system vil nye produkter til kræftbehandling kunne indgå i en "central procedure" som følge af deres kliniske betydning. I henhold til denne procedure foretages der en fællesskabsevaluering af et produkt under ledelse af en "referent". De stramme frister, der er fastlagt for de centrale procedurer, fremmer en hurtig behandling af ansøgninger, og de deraf følgende bindende EF-godkendelser betyder, at disse vigtige nye produkter på samme tid bliver tilgængelige for patienter i hele Det Europæiske Fællesskab. Den internationale harmonisering af tekniske krav, som foregår inden for rammerne af den internationale harmoniseringskonference (ICH), vil medføre, at man undgår dobbeltarbejde med hensyn til test og afprøvninger, som er kostbare med hensyn til både menneskelige og finansielle ressourcer, og derved bidrage til at patienter hurtigt får adgang til nye medicinske produkter, herunder produkter til kræftbehandling.

c. Samarbejde medlemsstaterne imellem

44. I forbindelse med mange af de prioriterede aktioner i den tredje handlingsplan til bekæmpelse af kræft ville man kunne opnå store fordele ved en effektiv infrastruktur for kommunikation til at maksimere aktionernes effekt. I alle de tilfælde, hvor det er relevant, vil der blive samarbejdet med programmet "telematikapplikationer inden for områder af

⁽²⁾ Direktiv 65/65/EØF, EFT nr. 22 af 9.2.1965.

⁽³⁾ EFT nr. L 15 af 17.1.1987.

almen interesse" under Det Fjerde Rammeprogram for at stimulere anvendelsen og udviklingen af en sådan infrastruktur, således som det også er anført i Kommissionens hvidbog om Vækst, Konkurrenceevne og Beskæftigelse (dokument KOM(93) 700 endelig udg., Bruxelles 5. december 1993).

45. Kommissionen er rede til at hjælpe medlemsstaterne i overensstemmelse med Kommissionens meddelelse om rammerne for en indsats til fremme af folkesundheden (KOM(93) 559 endelig udg.). I Rådets resolution af 13. december 1993 om de fremtidige retningslinjer for programmet "Europa mod Kræft" anmodes Kommissionen om at medvirke til at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne med hensyn til kvalitetskontrol inden for pleje, palliativ pleje og ansvaret for patientens velfærd. Nedenfor i afsnittet om kvalitet i plejearbejdet omtales specifikke forslag.

d. Samarbejde med internationale organisationer og tredjelande

46. Samarbejdsprocessen hvad angår med andre internationale organisationer har udviklet sig positivt. Dette gælder f.eks. WHO og især Det Internationale Kræftforskningscenter i form af fælles projekter og koordineringsarbejde ledet af kræftforskningscentret i forbindelse med de to første handlingsplaner.
47. I arbejdet med at styrke forbindelserne mellem Unionen og WHO vil der især blive langt vægt på forebyggende foranstaltninger. Det allerede tætte samarbejde med Det Internationale Kræftforskningscenter vil ligeledes blive videreført med hensyn til cancerregistre (især inden for rammerne af Det Europæiske Netværk af Cancerregistre), epidemiologi (gennem koordinering af europæiske undersøgelser), indikatorer og evaluering af kemiske stoffer for at finde ud af, om de er kræftfremkaldende. Desuden vil kræftforebyggelse blive behandlet inden for rammerne af de aktiviteter inden for sundhedsundervisning, som gennemføres af WHO, Europarådet og Det Europæiske Fællesskab inden for "Det Europæiske Netværk af Sundhedsfremmende Skoler"
48. Samarbejdet med OECD om forebyggelse af kemiske risici, især risiko for kræftfremkaldelse, som skyldes miljøet, vil blive videreført. Det samme gælder samarbejdet med ILO vedrørende de samme risici på arbejdspladsen.
49. Samarbejdet med forskellige internationale organisationer, der beskæftiger sig med forskellige aspekter af kræftforebyggelse, skal videreføres og udbygges. Prioriteterne i et sådant arbejde skal være stimuleringen af udvekslingen af erfaringer og ekspertise, en effektiv koordinering af eksisterende eller planlagte netværker samt undgåelse af dobbeltarbejde.
50. Der må også igangsættes et samarbejde med internationale ikke-statslige videnskabelige organisationer som f.eks. FECS (Federation of European Cancer Societies) og EORTC (European Organisation on the Search on Treatment of Cancer) vedrørende klinisk forskning, OECI (Organisation of European Cancer Institutes) vedrørende uddannelse og udvikling af forbindelser til Central- og Østeuropa, UICC (Den Internationale Union mod Kræft) og ECL (European Cancer Leagues) vedrørende oplysningsvirksomhed over for offentligheden: disse organisationer er i besiddelse af specifik ekspertise på deres område,

og dette bør udnyttes af kræftprogrammet i dets tredje handlingsplan. Der er især interessante muligheder for samarbejde med UICC om fælles aktioner inden for forebyggelse og screening.

51. I de to forudgående handlingsplaner blev der gennemført et frugtbart samarbejde med forskellige tredjelande i Europa, især Sverige, Norge og Schweiz, som deltog som formelle og uformelle observatører i programmet, både i forbindelse med videnskabelige projekter og i forbindelse med initiativer iværksat af kræftforebyggende foreninger og sammenlutninger. Denne åbenhed vil blive videreført i den tredje handlingsplan. I denne handlingsplan vil der også blive samarbejdet med tredjelande, især EFTA-landene og de lande i Central- og Østeuropa, som har indgået associeringsaftaler med Unionen. De forskellige mulige samarbejdsmetoder vil blive undersøgt, herunder en gradvis udvidelse af programmet til at omfatte de pågældende lande. Samarbejdet vil kunne omfatte indsamling af epidemiologiske data, gennemførelse af specifikke forebyggende aktioner samt oplysnings- og uddannelseskampagner, undervisning af ansatte i sundhedssektoren, screening og overvågning.

V. DEN TREDJE HANDLINGSPLAN

a. Prioriterede aktionsområder

52. Bedre overvågning og kontrol af tendenserne i kræftens udvikling er afhængig af en bedre indsamling og ajourføring af data vedrørende dødelighed og sygdomsfrekvens. Der bør derfor fortsat ydes støtte til de strukturer, der har vist sig at fungere effektivt, som f.eks. Det Europæiske Net af Cancerregistre, fordi disse skaber nye perspektiver på området kræftepidemiologi.
53. Da tre fjerdedele af kræfttilfældene er relateret til de pågældende personers levevis, vil forebyggelses forsat være en nøglestrategi med mange potentielle muligheder. Anti-ryge kampagner bør være et prioriteret element på dette område, fordi rygning alene er årsagen til en tredjedel af alle kræftdødsfald. Desuden er det veldokumenteret, at rygning ikke blot udgør en risiko for de rygende selv, men også for deres omgivelser (passiv rygning). Det vil derfor være hensigtsmæssigt at fortsætte de aktioner, der blev iværksat i den første handlingsplan, med henblik på at reducere antallet af rygere, især blandt de unge og kvinderne. Der kan stadigvæk gøres fremskridt takket være lovgivningsmæssige initiativer på fællesskabsplan og understøttende pilot- og demonstrationsprojekter gennemført af indflydelsesrige grupper som f.eks. folk, der er beskæftiget inden for sundhedssektoren, lærere og medierne. Andre risikofaktorer som f.eks. ensidig kost, eksponering for kræftfremkaldende agenser som f.eks. ultraviolet stråling og farlige stoffer, bl.a. på arbejdspladsen, udgør en begrundelse for en fortsat indsats fra Fællesskabets side, både i form af lovgivning og i form af pilotprojekter for særlige målgrupper, alt sammen under behørig hensyntagen til subsidiaritetsprincippet. I denne forbindelse er generelle oplysningskampagner og kampagner inden for sundhedsuddannelse i skolerne af afgørende betydning, hvis folk skal bevidstgøres om farerne ved rygning, overdrevet alkoholforbrug, ensidig kost og udsættelse for kræftfremkaldende stoffer. Andre befolkningsgrupper skal være målgrupper, bl.a. børn, unge og arbejdere.

54. Screening af høj kvalitet og foranstaltninger til tidlig diagnosticering af kræft, især screening for brystkræft og kræft i livmoderhalsen, der gennemføres med passende mekanismer til kvalitetssikring, vil kunne reducere antallet af kræftdødsfald, og er derfor vigtige aspekter i en forebyggelsesstrategi. Denne fremgangsmåde kunne med fordel udvides til at omfatte andre former for kræft, f.eks. tarmkræft, kræft i æggestokkene, prostatakræft og mundhulekræft.
55. Samtidig bør handlingsplanen også dække andre vigtige områder. Forskningen f.eks. skal fortsættes, og programmet vil bidrage til opstilling af prioriteter, og i forbindelse med programmet vil der blive udviklet en liste over forskningsaktiviteter, især inden for klinisk forskning. En hurtig videreformidling af resultaterne af grundforskning og kliniske forsøg vil blive prioriteret højt, da dette er et område, hvor et tæt samarbejde og en hurtig udveksling af oplysninger mellem europæiske kræftforskningsinstitutter og hospitaler i betydelig grad vil kunne øge effektiviteten af de enkelte nationale programmer.
56. Det er vigtigt at fortsætte og videreudvikle de initiativer, der er gennemført på europæisk plan med hensyn til uddannelse af ansatte i sundhedssektoren, fordi disse har haft en positiv virkning på kvaliteten af uddannelserne på nationalt, regionalt og lokalt niveau og vil bidrage til at udjævne de store forskelle, der stadig findes mellem de enkelte medlemsstater. Det er også nyttigt at fremme nye initiativer, således at uddannelsesprogrammerne for de ansatte i sundhedssektoren kommer til at omfatte de vigtigste af de nyeste fremskridt inden for forebyggelse, diagnosticering og behandling af kræft. Efter- og videreuddannelse samt uddannelse på arbejdspladsen vil være det centrale element i denne aktion.
57. For så vidt angår pleje bør den fremgangsmåde, der blev anvendt i den anden handlingsplan, udvikles med hensyn til fremme af samarbejdet medlemsstaterne imellem, især med hensyn til kvalitetskontrol af plejearbejdet, specielt palliativ pleje, og med hensyn til inddragelse af de psykiske og sociale aspekter i forbindelse med kræft. Der bør ske en større udveksling af erfaringer og af oplysninger om god praksis, der er anerkendt på europæisk niveau.
58. I betragtning af de opmuntrende resultater, der er blevet opnået i programmets første årrække - fordi programmet har virket som en katalysator og har stimuleret medlemsstaternes egne nationale aktioner til kræftbekæmpelse - bør der stilles de nødvendige midler til rådighed for programmet, så man kan konsolidere de allerede opnåede resultater og udvikle de vigtigste sektorer for den fremtidige indsats under hensyntagen til programmets målsætninger. Det vigtigste formål med de juridiske og finansielle instrumenter, som der argumenteres for, er at lette eller støtte den politik, der føres i medlemsstaterne. Desuden bør den partnerskabsmodel, der har vist sig yderst velegnet med hensyn til at motivere og mobilisere de forskellige involverede parter, videreføres og videreudvikles.
59. I betragtning af de fremskridt, der er nødvendige med hensyn til analyse og måling af de opnåede resultater, bør der lægges særlig vægt på at udarbejde en evalueringsmetode for programmet, i hvilken der tages hensyn til de erfaringer, der er opnået og til de anbefalinger, der fremsættes i evalueringsrapporter og af de nationale eksperter.

a.1 Cancerregistre og epidemiologiske undersøgelser

60. Cancerregistre er et afgørende element i ethvert rationelt system til måling af kræfttilfælde i befolkningen og et uundværligt værktøj i kræftpolitikken. Cancerregistre giver især de data, der er nødvendige ved planlægningen af fremtidige foranstaltninger, samt værktøjer til analytiske og deskriptive epidemiologiske undersøgelser. De data, der forefindes i de nuværende registre, gør det ikke muligt at opfylde alle disse målsætninger, fordi det ikke i tilstrækkelig grad kan garanteres, at de er sammenlignelige.
61. De vigtigste målsætninger bør være:
- at forbedre registreringen af kræft
 - at lette indsamlingen, bl.a. i samarbejde med WHO, af pålidelige og sammenlignelige data vedrørende antallet af kræfttilfælde, således at man kan holde øje med udbredelsen og udviklingstendenserne og tilrettelægge epidemiologiske undersøgelser.
62. De epidemiologiske undersøgelser skal fortsættes, især de europæiske kohorte-undersøgelser inden for rammerne af European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Disse undersøgelser skal understøttes for at sikre, at de gennemføres på den bedst mulige måde: det er af afgørende betydning både fra et videnskabeligt synspunkt og ud fra hensynet til folkesundheden, at vi bliver i stand til at hente oplysninger fra de data om kost og biologiske faktorer, som indsamles i en gruppe på ca. 350 000 personer over en periode på ti år.
63. Det er almindeligt accepteret, at risikoen for kræft i fordøjelseskanalen og luftvejene reduceres, hvis man ofte spiser frisk frugt og grønsager. Selv om man endnu ikke har fuld klarhed over mekanismen, ser det ud til, at visse mikronæringsstoffer og anti-karcinogene stoffer i disse fødevarer giver en kræftbeskyttende virkning. Der bør gennemføres epidemiologiske undersøgelser på dette område, og disse bør fokusere på de potentielle muligheder for at bekæmpe kræft ved at finde frem til de kræftbeskyttende stoffer og faktorer og ændre bestemte faktorer i kosten.
64. Der bør gives støtte til epidemiologisk forskning i primær forebyggelse og den offentlige sundhedssektors rolle, herunder også forskning i risikofaktorer i miljøet. Denne strategi bør omfatte følgende nøgleelementer:
- gennemførelse af undersøgelser vedrørende sammenhængen mellem kræft, sundhed og kost
 - stimulering af epidemiologiske undersøgelser med fokus på forebyggelse
 - forbedring af indsatsen mod kræftfremkaldende stoffer og faktorer
 - fremme af udvekslinger af oplysninger og erfaringer.

a.2 Specifikke forebyggende aktioner

65. Den strategi, der blev anvendt til risikoforebyggelse i de to første handlingsplaner - baseret på den europæiske kodeks mod kræft, lovgivning på europæisk plan og udvikling af udvekslinger af erfaringer vedrørende oplysningskampagner og sundhedsundervisning i

skolerne - viste sig at være yderst effektiv. Der bør derfor gives høj prioritet til forebyggende aktioner, der skal øge europæernes viden om risikoen for kræft, og derved gøre dem mere interesserede i at leve sundt. Det samme gælder for aktioner, hvor Fællesskabet fortsat kan bidrage til at sætte gang i nationale aktioner. I denne forbindelse er de vigtigste metoder til at reducere kræftdødeligheden stadig bekæmpelsen af rygning og overdrevent alkoholforbrug.

66. Ifølge WHO dør 450 000 mennesker i Unionen hvert år som følge af sygdomme, der kan relateres til tobaksforbrug. Forebyggelse af rygning er derfor stadig det højest prioriterede område, og oplysningskampagnerne skal intensiveres. For at styrke denne strategi, bør hver enkel medlemsstat fastsætte de målsætninger, som den ønsker at opfylde, og give Kommissionen meddelelse herom. Nedenstående aktioner er nogle af de aktioner, der bør videreføres og videreudvikles:

- bevidstgørelse af risikogrupper som f.eks. børn og gravide kvinder om farerne ved rygning; der kunne udarbejdes et "charter" for disse grupper
- beskyttelse af ikke-rygere, især på offentlige steder og på arbejdspladsen
- udviklingen af eksisterende netværk (ikke ryger-byer, ikke ryger-hospitaler, klubber for unge ikke-rygere)
- støtte til implementering af de mest effektive metoder til forebyggelse af rygning og til at få folk til at holde om med at ryge
- støtte til uddannelseskampagner henvendt til lærere og de voksne, der er beskæftiget med unge uden for skolen
- større grad af deltagelse i oplysningskampagner organiseret af WHO, især den røgfrie dag (31. maj hvert år)
- en harmonisering på stadigt stigende niveau af tobakspriserne i Fællesskabet
- tilskyndelse til indførelse af prisindekser uden medregning af tobakspriser samt evaluering af virkningen af heraf i de lande, hvor man allerede har gjort dette
- evaluering af anti ryge-politikker, især forbud mod direkte og indirekte tobaksreklamer, som er blevet gennemført i medlemsstaterne.

a.2.1 Information af offentligheden i almindelighed og af særlige grupper

67. Folkeoplysning er et af de mest effektive midler til forebyggelse af kræft og fremme af sundheden; der bør fortsat gennemføres oplysningskampagner, især over for særlige målgrupper og på særligt udvalgte tidspunkter, som f.eks. i den europæiske kræftuge. Det vigtigste instrument bør fortsat være den Europæiske Kodeks mod Kræft, der blev vedtaget af Udvalget af Kræfteksperter i 1986, og som derefter i vidt omfang er blevet distribueret i medlemsstaterne. Denne kodeks kunne evt. revideres på baggrund af de seneste

forskningsresultater og tilpasses nye målgrupper eller særlige miljøer som f.eks. offentlige steder og arbejdspladser.

68. Målene bør være:

- at øge europæernes viden om kræftforebyggelse, især gennem udbredelse af den Europæiske Kodeks mod Kræft, og tilskynde dem til en sundere levevis
- at forbedre kvaliteten af udvekslinger af oplysninger medlemsstaterne imellem om aktiviteter inden for kræftforebyggelse
- at målrette oplysningskampagner mere effektivt mod særlige befolkningsgrupper, som f.eks. folk, der er beskæftiget inden for sundhedssektoren, arbejdsgivere og fagforeninger, frivillige organisationer og lærere.

69. Den valgte metode bør omfatte følgende centrale elementer:

- videreførelse af Den Europæiske Kræftuge
- fremstilling af oplysningspakker med særlige budskaber til særlige målgrupper, f.eks. kampagner henvendt til kvinder, og specielt gravide kvinder, for at få dem til at holde op med at ryge
- anvendelse af medierne til udbredelse af særlige budskaber om kræftforebyggelse, og tilpasning af disse budskaber til de sociale og kulturelle forhold i de enkelte medlemsstater
- fremme af undersøgelser til evaluering af virkningerne af oplysningskampagner
- støtte til organisering af møder på europæisk plan med henblik på udveksling af oplysninger om, hvorledes man mest effektivt kan informere folk om kræftforebyggelse
- oplysninger til læger, tandlæger, sygeplejersker og andre i sundhedssektoren, f.eks. apotekere, samt bevidstgørelse af risikogrupper med hensyn til det vigtige i at gå til læge, så snart der er mistanke om kræft, således som det også anbefales i Den Europæiske Kodeks mod Kræft.

a.2.2 Sundhedsundervisning

70. Sundhedsundervisning er en livslang kontinuerlig proces, som bør begynde så tidligt som muligt. Der er imidlertid to centrale miljøer, hvor sundhedsundervisning bør have topprioritet: skole og arbejde. Der bør lægges vægt på positive budskaber som f.eks., at man besidder en vis, begrænset mængde godt helbred, som ikke må ødelægges gennem usunde ting, som f.eks. misbrug af lovlige eller ulovlige stoffer.

71. Sundhedsundervisning i skolen er beregnet på at give børnene en følelse af personligt ansvar fra en tidlig alder, dvs. fra primærtrinnet, hvor de er mest modtagelige med hensyn til sund levevis og adfærd. Den er også en metode til at reducere sociale uligheder, fordi den giver alle børnene de samme værktøjer til at forberede sig til et sundt liv som voksne.
72. Den fremtidige indsats bør derfor koncentreret om at støtte de bestræbelser i medlemsstaterne, som går ud på at udarbejde og afprøve et grundlæggende program for sundhedsundervisning i skolen og et minimumsprogram for uddannelse af lærerne. Med henblik herpå bør man fremme dels udvekslinger af erfaringer og undervisningsmateriale, dels gennemførelsen og evalueringen af pilotprojekter inden for undervisning i emner som rygning, kost og overdreven soldyrkelse. Disse aktiviteter skal gennemføres i tæt samarbejde med ikke blot de involverede ministre (sundhedsministre og undervisningsministre), men også med alle de andre parter på skoleområdet (forældre, lærere og skoleledere). Det ville også være hensigtsmæssigt at involvere ikke-statslige organisationer, som med sandsynlighed vil kunne yde et betydeligt bidrag til fremme af sundhedsundervisningen i skolerne, især i de lande og regioner, hvor infrastrukturen og initiativerne inden for sundhedsundervisning kun er ringe udviklet. Dette initiativ bør følges op af en grundig evaluering af både anvendelsen af undervisningsmetoderne og de opnåede resultater. Dette vil gøre det muligt at overføre resultaterne til andre lande. Disse aktioner skal først og fremmest gennemføres inden for rammerne af det fremtidige generelle (horisontale) program inden for sundhedsfremme, oplysningsvirksomhed og uddannelse, og de skal suppleres og styrkes gennem specifikke kræftrelaterede aktioner og aktioner henvendt til særlige målgrupper som f.eks. arbejdere, ansatte i sundhedssektoren, lærere osv.
73. For at videreudvikle begrebet "den sundhedsfremmende skole", et begreb, der blev introduceret på den første europæiske konference om sundhedsundervisning og kræftforebyggelse i skolerne, der fandt sted i Dublin, som led i programmet Europa mod Kræft - skal sundhedsundervisningen, hvis den skal være effektiv, indpasses i en bredere ramme, hvor der også tages hensyn til børnenes sociale og kulturelle miljø. De vigtigste mål bør være:
- at fremme sund levevis i befolkningen, ikke mindst hos børn og unge
 - at gøre forældrene interesserede i sundhedsundervisningen i skolerne og i at omsætte de budskaber, som børnene modtager i skolen, til praksis
 - at koordinere aktioner, der gennemføres under kræftprogrammet, med aktioner under andre programmer, især dem der gennemføres af internationale organisationer med kompetence inden for spørgsmål vedrørende sundhedsundervisning
 - at stimulere bestræbelserne på at skabe innovation i lærernes grunduddannelse og efter- og videreuddannelse og i uddannelse af andre ansvarlige inden for sundhedsundervisning.

74. Der kunne lægges særlig vægt på følgende elementer:

- definition og gennemførelse af grundlæggende programmer for sundhedsundervisning med særlig vægt på kræftrelaterede risikofaktorer, især rygning og kostvaner
- interessere og involvere børn og unge i aktioner inden for sundhedsundervisning og i at udarbejde sundhedsbudskaber
- involvere forældrene i at omsætte budskaberne i sundhedsundervisningen til praksis både på skolen (frisk frugt til børnene osv.) og i hjemmet
- fremme lærernes motivation ved at tilrettelægge seminarer og konferencer og stille audiovisuelt undervisningsmateriale til rådighed for dem.

a.2.3 Uddannelse af personale i sundhedssektoren

75. De initiativer, der er blevet taget på europæisk niveau i forbindelse med de to første handlingsplaner, har haft en positiv virkning på uddannelseskvaliteten på nationalt, regionalt og lokalt niveau, og har således bidraget til at reducere de store forskelle, som der findes fra medlemsstat til medlemsstat med hensyn til uddannelse af personale i sundhedssektoren. Initiativerne har været baseret på Kommissionens henstilling af 27. november 1989 om uddannelse af personale i sundhedssektoren inden for området kræft, og denne henstilling er stadig relevant og vil blive anvendt som ramme, når der skal gennemføres aktioner henvendt til læger, sygeplejersker og tandlæger. De aktiviteter, der allerede er blevet iværksat, bør videreføres, således at det sikres, at ansatte i sundhedssektoren, der er direkte involveret i kræftforebyggelse og behandling af kræft, erhverver den viden og de færdigheder, der gør det muligt for dem hurtigt og effektivt at gribe ind.

76. Den hurtige udvikling inden for videnskabelig viden og den meget store mængde af grundlæggende uddannelsesprogrammer betyder, at det er af afgørende betydning at udvikle metoder, der baseres på efter- og videreuddannelse, især inden for medicinsk uddannelse.

77. De vigtigste mål kan sammenfattes som følger:

- at forbedre den viden og de færdigheder, som de ansatte i sundhedssektoren (læger, sygeplejersker, tandlæger), har på kræftområdet
- at fremme uddannelse af høj kvalitet, især gennem oprettelse af og støtte til uddannelsesnet (grundlæggende uddannelse og efter- og videreuddannelse) for de i sundhedssektoren, der er involveret i bekæmpelsen af kræft
- at forbedre kvaliteten af uddannelserne for andre kategorier i sundhedssektoren, f.eks. farmaceuter og personer med overordnet ansvar for edb
- at sikre, at undervisningen også omfatter de psykologiske og sociale aspekter i forbindelse med kræft.

78. Uddannelsesstrategien bør omfatte følgende centrale elementer på europæisk plan:

- nedsættelse af arbejdsgrupper sammensat af kræfteksperter og repræsentanter fra sundhedssektoren, der allerede deltager i eksisterende uddannelsesnetværk (læger, sygeplejersker, tandlæger)
- konsolidering af forbindelserne til nationale og regionale myndigheder
- udvikling på fællesskabsplan af hensigtsmæssigt materiale til undervisning af sundhedssektorens personale i onkologi (herunder primær forebyggelse af kræft) på grundlag af consensus defineret på europæisk plan; anvendelse af innovative metoder, herunder ikke-lokale netværk og EUROCODE til hurtig udveksling af oplysninger
- aktioner for at gøre det lettere for personer, der er beskæftiget inden for sundhedssektoren, at deltage i uddannelsesinitiativer i andre medlemsstater, især ved at øge mobiliteten mellem ekspertcentre, hvor der tilbydes kurser af høj kvalitet, og hvor dette ikke falder ind under eksisterende fællesskabsprogrammer
- støtte til europæiske uddannelsesseminarer for undervisere i sundhedssektoren, således at man får udbredt kendskabet til de vigtigste fremskridt på kræftområdet: forebyggelse (inkl. epidemiologi), screening, diagnosticering.

a.3 Tidlig diagnosticering og systematisk screening

79. Screening for kræft er stadigvæk af afgørende betydning, hvis programmets overordnede mål skal nås. I de to første handlingsplaner blev der lagt vægt på screening for brystkræft og kræft i livmoderhalsen.

80. Indførelsen af systematisk screening for brystkræft hos kvinder på mellem 50 og 69 år i sammenhæng med diagnoseprocedurer og behandlingsprocedurer for kvinder, hvor der er mistanke om kræft, er en meget vigtig ting. I 11 medlemsstater har man etableret et netværk af pilotprojekter inden for screening for brystkræft. Disse projekter, som i første omgang skulle undersøge metoder til screening og kvalitetskontrol og lette udvekslingen af erfaringer, har gradvist bevæget sig ind i en fase med reelle forbedringer og kvalitetskontrol. Retningslinjerne for kvalitetssikring i forbindelse med screening for brystkræft blev i 1992 fastlagt på europæisk plan af eksperter på højt niveau. Forbedringer vil blive opnået gennem hensigtsmæssig uddannelse af alle de erhvervsgrupper, der er involveret i screening for brystkræft, inddragelsen af praktiserende læger for at sikre et højt deltagelsesniveau og anvendelsen af europæiske anbefalinger for at sikre mammografi-screening af høj kvalitet.

81. En gruppe på højt niveau fastlagde europæiske retningslinjer for screening for livmoderhalskræft i 1993. Der blev samtidigt oprettet et europæisk net af pilotprojekter, hvor der blev taget hensyn til disse retningslinjer. Pilotprojekterne skal ledsages af undervisning i cytologi og kvalitetssikring for de involverede personer. Desuden vil det være nødvendigt at skabe en fælles terminologi og et fælles klassifikationssystem.

82. I den tredje handlingsplan skal alle disse aktioner videreføres og udvikles, fordi de har sikret, at den viden og de erfaringer, der er blevet opbygget i nogle medlemsstater, er blevet videreformidlet til Den Europæiske Union, og fordi de har ført til anbefalinger og gennemførelse af pilotprojekter på europæisk plan, især på de områder, hvor der er blevet opnået tilfredsstillende resultater (brystkræft og kræft i livmoderhalsen). Dette område kunne imidlertid gradvist blive udvidet, hvis cost-benefit-analyser og feasibility-undersøgelser vedrørende andre typer af kræft ser lovende ud (tarmkræft, prostata-kræft, mundhulekræft, kræft i æggestokkene).
83. Målene bør være som følger:
- at bidrage til udviklingen og etableringen af effektive screening-systemer, der tager hensyn til forholdene i de enkelte medlemsstater
 - at udbrede anvendelsen af hensigtsmæssig praksis baseret på de retningslinjer, der er udarbejdet på europæisk niveau i kvalitetssikringsprotokollerne for kræft-screening og tidlig diagnosticering
 - at forbedre kvaliteten af kræft-screening gennem udvikling af efter- og videreuddannelse for ansatte i sundhedssektoren.
84. Strategien bør omfatte følgende centrale elementer:
- implementering af europæiske henstillinger vedrørende kvalitetssikring ved screening for brystkræft og kræft i livmoderhalsen
 - udarbejdelse og videreformidling af en fælles terminologi på specialområder, især for cytopatologer i Den Europæiske Union
 - fremme af forskning af interesse på europæisk plan med henblik på at finde ud af, om det vil være muligt at screene andre kræfttyper, som f.eks. tarmkræft, prostata-kræft, mundhulekræft og kræft i æggestokkene, og hvad virkningen heraf vil være
 - støtte til uddannelse af ansatte i sundhedssektoren, især inden for rammerne af europæiske netværk af ekspertcentre
 - cost benefit-analyse af screening for forskellige kræfttyper.

a.4 Kvalitetskontrol inden for pleje (herunder palliativ pleje)

85. I den anden handlingsplan koncentrerede man sig på plejeområdet om udveksling af oplysninger medlemsstaterne imellem. Den betydning, som dette aspekt tillægges, kan begrundes med en øget intern mobilitet inden for Fællesskabet og et behov for at sikre, at standarden er på et sammenligneligt niveau fra medlemsstat til medlemsstat. Udviklingen af videnskabelig viden og forskellene med hensyn til ledelsesprocedurer inden for sygeplejen kræver (som Rådet har anført i sin resolution af 13. december 1993), at Fællesskabet støtter initiativer, der skal identificere eksempler på "god praksis" inden for

sygepleje og kvalitetskontrol. Disse bør suppleres gennem forbedret udveksling af data via ny teknologi inden for edb og telekommunikation. Klinisk forskning skal komplettere denne pakke. Ingen af disse aktioner må være i modstrid med subsidiaritetsprincippet eller gribe ind i medlemsstaternes kompetence med hensyn til ydelser på sundhedsområdet.

86. De vigtigste mål med denne type aktion bør, under behørig hensyntagen til subsidiariteten og den store betydning af effektive aktioner på nationalt niveau, være:

- Udvikling af netværk og mekanismer, der gør det muligt at sammenligne og evaluere nye plejemetoder, især nye terapeutiske agenser og ny teknologi. Det er især vigtigt at stimulere undersøgelser, der kan vise, hvorfor der kan være betydelige forskelle i overlevelsesfrekvensen fra en region til en anden og somme tider endda fra by til by, for så vidt angår forskellige typer af kræft (lægebesøg på et senere stadium, diagnose og påbegyndelse af behandling på et senere tidspunkt, forskelle med hensyn til ordineret behandling og med hensyn til selve behandlingen).
- Der bør især lægges vægt på kvaliteten af den pleje, som kræftpatienterne tilbydes, herunder også den palliative pleje. Dette har en vigtig fællesskabsdimension med hensyn til kendskab til de bedste teknikker og metoder. Formålet med en indsats på dette område er at støtte fastlæggelsen af en fælles terminologi og sammenligningen af metoder for at lette formidlingen af viden til de relevante personer på sundhedsområdet.
- For så vidt angår pleje, vil det være nyttigt med udveksling af erfaringer og videreformidling af "god praksis" på fællesskabsplan.

87. Den valgte fremgangsmåde vil føre til:

- skabelse af et netværk af plejepsikere for kræftpatienter med forbedring for øje
- støtte til møder på europæisk plan, hvor man kan udvælge de bedste former for eksisterende praksis på plejeområdet, herunder palliativ pleje, til videreformidling i medlemsstaterne
- evaluering af virkningerne af procedurer for kvalitetskontrol ved hjælp af pilotprojekter.

88. For så vidt angår palliativ pleje kunne det være hensigtsmæssigt at støtte implementeringen af konklusionerne i en rapport, der blev udarbejdet for programmet "Europa mod Kræft" af en gruppe af eksperter på højt niveau. Dette indebærer:

- regelmæssig evaluering af den aktuelle situation med hensyn til palliativ pleje i Fællesskabet
- fastlæggelse af kvalitetskriterier for palliativ pleje gennem consensus på europæisk plan
- forbedring af sundhedspersonalets uddannelse inden for palliativ pleje.

89. Under behørig hensyntagen til subsidiaritetsprincippet og i tæt samarbejde med internationale organisationer som f.eks. WHO vil man således fremme:

- støtte til undersøgelser af situationen med hensyn til palliativ pleje i Det Europæiske Fællesskab
- tilrettelæggelsen af en europæisk consensus-konference om, hvilken rolle undervisning i palliativ pleje bør spille i medicinske studier, og videreformidling af konferencens resultater i medlemsstaterne
- udviklingen af forskning og undersøgelser vedrørende praksis inden for palliativ pleje og indarbejdelse af resultaterne i plejepersonalets efteruddannelse.

a.5 Bidrag til formulering og spredning af forskning

90. Som anført i artikel 130 f til 130 p i traktaten falder kræftforskningen inden for de relevante aktiviteter i Fællesskabets rammeprogrammer for forskning og især programmet for forskning inden for biomedicin og sundhed, som omfatter grundforskning og klinisk forskning. Aktiviteter under aktionsplanen (1995-1999) vil således bidrage til at understøtte aktiviteter under det foreslåede næste biomedicinske program, der dækker perioden 1994-1998, og Kommissionen vil sikre sammenhængen mellem de to grupper af aktiviteter. Klinisk forskning bør også støttes ved at gøre det lettere at foretage tværeuropæiske kliniske forsøg, hvor antallet af tilfælde betyder, at denne fremgangsmåde vil være hensigtsmæssig. De eksisterende officielle og uofficielle netværk vil i så vid udstrækning som muligt blive anvendt til sikre den maksimale effektivitet.

91. Programmet vil bidrage til identificering af behovene inden for kræftforskning på europæisk niveau, og det vil støtte oprettelsen af et register over igangværende forskningsarbejde.

92. Foranstaltninger til at sikre, at forskningsresultaterne bliver videreformidlet, vil blive styrket gennem understøttende videnskabelig evaluering, consensus-konferencer og udveksling af videnskabeligt personale. Sidstnævnte aktion vil komplementere eksisterende programmer vedrørende videnskabelige forskeres og universitetsforskeres mobilitet.

b. Høring og medbestemmelse

b.1 Rådgivende udvalg

93. Erfaringerne i forbindelse med den første og den anden handlingsplan har tydeligt vist, at der er behov for et udvalg til at bistå Kommissionen. For at muliggøre den størst mulige integrering af de forskellige parter, herunder videnskabelig ekspertise på højeste plan og de nationale administrationer, i aktiviteterne under den tredje handlingsplan vil Kommissionen foreslå, at der oprettes et rådgivende udvalg under Kommissionens formandskab og med repræsentanter fra alle medlemsstaterne. Udvalget bør sammensættes på en sådan måde, at man med hensyn til interesser og ekspertise sikrer en hensigtsmæssig rimelig repræsentation af de nationale myndigheder, personer beskæftiget inden for sundhedssektoren og ikke-statslige organisationer på området.

b.2 Ekspertgruppe af ledende kræfteksperter

94. Kommissionen vil i sit arbejde blive bistået af en ekspertgruppe af ledende kræfteksperter. Denne ekspertgruppe, hvis medlemmer vil blive hentet i medlemsstaterne, skal rådgive Kommissionen med hensyn til de videnskabelige og tekniske aspekter af de foreslåede aktiviteter. I forbindelse med de to første handlingsplaner blev Kommissionen på en yderst tilfredsstillende måde bistået af en sådan gruppe i form af Udvalget af Kræftspecialister på Højt Plan

b.3 Andre udvalg og grupper

95. Kommissionen vil fortsat støtte nationale koordineringsudvalg for kræftprogrammet, hvor sådanne eksisterer, for at fremme motivationen og engagementet hos dem, der er involveret på nationalt plan. Disse nationale udvalg, hvis sammensætning og forretningsorden fuldt ud fastsættes lokalt, har vist deres værdi med hensyn til at hjælpe mange forskellige organisationer og erhverv inden for kræftområdet til at samarbejde bedre på nationalt plan.
96. I de første syv år, hvor Fællesskabet har gjort en indsats inden for kræftbekæmpelse, har de ikke-statslige organisationer, især foreningerne til kræftens bekæmpelse, ydet store bidrag både med hensyn til midler og ekspertise. I betragtning af den afgørende rolle, som disse organisationer udfylder med hensyn til forebyggelse, pleje og forskning, agter Kommissionen at videreføre og styrke sine forbindelser til dem, både gennem det ovenfor nævnte rådgivende kræftudvalg og gennem direkte forbindelser med sammenslutninger som f.eks. sammenslutningen af europæiske foreninger til kræftens bekæmpelse. Især skal det nævnes, at den ledende rolle med hensyn til forberedelsen og gennemførelsen af Den Europæiske Kræftuge fortsat vil blive udfyldt af disse organisationer og foreninger.
97. Det meget brede område, som dækkes af aktionen mod kræft, og de meget forskelligartede berøringsflader til andre aspekter vedrørende folkesundhed kræver, at Kommissionen kan reagere fleksibelt på behovet for at inddrage forskellige typer af partnere. Kommissionen vil sikre koordineringen af aktionerne under dette program med aktiviteterne i det program, der er omhandlet i Kommissionens meddelelse om rammerne for indsats til fremme af folkesundheden, samt med andre relevante fællesskabspolitikker.

c. Evaluering og rapporter

98. Strukturen for evaluering og aflæggelse af rapporter vil omfatte tre centrale elementer:
- en årlig rapport til Rådet, Europa-Parlamentet, Det Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget
 - en uafhængig ekspertevaluering (peer review) af de vigtigste aktiviteter og undersøgelser, som der ydes støtte til
 - en samlet rapport om effektiviteten og virkningen af projekterne under handlingsplanen. Denne rapport skal forelægges for de relevante institutioner i andet halvår af 1997.

c.1 Årlig rapport om gennemførelsen af handlingsplanen

99. Formålet med denne rapport er at sikre, at Fællesskabets institutioner, og gennem disse alle de berørte parter, fuldt ud holdes orienteret om udviklingen i de aktioner, der er iværksat i henhold til denne handlingsplan. Den vil omfatte en analyse af de projekter, der støttes under de forskellige aktioner samt fyldestgørende oplysninger om aktiviteter i andre sektorer med relevans for kræftområdet.

c.2 En uafhængig ekspertevaluering (peer review) af de vigtigste aktioner og undersøgelser, som støttes

100. Erfaringerne fra de to første handlingsplaner har understreget behovet for en mere effektiv evaluering af de aktioner, der ydes støtte til i forbindelse med programmet, både på nationalt plan og på europæisk plan. En sådan evaluering ville gøre det lettere at overføre resultater fra pilotprojekter fra et land til et andet og således øge de fordele, der skabes ved at programmet gennemføres på europæisk plan. For at indføre en effektiv evaluering af denne type vil Kommissionen eventuelt konsultere nationale myndigheder og andre eksperter på området for at få udarbejdet hensigtsmæssige kriterier og protokoller.

c.3 En samlet rapport om effektiviteten af programmet i 1997

101. Kommissionen vil forelægge en foreløbig rapport ved udgangen af 1997, som vil gøre det muligt for Rådet og Europa-Parlamentet at bedømme, om det vil være hensigtsmæssigt at ændre metoder i programmet eller budgettet for de to sidste år af handlingsprogrammet. Ved udarbejdelsen af denne rapport vil Kommissionen tage hensyn til alle de rapporter, der er blevet forelagt, herunder også rapporter i forbindelse med den første og den anden handlingsplan. Kommissionen forelægger desuden en endelig, samlet rapport ved handlingsplanens udløb.

d. Generel oplysningsvirksomhed

102. Ud over de informationsaktioner, der er nævnt under VI, a.2.1, vil Kommissionen sikre, at resultaterne af de vigtigste aktioner, undersøgelser og evalueringer gøres tilgængelige for alle interesserede parter og offentligheden i almindelighed.

VI. MIDLER

103. De midler, der blev bevilget til de to første handlingsplaner, var henholdsvis i størrelsesordenen 9-10 millioner ECU og 10-11 millioner ECU. Det foreslåede budget for den tredje handlingsplan er opstillet i nedenstående tabel.

AKTIONSOMRÅDE	BUDGET 1993	BUDGET 1994	FBF 1995 (MECU/ÅR) FORELØBIG FORDELING	1996	1997	1998	1999	I ALT 1995 til 1999
				Foreløbig planlægning				
1. Kræftregistrering	2,1	2,3	2,0					
2. Forebyggelse gennem aktioner mod risikofaktorerne								
A. Folkeoplysning	2,6	2,6	2,0					
B. Sundhedsundervisning	2,4	2,4	2,0					
C. Uddannelse af personale i sundhedssektoren	1,7	1,7	1,5					
3. Forebyggelse gennem tidlig diagnosticering og systematisk screening	1,4	1,5	2,0					
4. Undersøgelser og rundspørger inden for pleje af kræftpatienter, registre og formidlingsmetoder	0,6	0,8	1,5					
I ALT	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

FINANSIERINGSOVERSIGT

1. Foranstaltningens betegnelse

Den tredje handlingsplan for bekæmpelse af kræft (1995-1999).

2. Budgetpost

B3-4304 (bekæmpelse af kræft)

3. Retsgrundlag

- Traktaten om oprettelse af Det Europæiske Økonomiske Fællesskab, særlig artikel 2.
- Traktaten om oprettelse af Den Europæiske Union, særlig artikel 129.
- Resolution vedtaget af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet den 7. juli 1986, om et handlingsprogram for De Europæiske Fællesskaber til bekæmpelse af kræft (EFT nr. C 184 af 23.7.1986, s.19).
- Konklusioner vedtaget af Det Europæiske Råd d. 5.-6. december 1988 om gennemførelse af en samordnet og langvarig informationskampagne i alle medlemsstater om forebyggelse, screening og behandling af kræft.
- Rådets afgørelse 90/238/EKSF/Euratom/EØF truffet af Rådet og repræsentanterne for medlemsstaternes regeringer, forsamlet i Rådet, af 17. maj 1990 om vedtagelse af en handlingsplan for 1990 til 1994 i forbindelse med programmet for "Europæisk indsats mod kræft" (EFT nr. L 137 af 30.5.1990, s. 31).
- Beretning fra Kommissionen om evalueringen af effektiviteten af den fællesskabsaktion, der gennemføres under handlingsplanen som led i programmet "Europa mod Kræft" (1987-1992) (KOM (93)93 endelig udgave).
- Konklusioner vedtaget af Rådet og af sundhedsministrene, forsamlet i Rådet den 27. maj 1993.
- Kommissionens meddelelse om rammerne for en indsats til fremme af folkesundheden (KOM (93)559 endelig udgave).
- Rådets resolution af 13. december 1993 om de fremtidige retningslinjer for programmet »Europa mod kræft« på baggrund af evalueringen af perioden 1987-1992.

4. Beskrivelse af foranstaltningen

4.1 Foranstaltningens generelle formål: en handlingsplan for bekæmpelse af kræft med henblik på at nedbringe kræftdødeligheden i Den Europæiske Union.

"Europa mod kræft"-programmet havde allerede fra starten, det vil sige i begyndelsen af 1987, da den første handlingsplan blev iværksat, et præcist mål, nemlig nedbringelse af kræftdødeligheden med 15% i år 2000. Det er således 150.000 europæere, der reddes. I løbet af den første handlingsplan, der blev afsluttet i 1989 med et europæisk kræftoplysningsår, blev der lagt vægt på oplysning og bevidstgørelse af offentligheden gennem kendskab til og udbredelse af budskaberne i de ti bud i Den Europæiske Kræftkodeks.

I forbindelse med den anden handlingsplan, der dækker perioden 1990-1994, er denne bevidstgørelse af offentligheden, på grundlag af de opnåede resultater, der er vanskelige at sætte tal på, men som har haft en reel indvirkning på befolkningens kendskab til risikofaktorerne, blevet videreført, navnlig takket være det supplerende bidrag fra samtlige berørte parter. De europæiske kræftoplysningsuger, der tilrettelægges hvert år omkring et specifikt tema i Den Europæiske Kræftkodeks, har ligeledes spillet en vigtig rolle. Samtidig er der blevet iværksat specifikke aktioner inden for sundhedsundervisning med henblik på at udvikle en strategi på nationalt og europæisk plan. Uddannelsen af personale inden for sundhedssektoren i forebyggelse af kræft er endvidere blevet udbygget, navnlig uddannelsen af alment praktiserende læger, tandlæger og sygeplejersker. Endelig er der sket en fortsat forbedring inden for screening, navnlig for brystkræft og livmoderhalskræft, som følge af oprettelsen af europæiske netværk.

I den tredje handlingsplan, der begynder i 1995, tages der hensyn til de opnåede resultater, der desuden er blevet evalueret i Kommissionens rapport til Rådet, og som dannede grundlag for en resolution vedtaget af Rådet den 13. december 1993, hvori Kommissionen opfordres til at udarbejde en tredje handlingsplan. På baggrund af de indhøstede erfaringer og de allerede opnåede resultater vil aktionerne blive tilpasset, hvilket også afspejles i den procentvise fordeling af det med udkastet til afgørelse forbundne budget. Kontinuiteten sikres dog gennem videreførelsen af forebyggelsesaktioner rettet mod bestemte målgrupper såsom unge og kvinder.

Foreløbige mål: disse fastsættes i forbindelse med udførelsen af planen for de forskellige berørte områder, f.eks.:

- på området tidlig påvisning og screening, identifikation og udbredelse af bedste praksis baseret på de retningslinier, der er fastsat på europæisk plan i kvalitetssikringsprotokollerne
- på sundhedsundervisningsområdet, testning af specifikke grundliggende programmer og et kræftuddannelsesprogram af et vist omfang for lærere
- på uddannelsesområdet, oprettelse af uddannelsesnetværk for plejepersonale, der deltager i bekæmpelse af kræft
- på ernæringsområdet, fastsættelse af kvalitative mål baseret på de indledende resultater af EPIC-undersøgelsen⁽¹⁾.

⁽¹⁾ European Prospective Investigation on Cancer, Nutrition and Health.

Midler, der tages i anvendelse for at nå dette mål:

Udbygning af forebyggelse:

- gennem en aktion vedrørende risikofaktorer (oplysning af offentligheden og sundhedsundervisning, uddannelse af personale inden for sundhedssektoren)
- gennem tidlig påvisning og systematisk screening
- gennem en forbedring af indsamlingen af data og ajourføring af oplysninger om kræftdødelighed og sygelighed som følge af kræft (cancerregistre og epidemiologiske undersøgelser)
- undersøgelser og aktioner vedrørende kvaliteten af behandlingen af kræftpatienter.

4.2 **Foranstaltningens varighed:** fra 1. januar 1995 til 31. december 1999. Retningslinierne for fornyelse og forlængelse er endnu ikke fastlagt.

5. Klassifikation af udgifterne

Ikke obligatoriske udgifter.

6. Udgifternes art

Støtte til samfinansiering med andre kilder inden for den offentlige og/eller private sektor (der ikke overstiger en vis procentdel af de samlede udgifter i forbindelse med de foreslåede projekter).

7. Finansielle virkninger

7.1 **Beregningsmetode for de samlede omkostninger ved foranstaltningen:** et beløb på 64 millioner ECU for perioden 1995-1999 anses for at være nødvendigt til gennemførelse af disse aktioner. En vis intensivering af handlingsplanen forventes mellem 1996 og 1998, så man er tilbage på fuld kapacitet i handlingsplanens sidste år. Efter at programmet har løbet i ti år, tages der nu større hensyn til subsidiaritetsprincippet, idet nogle aktioner gradvist kan afvikles under bedre forhold i medlemsstaterne.

7.2 **Omkostningernes fordeling på foranstaltningens elementer:** Forslaget til ressourcer, der skal afsættes til den tredje handlingsplan, er opstillet i nedenstående tabel, og er på næsten 13 millioner ECU for perioden 1995-1999. Opdelingen på de enkelte aktionsområder for 1994 og 1995 er vejledende. De vejledende beløb for de efterfølgende år skal bekræftes i de efterfølgende foreløbige budgetforslag.

Beløbet på 11 millioner ECU for 1995 (lidt lavere end for 1994) tager hensyn til de nuværende budgetproblemer, hvad der også er forsvarligt i forhold til forvaltningen af programmet.

AKTIONS- OMRÅDE	1993 BUDGET	1994 BUDGET	Foreløbigt budgetforslag 1995 (MECU/år) Vejledende opdeling	1996	1997	1998	1999	I ALT 1995 TIL 1999
				Vejledende planlægning				
1. Cancerregistre og epidemiologiske undersøgelser	2,1	2,3	2,0					
2 Forebyggelse via en aktion vedrørende risikofaktorer								
A. Oplysning af offentligheden	2,6	2,6	2,0					
B. Sundhedsundervisning	2,4	2,4	2,0					
C. Uddannelse af personale inden for sundhedssektoren	1,7	1,7	1,5					
3. Forebyggelse gennem tidlig påvisning og systematisk screening	1,1	1,5	2,0					
4. Undersøgelser og aktioner vedrørende kvaliteten af behandlingen af kræftpatienter, oversigt over og udbredelse af metoder på området	0,6	0,8	1,5					
	10,8	11,3	11	12	13	14	14	64

7.3 Vejledende forfaldsplan for bevillingerne

	1995	1996	1997	1998	1999	I ALT
Forpligtelsesbevillinger	11	12	13	14	14	64
Betalingsbevillinger						
1995	5					
1996	5	6				
1997	1	5	6			
1998		1	4,5	8,5		
1999			2,5	5	7	
Efterfølgende regnskabsår				0,5	7	
I ALT	11	12	13	14	14	64

8. Forholdsregler mod svig (og forventede resultater heraf)

Stikprøvekontrol hos kontrahenterne for at kontrollere, hvorledes bevillingerne anvendes, samt nøjagtige retningslinier for anvendelsen. Der er allerede blevet udført kontrol i løbet af regnskabsåret 1993, og den har vist sig effektiv.

9. Oplysninger om cost/effectiveness

9.1 Specifikke og kvantificerbare mål, målgruppe

- Tilskyndelse af medlemsstaterne til at udvikle og udbygge deres egne midler til bekæmpelse af kræft, navnlig i deres forebyggelsesstrategier, i deres samarbejde inden for Fællesskabet og i adgangen til information, gennem oprettelse af tværnationale net (f.eks. Globalink, der er udviklet på fællesskabsplan, og som muliggør hurtig udnyttelse af talrige data).
- Udvalgelse af nye målgrupper, navnlig blandt højrisikogrupper som f.eks. gravide kvinder, børn og unge.
- Udvikling af europæiske netværk (uddannelse, screening, kvalitetskontrol), der gør det muligt at forbedre effektiviteten af forebyggelsen både blandt personale inden for sundhedssektoren og i befolkningen.

9.2 Begrundelse for foranstaltningen: en rationel anvendelse af budgetposten baseret på:

- a) en konkret anvendelse af subsidiaritetsprincippet i forbindelse med identifikation af de aktioner, der skal gennemføres og samfinansieres; disse aktioner udvælges og gennemføres på nationalt plan under ledelse af og med støtte fra de nationale sundhedsministerier og videnskabelige eksperter
- b) identifikation og udvælgelse af projekter til samfinansiering inden for forebyggelse, sundhedsundervisning, oplysning af offentligheden, uddannelse og fremme af samarbejdet mellem medlemsstaterne i forbindelse med bekæmpelse af kræft; disse projekter udvælges og gennemføres af de nationale koordinationsudvalg, der er oprettet i de enkelte medlemsstater, og hvori deltager alle aktører, der beskæftiger sig med bekæmpelse af kræft
- c) en fællesskabsfordel, der fortsat vil komme til udtryk gennem en koordinering af de nationale foranstaltninger, udbredelse af information og erfaringer, prioritering, udvidelse af de eksisterende europæiske net, udvælgelse af europæiske projekter og motivering og mobilisering af samtlige aktører gennem partnerskaber.

Ved gennemførelsen af programmet bistår Kommissionen af et særligt udvalg. Dette udvalg undersøger regelmæssigt en lang række problemer og rådgiver Kommissionen om, hvordan de foreslåede aktioner bør prioriteres.

Programmet gennemføres hovedsagligt gennem støtte til projekter i medlemsstaterne. Udvælgelsen af prioriterede projekter baseres i vid udstrækning på generelle og foreløbige målsætninger, og gennemførelsen af selve aktionerne afhænger også af kvaliteten og pålideligheden af de projekter, der indsendes til den kompetente tjeneste i løbet af året.

Udvælgelseskriterierne for de indsendte projekter er:

- Forenelighed med målsætningerne og overensstemmelse med mindst et af de fastsatte mål.
- Undersøgelse af projektets fællesskabsfordel (tværnational deltagelse, udvikling af en model, der kan anvendes i andre medlemsstater, oplysninger, der kan anvendes i andre medlemsstater osv.).
- Den forventede effektivitet og rentabilitet.
- Behovenes klarhed og begrundelse herfor.
- Målgruppe eller gruppe, der berøres af aktionen.
- Den valgte metodologis relevans.
- Organisationernes kompetence og erfaring.
- Overensstemmelse mellem aktionens budget og målsætningerne.
- Nationale aktørers støtte til projekterne.
- Objektiv evaluering.

9.3 Overvågning og evaluering af foranstaltningen

Overvågning af foranstaltningen sikres på europæisk plan af ekspertudvalget og Kommissionens tjenestegrene og på nationalt plan af de nationale koordinationsudvalg, sundheds- og undervisningsministerierne, ikke-statslige organisationer og ansvarlige for gennemførelsen og afviklingen af aktionen.

Evalueringen sikres navnlig gennem:

- en årsrapport om gennemførelsen af programmet, der sendes til Rådet, Europa-Parlamentet, Det Økonomiske og Sociale Udvalg samt Regionsudvalget
- en uafhængig evaluering af de vigtigste aktioner og de undersøgelser, der har modtaget støtte
- en overordnet rapport om pålideligheden og effektiviteten af de projekter, der gennemføres inden for rammerne af handlingsplanen; Kommissionen sender denne rapport til de kompetente institutioner i løbet af andet halvår af 1997.

De for en vurdering af de opnåede resultater anvendte indikatorer:

- Resultater og konklusioner på ekspertmøder.
- Skøn over den berørte målgruppe og behandlingen i medierne.
- Evaluering af en række projekter, der foretages af tjenestemænd og/eller eksterne medarbejdere i Kommissionen (finansielle og tekniske aspekter).
- Analyse af foreløbige rapporter om de igangsatte og subsidierede aktioner, således at der eventuelt kan gennemføres korrigerende aktioner, hvis der er behov herfor.
- Undersøgelser af virkningerne, idet disse undersøgelser gennemføres af eksterne organer.
- Relevansen af den metodologi, som anvendes af organisatorerne.
- Overensstemmelse mellem budgettet for aktionen og målsætningerne.
- De oprindelige målsætningers klarhed.
- Organisationernes kompetence og erfaringer.
- Udbredelse af resultaterne.

Retningslinier og tidsplan for de påtænkte evalueringer:

- Udarbejdelse af foreløbige og endelige rapporter om de forskellige aktioner, der gennemføres på området.
- Udvikling af en model til et evalueringsblad for aktionen, som støttemodtagerne skal indsende sammen med deres endelige rapporter, og kontrol (enten i Kommissionen eller på stedet) af disse blade udført af tjenestemænd.

9.4 **Budgetsammenhængen**

- Indgår foranstaltningen i generaldirektoratets finansielle planlægning for de pågældende år? Ja.

10. **Udgifter til administration (budgettes del A)**

Personale ansat udelukkende til gennemførelse af aktionen.

Personalestabens opretholdelse.

ISSN 0254-1459

KOM(94) 83 endelig udg.

DOKUMENTER

DA

05

Katalognummer : CB-CO-94-093-DA-C

ISBN 92-77-66454-1

Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
L-2985 Luxembourg